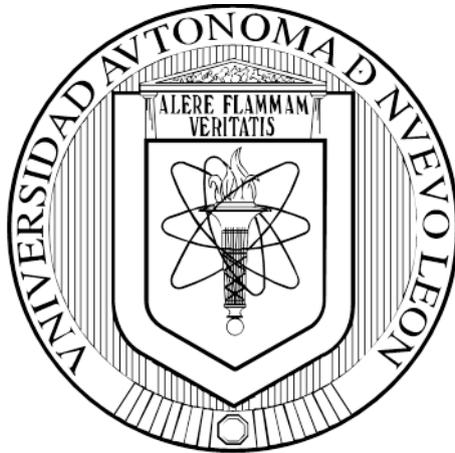


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA CONDUCTA  
SEXUAL DE MIGRANTES EN TRÁNSITO

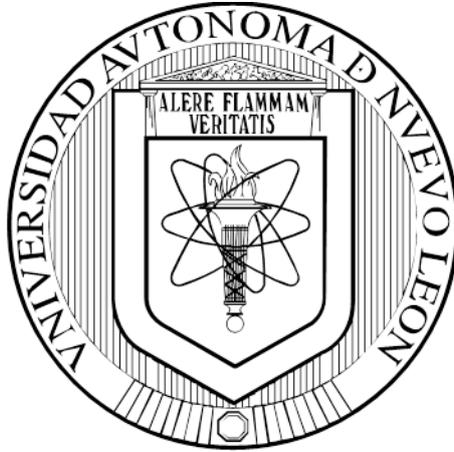
POR

MCE. ARODI TIZOC MÁRQUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO  
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2021

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



MODELO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA CONDUCTA SEXUAL  
DE MIGRANTES EN TRÁNSITO

POR

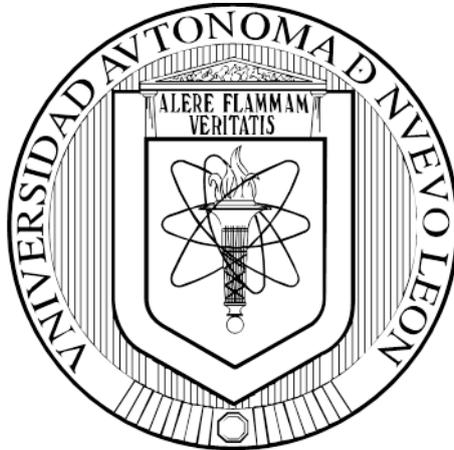
MCE. ARODI TIZOC MÁRQUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO  
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS  
DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

SEPTIEMBRE, 2021

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



MODELO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA CONDUCTA SEXUAL  
DE MIGRANTES EN TRÁNSITO

POR

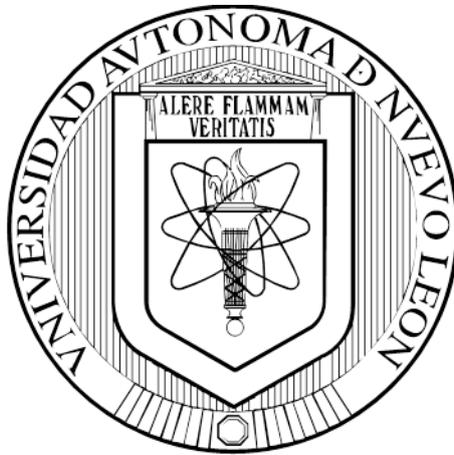
MCE. ARODI TIZOC MÁRQUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO  
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO  
DRA. JEYLE ORTIZ RODRÍGUEZ

SEPTIEMBRE, 2021

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



MODELO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA CONDUCTA SEXUAL  
DE MIGRANTES EN TRÁNSITO

POR

MCE. ARODI TIZOC MÁRQUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO  
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR DE ANÁLISIS CUALITATIVO  
MCS. KARINA RIVERA FIERRO

SEPTIEMBRE, 2021

MODELO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA CONDUCTA SEXUAL  
DE MIGRANTES EN TRÁNSITO

**Aprobación de Tesis**

---

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis  
Director de Tesis

---

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis  
Presidente

---

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez  
Secretario

---

Dra. María Aracely Márquez Vega  
1er. Vocal

---

Dra. Annel González Vázquez  
2do. Vocal

---

Dra. Bethany Leigh Allen  
3er. Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

Agradezco a Dios por las bendiciones recibidas, por las personas que ha cruzado en mi camino para llegar a la Facultad de Enfermería de Nuevo León y poder cumplir esta meta en mi vida, por siempre, siempre, acompañarme en cada paso y en cada momento en mi vida.

A mi Directora de Tesis Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis por su empatía, paciencia y por compartir sus conocimientos que me permitieron ir avanzando con éxito cada semestre, tolerar mis tiempos y sobre todo apoyarme.

A la Universidad de California, San Diego (UCSD) en el Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Escuela de Medicina, bajo la dirección de José Luis Burgos, M.D. A la Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Enfermería, por permitirme realizar mis estudios y culminarlos para obtener el grado académico. A los Doctores del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería por siempre ser comprensivos, accesibles, por compartir sus conocimientos, por motivarnos e impulsarnos a ser mejores cada día.

A mi familia Shenlong, mi mamá Digna te amo, mis hermanos Ramón (wuanpachi) y Yosoeni los amo, mejores hermanos no me podían tocar, a mi cuñada Elsa María, a mis sobrinas, Camila, Annie, porque al final de todo, mi familia, donde la vida comienza y el amor nunca termina. A Ramón (vamoohbabonii) mi hermano que la vida me regaló, gracias por tu tiempo, pláticas, por todo el apoyo desde el día cero que nos conocimos.

A Karina Rivera Fierro, Néstor Daniel Gutiérrez N., mi familia en Mexicali, gracias por sus lecciones, por su apoyo, por su compañía, por sus alegrías, por compartir conmigo siempre una parte de ustedes para ser una mejor persona todos los días. A Verónica Guzmán Ramírez amiga del programa de doctorado que en este camino, me apoyaste y te volviste una persona con quien puedo confiar siempre.

Annel González Vázquez (canela) a mi amiga de años, gracias por toda tu ayuda, me enseñaste cosas y apoyaste en todo momento durante este proceso.

## **Dedicatoria**

A mi mamá, Digna Graciela Márquez Nungaray, siempre lo diré tienes más cosas buenas que malas, con tu nobleza, siempre estas para mí, has sido una excelente madre, nunca dudes de ello, diste tu vida para que yo fuese y estoy aquí demostrándote que tu esfuerzo valió la pena, que las cosas de la vida se pueden lograr cuando se desean y se les pone el esfuerzo necesario, quien pensaría, te decía que quería ser doctor, y así fue.

A mi abuela, María Cristina Nungaray Leal, mamatiti tú que nos cuidas desde el cielo, este esfuerzo también es para ti, te lo agradezco de corazón porque yo soy una parte de todo el amor que podías brindar sin medida, sin un pero, sin ninguna razón, siempre con una sonrisa aun y te estuvieras desmoronando por dentro, perdón por no cuidarte como se debería, te prometo que cuidaré siempre a tu hija más preciada.

A mi familia, hermanos que la vida me regaló y me prestará por muchos años más, Yosoeni, Wuanpachi (camioncito) los amo, a mis sobrinas que siempre cuidaré como a mis hijas, Annie y Camilia. Mis hermanos, siempre les diré la sangre nos hace parientes, pero la lealtad nos convierte en familia, Ramona, Karina y Néstor, gracias, son mi fortaleza y mis motivos para echarle ganas.

Tesoro del destino de por vida

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico conceptual	9
Modelo de activos para la salud	9
Teoría de la conducta planeada	12
Subestructuración teórica	16
Estudios relacionados	31
Definición de términos	54
Objetivo general	57
Objetivos específicos	57
Capítulo II	
Metodología	60
Etapa cualitativa	60
Fases para el mapeo de activos en salud	61
Población, muestra y muestreo para población que conforma los activos en salud	63
Criterios de inclusión	63
Criterios de eliminación	64
Mediciones	64
Procedimiento de recolección de datos cualitativos para población que conforma los activos en salud	64
Identificar las principales necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de los migrantes en tránsito	66
Población, muestra y muestreo para población migrante en tránsito	66

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Criterios de inclusión	66
Criterios de eliminación	66
Mediciones	66
Procedimiento de recolección de datos cualitativos para población migrante	67
Estrategias de análisis de datos cualitativos	68
Etapas cuantitativa	69
Población, muestreo y muestra	69
Criterios de inclusión	69
Criterios de eliminación	69
Instrumentos de medición	70
Procedimiento de recolección de datos cuantitativos	76
Plan de análisis de datos	77
Consideraciones Éticas	78
Capítulo III	
Resultados	80
Fase cualitativa mapeo de activos en salud sexual	80
Mapeo de activos en salud sexual	81
Resultados de análisis de activos en salud sexual	82
Fase cualitativa identificar las principales necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de los migrantes en tránsito	90

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Resultados necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual	91
Resultados fase cuantitativa	101
Características sociodemográficas de los participantes	101
Estadística descriptiva de las variables de estudio	104
Consistencia interna de los instrumentos	109
Estadística inferencial	113
Capítulo IV	
Discusión	130
Limitaciones del estudio	149
Conclusión	150
Recomendaciones	153
Referencias	155
Apéndices	181
A. Operacionalización de variables cualitativas para identificar las principales necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de los migrantes en tránsito	182
B. Hoja de verificación para identificar los activos en salud disponibles para población migrante en tránsito	191
C. Consentimiento informado para personal de instituciones	193
D. Guía de entrevista semiestructurada para identificar las necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual en población migrante en tránsito	195
E. Consentimiento informado para migrantes en tránsito de etapa cualitativa	196

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Apéndices	
F. Consentimiento informado para migrantes en tránsito de la etapa cuantitativa	198
G. Cédula de datos personales para migrantes	200
H. Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual	203
I. Escala de percepción de riesgo de ITS/VIH	206
J. Escala de actitud del uso del condón formato corto	208
K. Subescala de actitud hacia la prueba rápida del VIH	210
L. Reactivos para aprobación social del uso de condón	211
M. Reactivos para aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH	212
N. Subescala de autoeficacia para el uso constante del condón	214
O. Escala de autoeficacia para las conductas de riesgo del VIH	215
P. Escala de comunicación sexual protectora en salud sexual	216
Q. Subescala de intención para el uso del condón	217
R. Reactivos para intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo	218
S. Cuestionario de conducta de sexo seguro	219
T. Cuestionario para medir uso consistente del condón	223
U. Cuestionario para medir el realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista un riesgo	224

## Lista de Figuras

Figura	Página
1. Representación de la teoría de la conducta planeada	15
2. Modelo de conducta sexual para ITS/VIH del migrante en tránsito	27
3. Modelo de subestructuración teórica de los factores antecedentes y actitud hacia la conducta	28
4. Modelo de subestructuración teórica de norma subjetiva y control conductual percibido	29
5. Modelo de substracción teórica del control de comportamiento real, intención y conducta	30
6. Mapeo de activos en salud (vista google maps)	82
7. Contextualización de datos cualitativos (identificación de activos en salud sexual y necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual para migrantes en tránsito)	100
8. Modelo de control percibido para sexo seguro con la intención del uso consistente del condón	120
9. Modelo de control percibido para sexo seguro en la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo	121
10. Modelo del control percibido para sexo seguro con el uso consistente del condón	124
11. Modelo de control percibido para sexo seguro con la conducta sexual segura	124
12. Modelo de intención del uso consistente del condón con la conducta sexual segura	125
13. Modelo de intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo con la conducta sexual segura	127

## Lista de Figuras

Figura	Lista de Figuras	Página
14. Modelo de conducta sexual segura para ITS/VIH del migrante en tránsito		129

## Lista de Tablas

Tablas	Página
1. Mapeo de activos en salud	62
2. Técnicas para realizar el mapeo sobre recursos en salud	63
3. Categorías y subcategorías del análisis cualitativo	91
4. Datos sociodemográficos de los participantes (sexo, país de procedencia y estado civil)	101
5. Datos sociodemográficos de los participantes (edad y años de educación formal)	102
6. Datos sociodemográficos de los participantes (último nivel educativo, profesión y religión)	103
7. Datos migratorios de los participantes (intentos, tiempo migratorio, transporte y tiempo en México)	104
8. Datos migratorios de los participantes (edad de inicio de migración, intentos migratorios)	105
9. Datos migratorios de los participantes (tiempo sin intentar cruzar y tiempo intentado cruzar a EUA, permanencia en la ciudad, motivo migratorio)	105
10. Datos de la conducta sexual de los participantes (edad de inicio para relaciones sexuales y cantidad de parejas desde el inicio al momento de migración)	106
11. Datos de la conducta sexual de los participantes (pareja, tipo de relación que más práctica, historial de infecciones de transmisión sexual)	107
12. Datos de la conducta sexual de los participantes (relación de pareja durante su tránsito migratorio y tiempo de relación íntima con su pareja durante su tránsito migratorio)	107

## Lista de Tablas

Tablas	Página
13. Prácticas sexuales del migrante en tránsito de los últimos tres meses	108
14. Prevalencias de consumo de drogas lícitas e ilícitas del migrante en tránsito	109
15. Consistencia de los instrumentos	110
16. Prueba de normalidad para las variables continuas	111
17. Coeficiente de correlación de Spearman de las variables edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con la percepción del riesgo para ITS/VIH, actitud hacia el uso de condón y actitud para realizar prueba rápida del VIH	113
18. Coeficiente de correlación de Spearman de las variables de edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con la aprobación social para el uso del condón y aprobación social para realizar prueba rápida del VIH	114
19. Coeficiente de correlación de Spearman de las variables de edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con el control percibido para el uso consistente del condón y el control percibido para sexo seguro	115
20. Coeficiente de correlación de Spearman de las variables de percepción de riesgo para ITS/VIH y la actitud hacia el uso del condón con la aprobación social para el uso del condón y el control percibido para el uso consistente del condón	116

## Lista de Tablas

Tablas	Página
21. Coeficiente de correlación de Spearman de las variables percepción del riesgo para ITS/VIH y la actitud para realizar la prueba rápida del VIH con la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH y control percibido para sexo seguro	117
22. Coeficiente de correlación de Spearman de las variables aprobación social para el uso del condón y aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH con la comunicación sexual con la pareja.	119
23. Modelo de regresión lineal con método bootstrap para control percibido para sexo seguro con la intención del uso consistente del condón	120
24. Modelo de regresión lineal con método bootstrap para control percibido para sexo seguro con la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo	121
25. Coeficiente de correlación de Spearman con método bootstrap de las variables comunicación sexual con la pareja con el control percibido para el uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro	122
26. Modelo de regresión lineal con método bootstrap para las variables de comunicación sexual con la pareja con el uso consistente del condón	123
27. Modelo de regresión lineal con método bootstrap para las variables de comunicación sexual con la pareja con la conducta sexual segura	124

## Lista de Tablas

Tablas	Página
28. Modelo de regresión lineal con método bootstrap para las variables de intención del uso consistente del condón con la conducta sexual segura	125
29. Modelo de regresión lineal con método bootstrap para las variables de intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo con la conducta sexual segura	126

## Resumen

Arodi Tizoc Márquez  
Universidad Autónoma de Nuevo León.  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: 02/09/2021

**Título del Estudio:** MODELO DE ACTIVOS PARA LA SALUD  
EN LA CONDUCTA SEXUAL DE MIGRANTES EN TRÁNSITO

**Número de Páginas:** 224

Candidato a Obtener el Grado de  
Doctor en Ciencias de Enfermería

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

**Propósito y método del estudio:** Determinar los activos para la salud en población migrante en tránsito, así como las principales necesidades de acceso potencial de los servicios de salud sexual y los factores determinantes de la conducta sexual en población migrante en tránsito a través del Modelo de Activos para la Salud, con soporte en el enfoque de Acceso potencial a los servicios de salud y la Teoría de la Conducta Planeada. El abordaje metodológico del estudio se realizó con apego al Modelo de Activos para la Salud el cual incluye una serie de pasos que demandan una primera etapa cualitativa y una segunda con un abordaje cuantitativo. La primera etapa cualitativa consta de dos acercamientos los cuales son transversales con diseño exploratorio, y con muestreo por conveniencia, en el primer acercamiento participaron 6 responsables de unidades de salud y se utilizó una hoja de verificación de activos para la salud, para el segundo acercamiento cualitativo participaron 13 migrantes en proceso de tránsito para este apartado se obtuvo la información con apoyo de una guía de entrevista semiestructurada para identificar necesidades de acceso potencial a los servicios de salud.

La segunda etapa cuantitativa fue de diseño correlacional y de comprobación de modelo, la muestra se integró por 200 migrantes en tránsito. Las variables que se analizaron fueron: la edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas, conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH, actitud hacia el uso del condón, actitud para realizar la prueba rápida del VIH, aprobación social para el uso del condón, aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH, control percibido para el uso consistente del condón, control percibido para sexo seguro, intención del uso consistente del condón, intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo, comunicación sexual con la pareja, conducta sexual segura, uso consistente del condón y realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo.

**Contribución y conclusiones:** Con fundamento en las etapas del modelo de activos para la salud se generó un mapeo de activos y se identificaron los activos en salud sexual disponibles para migrantes en tránsito de la frontera norte de México, Mexicali, B.C. Conforme a los activos en salud sexual se concluye que no se cuenta con protocolos de atención en salud sexual específicos para migrantes, no existe capacitación para el personal de salud en materia de salud sexual en condiciones migratorias, se les puede proporcionar toda una atención integral de educación en salud sexual y materiales específicos como es el condón y pruebas rápidas de VIH de manera gratuita, no obstante, el requerir un seguimiento de tratamiento, consultas específicas y otros tipos de pruebas en materia de salud sexual generaría un costo

debido a que no cuentan con un registro de seguridad social, dicho de otra forma los activos en salud sexual específicos para población migrante, existen; pero son limitados, además son de difícil el acceso para ellos.

Por otro lado, se identificó que a las principales necesidades de acceso potencial, en la categoría necesidades de atención corresponden a la percepción del riesgo para ITS/VIH y a la capacidad de identificar cuando requiere ayuda del sector salud como unas de las principales necesidades del acceso a los servicios de salud sexual, en lo que se refiere a la categoría de deseo de intención, las limitantes son las necesidades sentidas de salud y discriminación en la salud del migrante en tránsito. En las categorías búsqueda de atención, inicio de la atención y continuación de la atención, se identificaron algunas necesidades de acceso potencial como lo son la intención de utilizar los servicios de salud sexual, experiencias con los servicios de salud sexual y masculinidad hegemónica respectivamente.

Referente a los factores determinantes de la conducta sexual del migrante en tránsito: se concluye que el control percibido para sexo seguro tiene efecto positivo y significativo en la intención del uso consistente del condón

( $B=.105$ ,  $R^2= .046\%$ ,  $p <.002$ ), y la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo ( $B=.130$ ,  $R^2= .070\%$ ,  $p <.001$ ), la comunicación sexual con la pareja tiene efecto significativo en el uso consistente del condón ( $B=-086$ ,  $R^2= .088\%$ ,  $p <.001$ ) y en la conducta sexual segura ( $B= 1.402$ ,  $R^2= .158\%$ ,  $p <.001$ ), la intención del uso del condón y la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo tiene efecto positivo y significativo en la conducta sexual segura respectivamente ( $B=.784$ ,  $R^2= .066\%$ ,  $p <.001$ ), ( $B=.812$ ,  $R^2= .072\%$ ,  $p <.001$ ).

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## **Capítulo I**

### **Introducción**

La migración es un problema de salud pública, la cual representa el 3.3% de la población mundial (247.7 millones). Cada minuto tres personas salen de su país en busca de un mejor lugar con el objetivo de obtener mejores condiciones de vida, y evitar factores de riesgo que pongan en peligro su integridad física y psicológica. La situación de los migrantes en tránsito en materia de derechos humanos es precaria, incluso peligrosa, en el 2015, más de 5,000 mujeres, hombres y niños perdieron la vida en las rutas migratorias del planeta (Instituto de Estudios y Divulgación Sobre Migración [INEDIM], 2017).

México y Estados Unidos son el principal corredor migratorio en el mundo con 12.1 millones de migrantes mexicanos, lo cual representa 97.7% del total de mexicanos residentes en el exterior en el 2015. Baja California representa una puerta de entrada para muchos migrantes que buscan mejoría en la calidad de vida individual y familiar, pero también para muchos otros, una puerta de salida que se puede volver una condición de vulnerabilidad donde enfrentan situaciones emocionales que pueden facilitar o dificultar su adaptación en el proceso de migración, así como experimentar cambios de conducta o aprendizajes, por ejemplo la adquisición de conductas sexuales de riesgo que lo exponen a enfermedades de transmisión sexual (Consejo Nacional de Población- Unidad de Política Migratoria [COEDS], 2015).

La población migrante experimenta situaciones de riesgos que comprometen su salud, ejemplo de ello son las enfermedades de transmisión sexual. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016), estima que diariamente más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual, además cada año 357 millones de personas contraen alguna de las siguientes infecciones: sífilis (5.6 millones), gonorrea (78 millones), clamidiasis (131 millones) y tricomoniasis (143 millones) a nivel

mundial, algunas ITS, como el herpes y la sífilis, pueden multiplicar de tres a más veces el riesgo de contraer el VIH (Platt et al., 2013).

En las últimas décadas el virus de inmunodeficiencia humana VIH es uno de los principales problemas de salud pública, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos, más de 37 millones de personas viven con VIH a nivel mundial. Se estima que unos 35 millones de personas han muerto por causas relacionadas con este virus, en lo que respecta a México se han notificado 75 mil casos del VIH desde 1984 al primer trimestre del 2018 (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y SIDA en México [CENSIDA], 2018; Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2018).

La relación entre la migración y el VIH es compleja además de no ser muy clara, se tiene la creencia que la población migrante son los que portan el VIH antes de salir de su país. Sin embargo, algunos estudios han demostrado lo contrario; la población migrante se contagia en el lugar de destino migratorio o durante el tránsito, tampoco es claro si los migrantes se vuelven más vulnerables a conductas sexuales de riesgo como lo son el no uso de condón, múltiples parejas, realizar sexo anal y vaginal con diferentes parejas en los últimos días en el tránsito o ruta migratoria que siguen para llegar a su lugar de destino (Caro-Murillo, Castilla, & Amo, 2010; Flores, 2014).

No obstante, no existe evidencia que fundamente que algunos migrantes son más vulnerables en el lugar de destino, aunque no es clara esta consistencia de información en la literatura. Todas llevan a una condición de vulnerabilidad y exposición al VIH no solo del migrante, sino también de sus parejas sexuales (Morán, Rivero, Fernández, Poveda & Caylá, 2018; Quintal & Vera, 2015; Rangel, 2018).

No existe una definición universal aceptada del término “migrante en tránsito”. Este término abarca usualmente todos los casos en los que la decisión de migrar es tomada por diversos factores que impulsan el desplazamiento de los migrantes. Sin embargo, son numerosos y suelen guardar relación entre sí, dicho desplazamiento inicia por un movimiento desde su hogar hacia el territorio de otro estado o país por tiempo

indefinido (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OHCHR], 2016).

En la revisión de literatura se ha identificado que el proceso transitorio de la población migrante se condiciona por la naturaleza misma de la transición, en consecuencia, las conductas se pueden modificar favorable o desfavorablemente. En lo que respecta a la conducta sexual, esta se puede volver un factor de riesgo o de protección para enfermedades de transmisión sexual, esto depende de la magnitud y modalidad de la migración. Los estudios que abordan la población migrante enfatizan algunos factores antecedentes de tipo personal que permiten perfilar a este grupo particular, a través de características como edad, sexo, escolaridad y estado civil (Arsenijević et al., 2018; Valverde et al., 2015).

Sin embargo, pocos estudios abordan la relación de estos factores con la conducta sexual. Además de los factores personales se han identificado de manera aislada otros factores como las creencias conductuales, creencias normativas, creencias de control y la intención, como aspectos vinculados con la conducta sexual.

En relación con los factores antecedentes de la población migrante, la edad es un factor importante, los hallazgos no son conclusivos, reportan que a menor edad menor es la conducta sexual protectora derivado del bajo conocimiento para uso de condón y escasa percepción del riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Sin embargo, existen estudios que señalan que a mayor edad se favorecen las conductas sexuales tanto protectoras como de riesgo en la población migrante en tránsito (Lee, Yu & Zhou, 2019; Organista et al., 2000; Organista, K, Organista, P, Bola, García & Castillo, 2000; Organista et al., 1997; Ye et al., 2012).

En cuanto al sexo, se reporta que el hombre tiene menor apego a conductas sexuales protectoras, destacan el no utilizar el condón, múltiples parejas sexuales y no realizar la prueba rápida del VIH ante un posible riesgo. En cuanto a las mujeres, por su

condición de migrante se encuentran expuestas a prostitución por necesidad o violencia y esto las expone a no utilizar el condón y a tener sexo con diferentes personas que las pueden llevar a la exposición de ITS o al VIH (Hall et al., 2019; Organista et al., 2000; Zoboli et al., 2017).

Respecto al nivel de escolaridad en la población migrante en tránsito, a menor escolaridad, menores son los conocimientos sobre salud sexual, mientras que a mayor nivel de escolaridad mayores son los conocimientos en conductas sexuales protectoras (Arsenijević et al., 2018; Cianelli, Villegas, McCabe, De Tantillo, & Peragallo, 2017; Li et al., 2009; Valverde et al., 2015). Algunos autores destacan que el conocimiento sobre salud sexual en los migrantes es limitado e inconsistente (Song et al., 2015; Tang et al., 2011) y como consecuencia se limita el acceso a los servicios de salud debido al bajo nivel educativo y a una mala aculturación del migrante (Zoboli et al., 2017).

En relación con la conducta sexual previa de la población migrante en tránsito, la literatura señala que tanto hombres y mujeres que no están casados reportan parejas sexuales múltiples de diversos sexos, además de realizar conductas sexuales de riesgo con las parejas casuales como lo es, sexo vaginal y anal sin protección de manera sistemática (Organista et al., 2000; Rangel et al., 2012). Al respecto Hall et al. (2019), encontraron que tener un número mayor de parejas sexuales se asoció con la aceptación de realizar la prueba rápida del VIH, esto puede atribuirse a la percepción de riesgo del VIH que adquieren después de realizar diversas conductas sexuales de riesgo.

Respecto a las creencias conductuales, algunos estudios reportan que la población migrante en tránsito no percibe riesgo de infecciones para ITS y VIH, desde una visión subjetiva consideran poseer inmunidad basada en creencias que los exonera del riesgo a adquirir alguna infección (Auli, Mejía-Lancheros, Berenguera, & Pujol-Ribera, 2015). Sin embargo, otros estudios identifican a la población migrante con una alta percepción del riesgo de contraer ITS/VIH en las conductas sexuales de riesgo,

además de ser conscientes del beneficio de utilizar el condón y no tener sexo con diferentes parejas (De Jesus, Taylor, & Maine, 2016; Rangel, & Costero, 2016).

El uso consistente de condón en la población migrante en tránsito es otro factor no conclusivo debido a que intervienen diversas posturas personales de sentimientos y pensamientos donde se pueden organizar actitudes positivas y negativas respecto al uso del condón que pueden en su momento favorecer o desfavorecer el uso de este. Las actitudes positivas se relacionan con el conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual (Conners et al., 2017; Muñoz-Laboy et al., 2017; Organista et al., 2000; Patel et al., 2014; Ragsdale, Gore-Felton, Koopman, & Seal, 2009; Ye et al., 2012; Zoboli et al., 2017).

Simultáneamente la actitud para realizar la prueba rápida del VIH en población migrante en tránsito es negativa, a pesar de la disponibilidad de servicio gratuito la mayoría de esta población nunca se ha realizado la prueba del VIH. Esto se ha vinculado con el bajo riesgo percibido, creencias erróneas de ITS/VIH y miedo a las leyes de inmigración (Galletly et al., 2019; Hall et al., 2019; Lee, Yu, & Zhou, 2019; Rangel et al., 2012).

En lo que se refiere a las creencias normativas del migrante, la influencia de los compañeros, amigos y pareja sexual que lo acompañan en tránsito aumenta la probabilidad de usar condón (Organista et al., 2000); sin embargo, también se han identificado relaciones sociales que desaprueban el uso de condón (Althoff et al., 2013; Liu et al., 2014). Respecto a la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH, el migrante reproduce conductas de prevención como el realizar la prueba cuando se encuentra en un núcleo de integración social estable; sin embargo, existe literatura donde el migrante no está dispuesto a tomar la prueba debido a la influencia de su entorno social (Davis, Terlikbayeva, Terloyeva, Primbetova, & El-Bassel, 2017; Hall et al., 2019; Hu et al., 2014).

Con respecto a las creencias de control, la autoeficacia para el uso correcto del condón en población migrante se relaciona con el uso consistente del condón (Ford & Holomyong, 2016), conocimiento sobre ITS/VIH, actitud positiva, apoyo de sus referentes sociales, beneficios del uso del condón y comunicación efectiva con la pareja sexual (Guerra-Ordóñez et al., 2017a; Knipper et al., 2007; Li et al., 2009; Organista et al., 2000; Ye et al., 2012). De igual manera la literatura muestra que la autoeficacia para el sexo seguro se predice por factores como lo son; el mantener una pareja estable y poseer buena comunicación, uso consistente del condón, conocimiento y percepción del riesgo (Cianelli et al., 2017; Štulhofer, Graham, Božičević, Kufrin, & Ajduković, 2009).

Otro aspecto que se vincula con el comportamiento real o conducta sexual del migrante es la comunicación sexual con su pareja. El mantener una pareja estable, la percepción del riesgo de ITS/VIH y tener una actitud positiva hacia el uso de condón, son conductas sexuales protectoras, las cuales fortalecen el diálogo para la resolución de problemas y evitar conductas de riesgo sexuales (Gillespie, 2017; Zhang et al., 2018).

Por otra parte, la intención se muestra como la disposición del migrante para realizar un comportamiento, tal es el caso de la intención para el uso de condón, la cual se puede predecir con una actitud positiva, conocimiento, autoeficacia y negociación (aprobación) del uso consistente del condón (Caballero-Hoyos et al., 2008; Denner, Organista, Dupree, & Thrush, 2005; Ford & Chamrathrithirong, 2007; Grayman et al., 2005; Organista et al., 2000). Además, la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo se condiciona con una actitud positiva para realizar la prueba y autoeficacia para sexo seguro, lo que trae como resultado el realizar la prueba rápida del VIH con frecuencia ante un riesgo de infección (Ehrlich, Organista, & Oman, 2007; Ford & Holomyong, 2016; Kakoko, Åstrøm, Lugoe, & Lie, 2006).

En base a todo lo expuesto, es evidente que la conducta sexual del migrante es compleja y poco conclusiva, es difícil de comprender debido a que se desconocen los principales factores que determinan la conducta sexual del migrante en tránsito que sean

el punto de partida para generar intervenciones efectivas en este grupo particular. Diversos estudios consideran que las intervenciones conductuales para la prevención del VIH en migrantes poseen diversos vacíos de conocimiento que no les permiten obtener el resultado esperado, entre ellos destaca la falta de teoría que guíe la intervención, recursos disponibles que pueden convertirse en activos para la salud, inexistencia de un perfil claro de los migrantes, sobre todo de los migrantes en tránsito.

Por lo anterior, destaca la importancia de seguir realizando investigaciones primarias con el objetivo de caracterizar mejor a la población migrante conforme a su identidad sexual, percepción del riesgo, prácticas sexuales y nivel de información de ITS/VIH, así como las prácticas preventivas empleadas para evitarlas. Además se requieren análisis más detallados para comprender en profundidad la compleja dinámica de movilidad y el riesgo del VIH (Connors et al., 2017; Chowdhury et al., 2018).

La mayoría de los estudios de intervención se han realizado en países del oriente y algunos otros en Estados Unidos Americanos, lo cual resalta la necesidad de generar investigación en población migratoria de Latinoamérica que permita generar conocimiento específico a las características culturales y factores estructurales que expliquen el comportamiento de riesgo del VIH (Chowdhury et al., 2018; Leyva-Flores, Caballero & Infante, 2010; McMahon & Ward, 2012; Tiruneh, Wasie, & González, 2015). Se considera relevante que previo al planteamiento de intervenciones en población migrante en tránsito, se cuente con conocimiento acerca del perfil del migrante, factores determinantes de las conductas de riesgo y recursos disponibles que puedan apoyar el desarrollo de intervenciones efectivas en este grupo poblacional.

Identificar los activos en salud, entendidos como todos los recursos disponibles que pueden utilizarse para apoyar las intervenciones ha sido de utilidad en diversos programas de salud para incrementar su efectividad. El uso de la metodología del Modelo de Activos para la Salud permite identificar los activos y necesidades en salud en poblaciones específicas a través de un abordaje cualitativo, a su vez requiere de un

soporte teórico que ayude a determinar mediante un abordaje cuantitativo los principales factores determinantes de una conducta que servirán como fundamentación para plantear intervenciones específicas que respondan a las principales necesidades en salud identificadas.

Por lo anterior el uso de la metodología del Modelo de Activos para la Salud se consideró apropiado para el presente estudio, debido a que permitió identificar los activos para la salud en el grupo de migrantes en tránsito, las necesidades reales en salud sexual, así como los factores que influyen en la conducta sexual del migrante. Al mismo tiempo se utilizó la teoría de la Conducta Planeada como soporte teórico, debido a que el Modelo de Activos lo requiere con el fin de explicar las interacciones de variables. Asimismo, se ha utilizado en diversos estudios como sustento teórico de intervenciones conductuales, lo que permitió facilitar la metodología de activos para la salud (Guerra-Ordóñez et al., 2017a; Long et al., 2016; Macaya-Pascual, Ferreres-Riera, & Campoy-Sánchez, 2016; Terragni et al., 2018).

El personal de enfermería desempeña un rol fundamental en la prevención a través de la promoción de hábitos saludables, por lo que disponer de este conocimiento le permitió participar activamente en programas de salud sexual e intervenciones para migrantes en tránsito que respondan a sus necesidades específicas. El identificar los principales activos en salud, las necesidades reales en salud sexual y los determinantes de la conducta sexual del migrante en tránsito se considera es el paso inicial para futuras intervenciones efectivas. Por lo anterior el propósito del presente estudio fue identificar a través del Modelo de activos para la salud con un abordaje cualitativo los activos para la salud en población migrante en tránsito y las principales necesidades en salud sexual, además, a través de un abordaje cuantitativo, determinar los factores determinantes de la conducta sexual del migrante en tránsito utilizando como soporte teórico la teoría de la conducta planeada.

## **Marco teórico conceptual**

El presente estudio consideró como sustento metodológico el Modelo de activos para la salud el cual fue de utilidad para identificar los activos para la salud, además de las principales necesidades en salud sexual y los factores que determinan la conducta sexual del migrante en tránsito (Morgan & Ziglio, 2007). Como sustento teórico para explicar los factores que determinan la conducta sexual del migrante en tránsito se utilizó la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1991).

## **Modelo de activos para la salud**

El modelo de activos para la salud es un modelo de referencia en salud comunitaria para la creación de programas, proyectos e intervenciones de promoción de la salud, en donde enfermería ejerce un rol clave. Está propuesto para revitalizar y reorientar los contextos actuales de cuidado, indaga acerca de los recursos disponibles que mejoran la salud y el bienestar, con el propósito de fomentar la salud mediante esfuerzos organizados de la comunidad, cambiando paradigmas de atención que trabajen más sobre las causas, y evitar la dependencia del sistema sanitario o modelo curativo actual, donde los recursos pueden ser insuficientes. El modelo tiene como base los activos para la salud, los cuales son cualquier factor que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud (Morgan & Ziglio, 2007).

Sobre la base de las condiciones anteriores, el modelo de activos para la salud ha influenciado diversas estrategias políticas, internacionales, nacionales y regionales, ejemplo de ello la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2012) en la denominación Horizonte 2020, política europea para la salud y bienestar incorporó el enfoque de activos con el objetivo de mejorar la salud para todos y reducir la desigualdad, incluye entre sus líneas de acción dirigirse a la resiliencia comunitaria, la inclusión y la cohesión social, así como promocionar los activos para el bienestar. En el año 2016 la Generalitat

Valencia mostró el IV Plan de salud de la comunidad valenciana donde incorporó el modelo de activo como línea de estrategia para promover entornos saludables y comunidades orientadas a la salud, se incluye el objetivo de incorporar el enfoque de la salud positiva y los activos para la salud y se proponen diversas acciones para lograrlo.

El modelo consiste en seis etapas 1) preparación y contextualización: para iniciar la metodología se establece el objetivo del proyecto, finalidad y población de interés acorde a una condición de salud en la cual se identifique sus necesidades. Se requiere llegar a acuerdos con los responsables de instituciones gubernamentales, públicas, y civiles para lograr un compromiso que respalde las actividades a realizar de los activos en salud.

Etapas 2) recogida de información: tiene dos fases por un lado identificación de activos; esta etapa se vuelve la más importante debido a que se realiza un mapeo general donde se identifican los activos que pueden existir en la comunidad como lo son; intangibles (recursos económicos, programas en salud), personas (gestores y desarrolladores de actividades en función a la necesidad en salud requerida), instituciones (públicas y privadas), asociaciones formales e informales, activos físicos (sedes que brinden la atención en salud sexual). Dicho proceso se lleva a cabo con técnicas de investigación participativa, las cuales se seleccionan acorde a la función y contexto de los distintos activos para la salud.

Además se integró investigación cualitativa con diseño exploratorio, la cual permitió identificar las principales necesidades de acceso a los servicios de salud sexual de acuerdo a las experiencias de la población de interés, para el presente estudio se consideró al concepto de acceso a los servicios de salud sexual del migrante, a través de los siguientes dominios; deseo, búsqueda, inicio y continuación de la atención, donde se designa dominio intermedio desde la “búsqueda hasta la continuación de la atención, y dominio amplio desde el deseo hasta la continuación de la atención (Frenk, 1985). Para el análisis del acceso se utilizó el enfoque de acceso potencial el cual ofrece un

entendimiento de cómo “utilizan los servicios de salud la población objetivo” además que permitió permear con la Teoría de la Conducta Planeada, esto debido a la naturaleza de los dominios del acceso a los servicios de salud.

Para la segunda fase de la etapa dos, se utiliza investigación cuantitativa para identificar los factores determinantes para la conducta sexual del migrante en tránsito que permite complementar la metodología de activos para la salud, así mismo para esta finalidad el modelo demanda seleccionar el soporte teórico que permita explicar la interacción de variables y posteriormente guiar la intervención, para el presente estudio se considera apropiada la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1991), (Cofiño et al., 2016).

Respecto a la etapa 3) análisis, interpretación y presentación de la información recogida; se evalúa la información descriptiva, enumerando los activos para la salud y su clasificación en categorías establecidas o interpretativas, siguiendo un modelo teórico concreto sobre el tema de salud elegido y generando un modelo emergente. En esta etapa se decide cómo se van a presentar los activos en salud identificados y se determina la relación de conexión, interacción y dinamización de activos en salud. Los activos en salud se pueden presentar a través del uso de las tecnologías; sistemas geográficos, móviles, internet, redes sociales y plataformas digitales.

La etapa 4) difusión de los activos para la salud; deberá de ser ejecutada con equidad y accesibilidad la cual dependerá de las características del contexto garantizando la correcta difusión comunitaria, se pueden emplear trípticos, carteles, periódicos, mensajes en radiodifusoras, llamadas telefónicas, mensajes televisivos entre otros, con el propósito de difundir los activos a toda la comunidad acorde a sus necesidades y facilitando la obtención de información a los involucrados. La etapa 5) conexiones y dinamización de los activos; requiere integrar el enfoque del déficit con el de activos, se establecerá conexiones entre activos de diferentes tipos para generar desde acciones de promoción de la salud hasta propuestas de programas de salud o

intervenciones específicas que traten de dar respuesta a las necesidades de salud de la población específica seleccionada, por último la etapa 6) evaluación; requiere evaluar todo el proceso y las actividades generadas utilizando los activos para la salud (Cofiño et al., 2016). Para fines del presente estudio se desarrollaron las primeras tres etapas del Modelo de Activos para la Salud.

A continuación, se presenta la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1991), la cual fue utilizada como soporte teórico para explicar la interacción de factores que determinan la conducta sexual de migrantes en tránsito.

### **Teoría de la conducta planeada**

El migrante en tránsito experimenta diversas situaciones en su proceso migratorio que lo llevan a modificar positiva o negativamente su conducta sexual, puede decidir experimentar o no conductas sexuales de riesgo, tales como el uso inconsistente de condón o no uso de condón, relaciones sexuales con diversas parejas sexuales, encuentros con trabajadoras sexuales y realizar actos sexuales a cambio de dinero o comida. Esto puede atribuirse a diferentes factores vinculados con las creencias que afectan positiva o negativamente la intención y la conducta.

Por lo que la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991) se considera apropiada para identificar los factores determinantes de la conducta sexual del migrante en tránsito. La Teoría de la Conducta Planeada (TCP) se centra en la percepción del control e intención de la conducta, sus fortalezas se permean en la conducta la cual se conforma por factores antecedentes, creencias conductuales que a su vez tienen efecto sobre la actitud hacia la conducta, creencias normativas con normas subjetivas y creencias de control con control conductual percibido, control de conducta real, intención y conducta (Ajzen, 1974, 1985, 1991).

Los **factores antecedentes** se refieren a los rasgos de personalidad, inteligencia y variables demográficas que influyen en las intenciones y el comportamiento indirectamente al afectar las creencias de comportamiento, normativas y de control, además los factores antecedentes, pueden proporcionar información valiosa sobre posibles precursores de creencias de comportamiento, normativas y de control (Ajzen, 1985, 1987).

Las **creencias conductuales** se ajustan principalmente en los posibles resultados de la conducta y las estimaciones o valoraciones que pueden tener los resultados de la conducta realizada y estimará una actitud favorable o desfavorable hacia el comportamiento. La **actitud hacia la conducta** puede entenderse como todo aquello en lo que cree la persona para realizar la conducta, está determinada por dos elementos 1) la creencia de la conducta se asigna a ciertos atributos de conocimiento y percepción, y 2) la valoración se puede comprender como los resultados positivos o negativos asociados con la conducta y por la fuerza de asociación entre las creencias de conducta y valoración de resultados (Ajzen, 1985, 1987).

Las **creencias normativas** son expectativas de conductas percibidas de individuos o grupos referentes tan importantes como su cónyuge, familia y amigos de la persona, además que se adjudica la motivación para llevar a cabo las expectativas, específicamente, la motivación para cumplir con cada referente contribuye a la norma subjetiva en proporción directa a la probabilidad subjetiva de la persona de que el referente piense que la persona debe realizar el comportamiento en cuestión. Las **normas subjetivas** se refieren a la creencia acerca de que si el referente significativo aprueba o desaprueba la conducta. La norma subjetiva se compone por dos aspectos: 1) las creencias normativas abarcan las creencias de cada referente significativo sobre la aprobación o desaprobación de la conducta; y 2) la motivación de cumplir indica la

disposición de la persona para realizar la conducta tomando en consideración las expectativas de los referentes importantes (Ajzen, 2005).

Las **creencias de control** tienen que ver con la presencia percibida de factores que pueden facilitar o impedir el desempeño de una conducta que en combinación con el poder percibido de cada factor de control, determinan el control de conducta percibido, el poder percibido de cada factor de control para impedir o facilitar el desempeño del comportamiento contribuye al control del comportamiento percibido en proporción directa a la probabilidad subjetiva de la persona de que el factor de control esté presente (Ajzen, 2002, 2005).

El **control conductual percibido**, se refiere al grado de control percibido para llevar a cabo la conducta. El control conductual percibido está determinado por tres componentes: 1) la creencia de control es la probabilidad percibida para facilitar o restringir la conducta; 2) el poder percibido hace que sea fácil o difícil el desempeño de la conducta; y 3) la autoeficacia se refiere a la capacidad percibida para facilitar o inhibir la realización de la conducta (Ajzen, 2002, 2005).

La **intención** es una indicación de la disposición para la realización de una conducta, y se considera que es el antecedente inmediato de la conducta. La intención se moldea en la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva, cada una ponderada por su importancia en relación con el comportamiento y la población de interés, y su influencia es moderada por el control del comportamiento percibido (Ajzen, 1991, 2005).

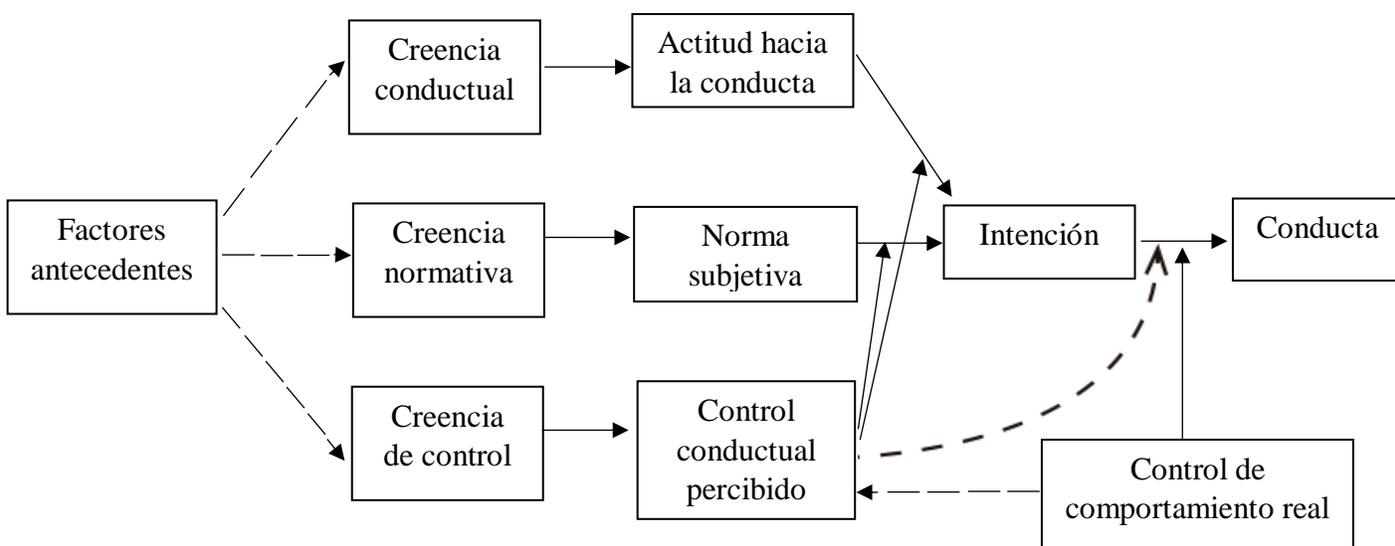
El **control de conducta real** es el cometido exitoso de una conducta, depende no solo de una intención favorable sino también de un nivel suficiente de control del comportamiento. El control de conducta real se refiere a la medida en que una persona tiene las habilidades, los recursos y otros requisitos previos necesarios para llevar a cabo conductas. En muchas situaciones, puede ser difícil determinar el nivel de control real de una persona; sin embargo, en la medida en que el control de conducta percibido es

preciso, puede servir como un atajo para el control real y ser utilizado para la predicción de comportamiento (Ajzen, 2005).

La **conducta** es la respuesta manifiesta y observable en una situación dada con respecto a un objetivo determinado. Las observaciones de una sola conducta pueden agregarse en contextos y tiempos para producir una medida de la conducta más ampliamente representativa. En la teoría de la conducta planeada, la conducta es una función de intenciones y percepciones compatibles del control de conductas. Se espera que el control conductual percibido, como un proxy del control real, modere el efecto de la intención en la conducta, de manera que una intención favorable produce la conducta solo cuando el control conductual percibido es fuerte (Figura 1), (Ajzen, 2002, 2005).

**Figura 1**

*Representación de la teoría de la conducta planeada*



*Nota:* Interacciones y dirección de los conceptos de la conducta planeada.

Para el análisis cualitativo se utilizó el enfoque de acceso potencial a los servicios de salud, el cual se refiere a aquellos factores que predisponen a la utilización de servicios tales como, las actitudes, creencias, e intenciones que tiene una persona para que de cierta manera causen un efecto de capacitación en la población para distinguir la disponibilidad, organización e identificación de la necesidad de utilizar los servicios de salud cuando los requiera. La interacción que tiene el acceso potencial a los servicios de salud con la Teoría de la Conducta Planeada yace en los factores poblacionales, tales como actitudes, intención y conducta (Ricketts & Goldsmith, 2005).

### **Subestructuración teórica**

De acuerdo a cómo está integrada y por las declaraciones teóricas, se considera que la teoría de la conducta planeada es de utilidad para explicar la conducta sexual de migrantes en tránsito, entendiendo la población que sale de su lugar de origen, posee una movilidad entre estados o países llamado destino.

Para la elaboración de la subestructuración teórica se utilizaron los siguientes pasos sugeridos por Dulock y Holzemer (1993), 1) identificar y seleccionar los principales conceptos de la teoría de la conducta planeada, 2) especificar las relaciones entre los conceptos, representada por las variables del fenómeno por estudiar, integrando la relación y descripción del tema de interés, 3) ordenar jerárquicamente los conceptos de acuerdo al nivel de abstracción y 4) representar gráficamente las relaciones entre las variables. En las figuras 3, 4 y 5 se muestra la subestructuración teórica de los conceptos al modelo propuesto. Se presentan los constructos, conceptos e indicadores empíricos para cada una de las variables.

Los **factores antecedentes** se refieren a los rasgos de personalidad, inteligencia y variables demográficas que influyen en las intenciones y el comportamiento indirectamente al afectar las creencias de comportamiento, normativas y de control, además los factores antecedentes, pueden proporcionar información valiosa sobre posibles precursores de creencias de comportamiento, normativas y de control (Ajzen,

2012). Para el presente estudio dentro de los factores antecedentes se consideraron los factores individuales como edad, sexo y escolaridad, conocimiento sobre salud sexual (ITS/VIH) y conducta sexual previa de la población migrante en tránsito.

La **edad** son los años cumplidos reportados al momento de la entrevista por el migrante en tránsito. De acuerdo con la literatura, se señala que la edad puede ser un factor protector o de riesgo para conductas sexuales (Lee et al., 2019); se ha documentado que a mayor edad se favorecen las conductas sexuales protectoras; así mismo que a mayor edad se adquiere experiencia que en algunos casos puede generar conocimientos para desarrollar una conducta sexual protectora (Organista et al., 2000; Ye et al., 2012). Respecto al **sexo** se refiere a la condición biológica en términos de masculino y femenino, diversos estudios muestran que tanto el sexo masculino como femenino se encuentran expuestos a factores de riesgos sexuales, la mujer es más vulnerable a estos factores debido a la exposición de prostitución y violencia (Hall et al., 2019; Organista et al., 2000; Zoboli et al., 2017).

La **escolaridad** es el grado de educación formal finalizado en cantidad de años cursados por el migrante en tránsito. La literatura señala que una escolaridad baja, es un factor de riesgo para conductas sexuales, y una mayor escolaridad funciona como factor protector para comportamientos sexuales (Arsenijević et al., 2018; Li et al., 2009; Valverde et al., 2015).

Para el presente estudio el concepto de **conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH** se refiere a la información que posee el migrante en tránsito acerca de la salud sexual para ITS/VIH, comprende el conocimiento general del VIH, del preservativo como método protector, vías de transmisión del VIH, de la prevención del VIH y sobre otras infecciones de transmisión sexual. Estas características del conocimiento influyen en su intención de llevar a cabo conductas sexuales protectoras como es autoeficacia para uso consistente del condón (Cianelli et al., 2017; Li et al., 2009; Song et al., 2015; Tang et al., 2011; Zoboli et al., 2017).

La **exposición a situaciones de riesgo sexual previas** como factor antecedente del migrante en tránsito corresponde a todos los comportamientos sexuales previos ejercidos desde el inicio de su vida sexual reportados por el migrante en tránsito. Incluye aspectos como: edad de inicio sexual, tipo pareja formal o no, cantidad de parejas sexuales, tipo de sexo realizado oral, vaginal y anal, cantidad de episodios sexuales en el último año, tres meses y último mes, uso de condón y conocimiento sobre haber adquirido alguna ITS en algún momento de su vida sexual (Hall et al., 2019; Organista et al., 2000; Rangel et al., 2012).

La conducta sexual de la población migrante en tránsito la integran creencias que varían en función de su origen y distintos procesos actitudinales que pueden intervenir en la formación de dicha conducta. En este sentido, las **creencias conductuales** son todas las conductas sexuales protectoras o de riesgo ejercidas por la población migrante, donde se evaluó y estimó una actitud favorable o desfavorable hacia la conducta sexual (Ajzen 1999). Para el presente estudio la **actitud hacia la conducta** fue considerada como la postura personal de sentimientos y pensamientos del actuar hacia la conducta sexual. La actitud hacia la conducta está determinada por el conjunto total de creencias conductuales generadas por la experiencia sexual que se vinculan con el comportamiento sexual protector o de riesgo del migrante en tránsito (Ajzen 2012; Álvarez, Villarruel, Zhou, & Gallegos, 2010). De la actitud hacia de la conducta se sustrajeron los conceptos de percepción de riesgo para ITS/VIH, actitud hacia el uso de condón y la actitud para realizar la prueba del VIH en población migrante en tránsito.

La **percepción de riesgo para ITS/VIH** en población migrante en tránsito se refiere a la apreciación y consideración de su propia vulnerabilidad de contraer alguna enfermedad después de haber llevado a cabo diversas conductas sexuales de riesgo (Ferreira, Bento, Chaves, & Duarte, 2014; Guerra-Ordoñez et al., 2017a; McCoy, Shehadeh, Rubens, & Navarro, 2014). Además de comprenderse como la percepción en niveles que tiene el migrante sobre el riesgo de contraer alguna ITS/VIH, una percepción

de riesgo alta se considera como un factor protector debido a que esta consiente de los riesgos de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo y reflexiona en los beneficios de usar condón y no tener sexo con diferentes parejas (De Jesús, et al., 2016; Rangel, 2016). A su vez, una percepción de riesgo baja en la población migrante significa que no percibe los riesgos de infecciones para ITS y VIH, consideran tener inmunidad basada en creencias erróneas que los exonera de riesgos al ejercer cualquier conducta sexual (Auli et al., 2015).

La **actitud hacia el uso de condón** es la valoración positiva o negativa que tiene el migrante en tránsito hacia el uso de condón, una actitud positiva puede describirse como el entendimiento de los beneficios, utilidad, función y ejercicio de los conocimientos del uso del condón en todas sus relaciones sexuales lo cual se traduce a una conducta sexual protectora (Givaudan, Van de Vijver, & Poortinga, 2005; Zoboli et al., 2017). Sin embargo, una actitud negativa hacia el uso del condón puede llevar conductas sexuales de riesgo como el uso inconsistente del condón con distintas parejas, una percepción de riesgo baja y lo más importante no utilizar el condón de manera consistente (Connors et al., 2017; Muñoz-Laboy et al., 2017; Organista et al., 2000; Patel et al., 2014; Ragsdale et al., 2009; Ye et al., 2012; Zoboli et al., 2017).

La **actitud para realizar la prueba rápida del VIH** se comprende como la valoración positiva o negativa del migrante en tránsito de realizar la prueba de detección del VIH, una actitud positiva puede comprenderse como el realizar la prueba rápida del VIH ante un riesgo percibido o en el último año, son reflexivos de su funcionalidad y el resultado que puede brindar para su conducta sexual protectora (Ehrlich et al., 2007; Matlin, Depoux, Schütte, Flahault & Saso, 2018). Por el contrario, una actitud negativa condiciona el desconocimiento de la prueba, apatía y una baja necesidad de realizarse la prueba considerando por el bajo riesgo percibido, creencias erróneas sobre leyes de inmigración, además que no están dispuestos a realizar la prueba debido a la influencia de amigos (Galletly et al., 2019; Hall et al., 2019; Lee et al., 2019; Rangel et al., 2012).

Del concepto de **creencias normativas** se sustraen las normas subjetivas las cuales son de carácter colectivo y social por ello son creencias de expectativas de los demás y hacen referencia al contexto de sus compañeros o pareja que acompañan al migrante en su camino transitorio, va a influir entonces en las **normas subjetivas** en como un migrante en tránsito percibe a otros significativos para evaluar un comportamiento donde aprueba o reprueba la conducta. La motivación de cumplir indica el grado de aceptación para realizar la conducta tomando en cuenta a todos sus referentes sociales importantes, para el presente estudio dentro de las normas subjetivas que se consideran son aprobación social para el uso de condón y aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH (Ajzen 2005; Álvarez, Villarruel, Zhou, & Gallegos, 2010; Facundo, García, Rodríguez & Castillo, 2014).

**Aprobación social para el uso de condón** se refiere a las expectativas que generan los amigos, pareja sexual, familia y compañeros de viaje en la población migrante para llevar a cabo la acción de utilizar o no el condón en sus relaciones sexuales, estas redes sociales pueden promover o desalentar factores protectores y de riesgos del uso de condón, los cuales condicionarán el riesgo de transmisión de enfermedades sexuales y el uso consistente del condón en todos sus encuentros sexuales (Althoff et al., 2013; Ford, Chamrathirong, Apipornchaisakul, Panichapak, & Pinyosinwat, 2014; Kissinger et al., 2012; Liu et al., 2014; Organista et al., 2000).

Por otra parte la **aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH** se entiende como las expectativas que genera la pareja sexual actual, amigos, compañeros en tránsito sobre el migrante en tránsito para aprobar o desaprobado el efectuar la prueba rápida del VIH, considerando que el migrante llevó a cabo conductas sexuales de riesgo y percibe vulnerabilidad ante el riesgo de haber adquirido alguna enfermedad de transmisión sexual, esta conducta se juzgará por su cónyuge, pareja sexual, amigos y compañeros de tránsito debido a que ellos pueden considerarla como un proceso innecesario que pondrá en riesgo su migración, o por el contrario ejercerá una respuesta

positiva que permitirá adquirir el conocimiento para aprovechar los beneficios de la prueba y considerarla como un factor protector que promueva el uso constante (Davis et al., 2017; Hall et al., 2019; Hu et al., 2014).

Del concepto de **creencias de control** se sustrajo el control conductual percibido el cual se refieren a factores que pueden facilitar o impedir el desempeño de una conducta sexual de la población migrante en tránsito que en combinación con el control conductual determinarán la probabilidad de impedir o facilitar el desempeño del comportamiento sexual del migrante. El **control conductual percibido**, describe el grado de control percibido y capacidad para llevar a cabo una conducta sexual protectora, determinado por la creencia percibida para facilitar o restringir la conducta, para el presente estudio dentro de las conductas de control percibido se considerarán la autoeficacia para el uso correcto del condón y autoeficacia para sexo seguro (Ajzen 2002, 2005; Kakoko, Åstrøm, Lugoe, & Lie, 2006).

**Control percibido para el uso consistente del condón** se describe como la creencia del migrante de que es capaz y confía en usar el condón en situaciones sexuales (Ford & Holumyong, 2016; Organista et al., 2000; Zhang et al., 2011), comprende los beneficios sobre el uso del condón, uso consistente del condón, y ejercer el sexo seguro con parejas regulares, además se considera como predictor importante para la acción y cambio de la conducta de la población migrante en tránsito (Cai et al., 2013; Guerra-Ordoñez et al., 2017a; Knipper et al., 2007; Li et al., 2004; Organista et al., 2000; Ye et al., 2012).

En lo que se refiere a el **control percibido para sexo seguro** en población migrante en tránsito se refiere a la creencia del migrantes en tránsito de que es capaz y confía en llevar a cabo acciones de sexo seguro. El migrante tendrá la confianza para realizar acciones encaminadas a un resultado deseado, respecto a la población en tránsito se refiere al uso consistente del condón en sus relaciones sexuales, mantener una pareja estable, realizar la prueba rápida del VIH ante alguna vulnerabilidad, exponer sus dudas

al personal de salud para recibir educación continua sobre sexo seguro, identificar los factores protectores y de riesgo sexuales y así poder generar una conducta sexual segura (Cianelli et al., 2017; Galletly et al., 2019; Hall et al., 2019; Štulhofer et al., 2009).

El **control de conducta real** se comprende como el objetivo principal de una conducta, depende no solo de una intención favorable sino también de un nivel suficiente de control del comportamiento, es decir es la habilidad, recursos y otros requisitos previos para llevar a cabo conductas sexuales protectoras, este control puede servir como un atajo para el control real y ser utilizado para la predicción de comportamiento (Ajzen, 2005). El control de conducta real para el presente estudio será considerado como la **comunicación sexual con la pareja**, entendida como la capacidad de comunicación que realiza el migrante en tránsito con su pareja frecuentemente sobre sexo, es un diálogo abierto sobre las necesidades sexuales, negociación del uso del condón, factores de riesgo y protectores que promoverían la actividad sexual, esto influirá directamente en la frecuencia y condiciones de la actividad sexual (Gillespie, 2017; Zhang et al., 2018).

La **intención** se puede describir como una indicación de la disposición para realizar una conducta sexual, la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva cada una ponderada por su importancia en relación con el comportamiento, se modera por el control de comportamiento percibido, para el presente estudio se considerarán como intención, la intención del uso consistente del condón e intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo en población migrante en tránsito (Ajzen 2002, 2005).

La **intención del uso consistente del condón** es la predisposición del migrante del uso del condón en cualquier situación sexual o en sus próximos encuentros sexuales, e intentar usar el condón cuando tiene planeado tener relaciones sexuales, la intención del uso consistente del condón en población migrante dependerá de la actitud hacia la

conducta, las normas subjetivas y el control conductual percibido del uso del condón (DeHart & Birkimer 1997; Younge, Salem, & Bybee, 2010).

En relación con la **intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo** se refiere a la predisposición que posee el migrante en tránsito para realizar la prueba rápida del VIH ante la sospecha de vulnerabilidad después de encontrarse expuesto a situaciones de riesgo sexuales, consiente de buscar ayuda del personal de salud, además de solicitar la prueba por cuenta propia, aceptar el asesoramiento y tener la intención de realizar la prueba rápida del VIH en el próximo año aunque el migrante no se encontrara expuesto a factores de riesgo sexuales (Ehrlich et al.,2007; Ford & Holumyong, 2016; Kakoko, Åstrøm, Lugoe, & Lie, 2006).

La **conducta** son las respuestas que se presentan con acciones conscientes ante una situación, en función de la intención y percepción del control de conducta que moderarán el efecto de la intención en la conducta sexual, de manera que una intención favorable produce la conducta solo cuando el control conductual percibido es fuerte, para representar la conducta en el presente estudio se sustrajeron los conceptos de conducta sexual protectora para ITS y VIH, uso consistente del condón y realizar la prueba del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo en población migrante (Ajzen, 2002, 2005). En lo que refiere a la **conducta sexual** es el uso consciente de acciones ante la exposición a situaciones sexuales, donde el migrante ejercerá la intención y control de la conducta sexual segura, uso consistente del condón y realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo (Akinsulure-Smith, 2014; Guo, Li, Liu, Jiang, & Tu, 2014; Puri & Cleland, 2006).

**Conducta sexual segura** describe los comportamientos que lleva a cabo el migrante en sus relaciones sexuales; como el uso del condón en sus relaciones sexuales, uso de drogas lícitas e ilícitas y llevar a cabo relaciones sexuales, evitar el contacto con secreciones durante el acto sexual, conocer el antecedente sexual de la pareja, comunicación y negociación sexual.

**Uso consistente del condón**, describe las acciones que el migrante ejercerá ante una situación sexual, moderada por la intención y poder de llevar un condón en caso de que lo necesite, usar un condón cada vez que tenga sexo y poder usar un condón nuevo, cada vez que tenga sexo, también le dará el derecho a negarse a tener relaciones sexuales con sus parejas si se niegan a usar condones (Guerra-Ordoñez et al., 2017a; Shen et al., 2019; Tarkang & Pencille, 2018). Acerca del concepto de **realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo** se define como las acciones que el migrante ejercerá ante un probable riesgo del VIH, donde buscará de manera voluntaria asesoramiento del personal de salud para el seguimiento, control y monitoreo de un posible riesgo, aceptación de la prueba rápida del VIH y la recepción de los resultados (Arco et al., 2013; Pottie et al., 2018).

El **Acceso potencial** se refiere a aquellos factores que predisponen al migrante en tránsito a la utilización de servicios de salud sexual (Apéndice A), tales como la necesidad de atención, donde a través de sus actitudes como la percepción de riesgo para ITS/VIH, actitud hacia el uso del condón y actitud para realizar la prueba rápida del VIH identificará la necesidad de utilizar los servicios de salud sexual (Jung, Kwon, & Oh, 2017; Kramer et al., 2014; Kocken, van Dorst, & Schaalma 2005; Kinney et al., 2015; Lee, Yu, & Zhou, 2019; Pinedo et al., 2014; Roy et al., 2013; Tohme, Egan, Friedman, & Stall, 2016; Wu et al., 2014).

Paso seguido se crea un deseo de atención, búsqueda de atención e inicio de la atención, los cuales se describirán través de la intención del uso consistente del condón, intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo (Ahmed, 2013; Deb et al., 2009; Ehrlich et al., 2007; Liu et al., 2018; Wang, Li, Stanton, & McGuire, 2010; Ye et al., 2012). Por último, la continuación de la atención, la cual se explicará a través de la conducta sexual segura, uso consistente del condón y realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo (Connors et al., 2017; Dai et al., 2015; Dias, Gama, Severo, & Barros, 2011; Deering et al., 2015;

Guerra-Ordoñez et al., 2017a; Hall et al., 2019; Markosyan et al., 2007; Tarkang & Pencille, 2018; Wang et al., 2019).

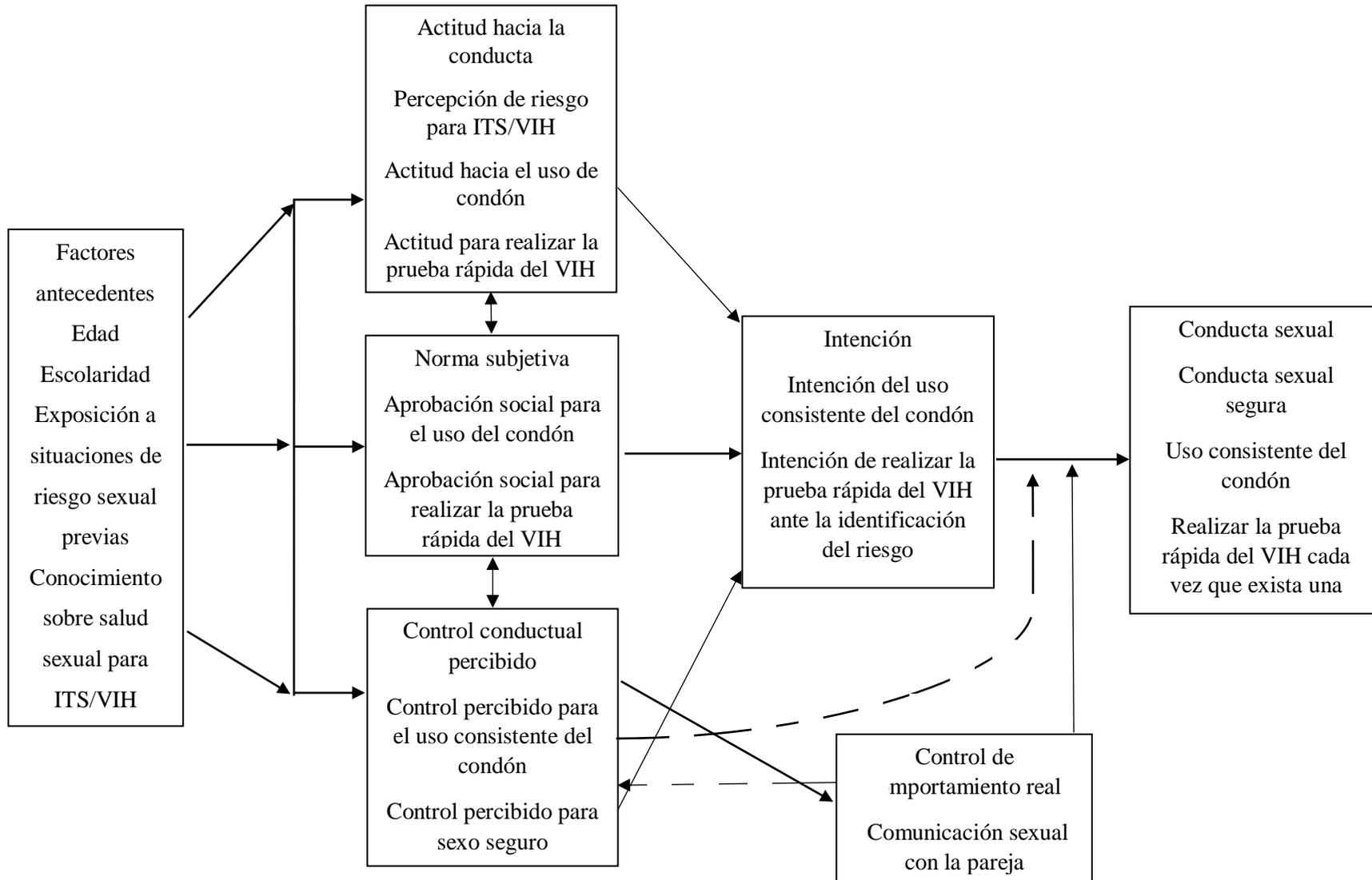
De acuerdo con la Teoría de la Conducta Planeada se determinaron las siguientes proposiciones:

1. La edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH influyen en la percepción del riesgo para ITS/VIH, actitud hacia el uso de condón y actitud para realizar la prueba rápida del VIH.
2. La edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH influyen en la aprobación social para el uso del condón y aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH.
3. La edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH influyen en el control percibido para el uso consistente del condón y el control percibido para sexo seguro.
4. La percepción de riesgo para ITS/VIH y la actitud hacia el uso del condón se relacionan con la aprobación social para el uso del condón y el control percibido para el uso consistente del condón.
5. La percepción del riesgo para ITS/VIH y la actitud para realizar la prueba rápida del VIH se relacionan con la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH y control percibido para sexo seguro.
6. La percepción de riesgo para ITS/VIH y la actitud hacia el uso de condón influyen en la intención del uso consistente del condón.
7. La percepción de riesgo para ITS/VIH y la actitud para realizar la prueba rápida del VIH influyen en la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo.

8. La aprobación social para el uso del condón influye en la intención del uso consistente del condón
9. La aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH influye en la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo.
10. La aprobación social para el uso del condón y aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH influyen en la comunicación sexual con la pareja.
11. El control percibido para el uso consistente del condón influye en la intención del uso consistente del condón.
12. El control percibido para sexo seguro influye en la intención del uso consistente del condón y la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo.
13. El control percibido para el uso consistente del condón influye en la conducta sexual (conducta sexual segura y uso consistente del condón).
14. El control percibido para sexo seguro influye en la conducta sexual (conducta sexual segura y realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo).
15. La comunicación sexual con la pareja influye en el control percibido para el uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro.
16. La comunicación sexual con la pareja influye en la conducta sexual (uso consistente del condón, realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo, conducta sexual segura).
17. La intención del uso consistente del condón influye en la conducta sexual (uso consistente del condón y conducta sexual segura).
18. La intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo influye en la conducta sexual (realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo y conducta sexual segura).

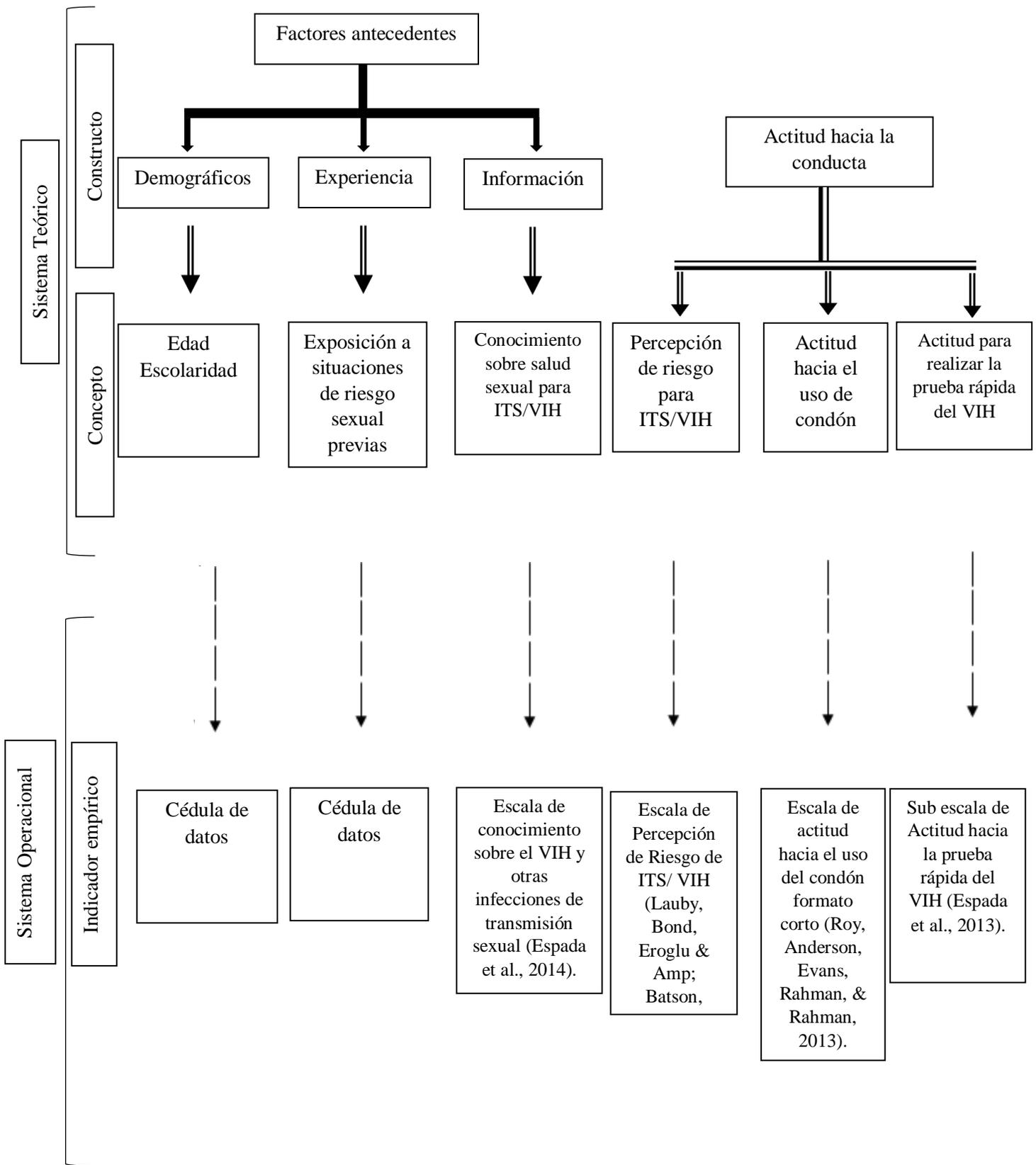
**Figura 2**

*Modelo de conducta sexual segura para ITS/VIH del migrante en tránsito*



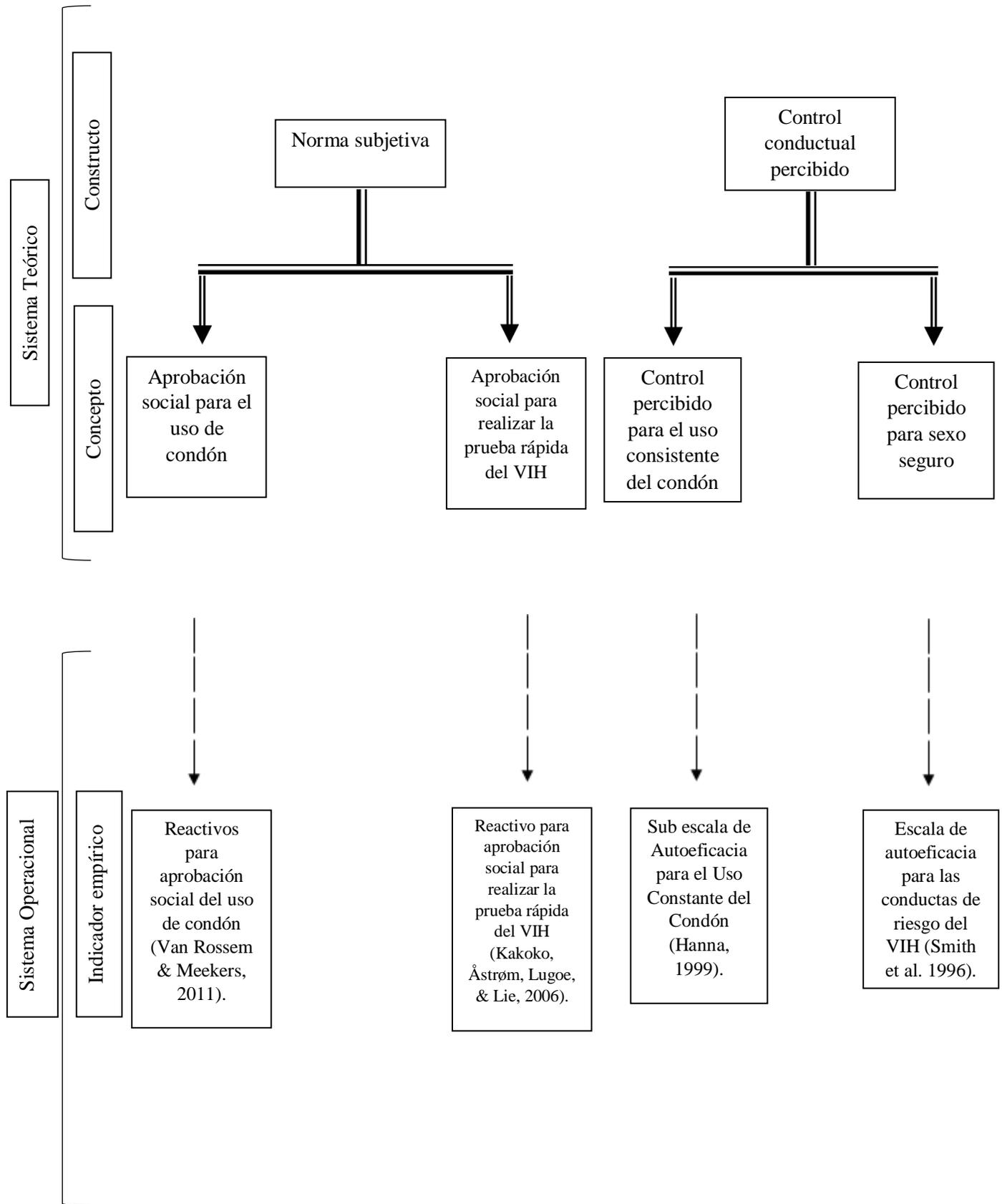
*Nota:* Representación donde se detalla las relaciones y dirección que propone el modelo basado en la Teoría de la Conducta Planeada, con las variables explicativas del migrante en tránsito.

Modelo de subestructuración teórica de los factores antecedentes y actitud hacia la conducta



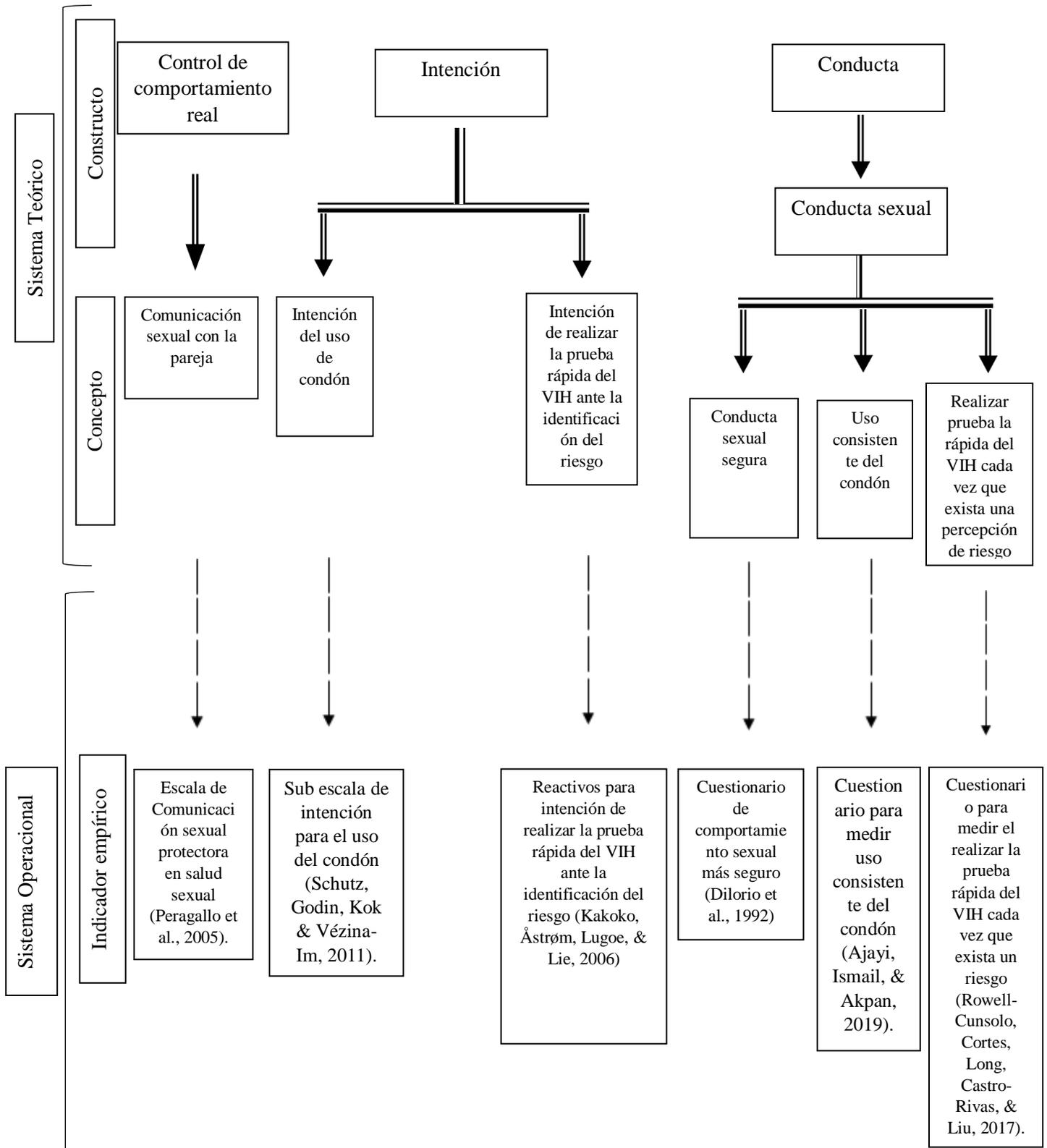
Nota: Representación de constructos, conceptos e indicadores empíricos.

Modelo de subestructuración teórica de norma subjetiva y control conductual percibido



Nota: Representación de constructos, conceptos e indicadores empíricos.

Modelo de subestructuración teórica del control de comportamiento real, intención y conducta



Nota: Representación de constructos, conceptos e indicadores empíricos.

## **Estudios relacionados**

Para el presente estudio se realizó búsqueda de artículos en diferentes bases de datos electrónicas. Se utilizaron diversos métodos de búsqueda, empezando por identificar las palabras claves y realizar su descripción en los operadores DECS y MESH, el periodo en años de los artículos es desde el 2012 al 2019. A continuación, se presentan los estudios científicos de acuerdo a las variables del modelo propuesto.

## **Factores antecedentes**

### **Edad**

Giorgio et al. (2017a) realizaron un estudio en Sudáfrica, con el objetivo de identificar las prevalencias del VIH y factores de riesgo entre hombres inmigrantes extranjeros. Se aplicaron 578 instrumentos a hombres migrantes, en los resultados destaca que al realizar la prueba del VIH rápida los hombres tenían más probabilidades de ser VIH positivos si se encontraban en el grupo de edad de 35-54 años ( $RR = 4.06$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.73 – 9.54]).

Kuznetsov et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de identificar el conocimiento, actitud e intención de comportamiento en relación con la infección y prevención del VIH en migrantes y nativos de la Unión Soviética. El estudio se llevó a cabo en 1205 participantes con edades entre los 18 y 65 años. Con respecto a la transmisión del VIH a través del sexo oral en migrantes y nativos, el bajo conocimiento se mostró en hombres de 30 a 39 años cumplidos ( $OR = 5.48$ ,  $IC\ 95\%$ , [2.45 – 12.23]).

Zoboli et al. (2017) desarrollaron un estudio con el objetivo de evaluar las habilidades de uso del condón en una población migrante en Italia, alojada en un centro gubernamental para solicitantes de asilo; la muestra estuvo compuesta por 80 migrantes con una media de edad de 26 años. Los resultados destacan que el tener mayor habilidad

de uso del condón se asocia contener más de 26 años cumplidos ( $OR = 5.8$ ,  $IC$  95%, [1.3 – 26.9]).

### **Sexo**

Zhussupov, McNutt, Gilbert, Terlikbayeva y El-Bassel (2015) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de comparar las conductas sexuales de riesgo en migrantes masculinos y femeninos. Se reclutaron un total de 422 migrantes, 209 hombres y 213 mujeres. Los resultados muestran que las mujeres tienen menor probabilidad que los hombres de tener dos o más parejas en los últimos 90 días, el 20.3% de las mujeres en comparación con el 66% de los hombres ( $PR = .31$ ,  $IC = 95\%$ , [.23 – .41]). No hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en el uso sistemático de un condón en los últimos 90 días.

Santos-Hövener et al. (2015) realizaron un estudio en 596 migrantes con el objetivo de identificar los determinantes de prevención del VIH y las ITS entre los migrantes, el 57% eran hombres. La mayoría de los participantes procedían de África occidental y central, la media de edad fue de 31 años para los hombres y 30 años para las mujeres, más del 80% conocía los riesgos de transmisión del VIH; sin embargo, los hombres reportaron con más frecuencia parejas sexuales ocasionales ( $OR = 2.6$ ;  $IC$  95%, [1.7 – 4.0]) y más frecuentemente, una ITS previa ( $OR = 2.1$ ;  $IC$  del 95%, [1.1 – 4.1]).

Wang et al. (2014) realizaron una investigación con el objetivo de identificar la relación del SIDA/VIH y el uso de servicios de salud en siete tipos de población migrantes. Participaron 2753 migrantes en semejantes proporciones de hombres y mujeres con una edad promedio de 31.3 años. El 75% reportó un nivel educativo de escuela intermedia o inferior, la mayoría de los participantes (65.2%) estaban casados y casi el 40% de ellos no vivía con sus cónyuges, en promedio, han migrado por 8.3 años y han estado en 2.5 ciudades. Se destaca que las mujeres tienen mayor probabilidad de

presentar síntomas de ETS respecto a sus parejas masculinas ( $OR = 9.00$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[6.24 - 12.95]$ ).

### **Escolaridad**

Zoboli et al. (2017) realizaron un estudio para evaluar el conocimiento y habilidades de uso del condón en una población migrante con ingreso reciente en Italia, alojados en un centro gubernamental para solicitantes de asilo. La muestra de estudio estuvo compuesta por 80 hombres migrantes, la mayoría de ellos estaban casados, con grado de educación formal media\_baja, de 5 a 8 años. Como resultado obtuvieron que el un grado mayor educacional influye en el uso correcto del condón ( $OR = 10.4$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[2.6 - 41.9]$ ), no hubo diferencia significativa en el uso de condón entre hombres solteros o casados.

Joshi, Simkhada, y Prescott (2011) llevaron a cabo un proyecto de investigación con el propósito de explorar el conocimiento y las percepciones de riesgo sobre el VIH / SIDA entre una muestra de 408 migrantes de nepaleses trabajando en tres Países del Golfo. Se encontró que los migrantes encuestados que poseían educación formal superior tenían significativamente más probabilidad de informar que el VIH / SIDA puede transmitirse al compartir agujas para inyectarse drogas ( $p = .002$ ), así como que el VIH puede transmitirse de madre a hijo ( $p = .015$ ). Alternativamente, los encuestados que habían obtenido solo educación formal primaria tenían una probabilidad significativamente mayor de reportar los conceptos erróneos de la transmisión del VIH que los de los encuestados de educación superior ( $p = .005$ ).

Weine, Bahromov, Loue, y Owens (2013) realizaron un estudio con el objetivo de identificar las conductas de riesgo del VIH y sus determinantes de múltiples niveles en los trabajadores migrantes varones de Tayikistán a Moscú. Participaron 400 migrantes de diversos sitios laborales. Los resultados cuantitativos indicaron que los migrantes masculinos estaban en riesgo de contraer el VIH debido a comportamientos sexuales más altos, incluidas las relaciones sexuales con trabajadores sexuales (92%),

parejas múltiples en el último mes (86%), relaciones sexuales sin protección con trabajadores sexuales (33%) y menor frecuencia de uso del condón mientras se bebe alcohol (57%), además a través de un modelo de regresión se mostró que un grado de educación formal más bajo ( $OR = .4$ ,  $IC$  del 95%, [.3 – .5]) se asoció con más riesgos sexuales del VIH.

### **Exposición a situaciones de riesgo sexual previas**

Caballero-Hoyos, Villaseñor-Sierra, Millán-Guerrero, Trujillo-Hernández, y Monárrez-Espino (2013) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de examinar los factores asociados con las conductas de riesgo sexual según el tipo de pareja, en trabajadores migrantes indígenas en un complejo agroindustrial de caña de azúcar en el oeste de México. En general el 64.4% de los migrantes nunca usaron un condón durante las relaciones sexuales en el último año, aunque informaron que usaban el condón frecuentemente con parejas ocasionales ( $p = .01$ ), el sexo anal se practicó con el 11.1% de las parejas, especialmente con parejas ocasionales, el sexo de supervivencia se practicó con el 50.7% de las parejas ocasionales y el 14.4% de las parejas principales ( $p = .01$ ). Los encuentros sexuales se llevaron a cabo por migrantes en las ubicaciones agroindustriales mexicanas (88.3%); sin embargo, el sexo con parejas ocasionales ocurrió con mayor frecuencia en los estados unidos ( $p = .01$ ).

Giorgio et al. (2017b) realizaron un estudio en Tijuana, México con 1219 hombres migrantes en edades de 31 a 34 años, con el objetivo de identificar el impacto de la migración en el riesgo del VIH. Se analizaron las prácticas sexuales, parejas y contextos de los migrantes mexicanos por fase de migración. Los migrantes en tránsito tenían una probabilidad significativamente mayor de participar en el sexo anal que los migrantes que aún no salían de sus lugares de orígenes en el último encuentro sexual ( $OR = 3.39$ ,  $IC$  95%, [1.35 – 8.56]), el sexo vaginal y / o anal sin protección también fue más probable en los migrantes en la fase de retorno

(*OR* = 1.76, *IC* 95%, [1.04 – 3.00]) en comparación con los migrantes en la etapa previa a la partida.

Luo et al. (2018) llevaron a cabo un estudio para examinar la asociación entre la compulsividad sexual y el sexo sin condón, en 1325 trabajadoras migrantes solteras en Shanghai, China. La mayor probabilidad de participar en relaciones sexuales sin condón en los seis meses anteriores se relaciona con la actitud sexual negativa (compulsiva) (*OR* = 1.04, *IC* 95%, [1.02 – 1.07]), así como con la interrupción social (*OR* = 1.07, *IC* 95%, [1.02 – 1.13]) y pérdida de autoeficacia para sexo seguro (*OR* = 1.06, *IC* 95%, [1.02 – 1.10]).

### **Conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH**

Song et al. (2015) estudiaron los conocimientos y comportamientos relacionados con el ITS/VIH entre las mujeres casadas migrantes en la provincia de Shandong en comparación con las mujeres locales no migrantes. Se incluyó en el análisis una muestra integrada por 1076 migrantes y 1195 mujeres locales. En comparación con las mujeres locales, las mujeres casadas migrantes tenían niveles más bajos de conocimiento sobre ITS/VIH ( $X^2 = 9.452, p = .001$ ) y tenían más probabilidad de haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales, relaciones sexuales extramatrimoniales, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y consumo de drogas.

Li et al. (2019) efectuaron un estudio con el objetivo de evaluar la prevalencia de los comportamientos sexuales y los correlatos en trabajadores migrantes en China. El total de migrantes que participaron fue de 2821 migrantes. Los resultados permitieron identificar que la migración era un factor de riesgo independiente para las relaciones sexuales (*OR* = 1.23, *IC* 95% [1.01 – 1.72]), así como que el tener menor conocimiento sobre el VIH/SIDA (*OR* = .93, *IC* 95%, [.90 – .97]) se relaciona con aumento en las relaciones sexuales en los últimos tres meses.

Wang et al. (2018) llevaron a cabo un estudio con el propósito de evaluar el impacto de los diferentes tipos de organizaciones sociales en el conocimiento de la

prevención del VIH / SIDA entre los trabajadores migrantes. La mayoría de los migrantes son hombres (69%) con un nivel de educación primaria o menos (57.7%), los resultados principales de interés destacan que los migrantes con un alto conocimiento de VIH / SIDA tienen menor probabilidad de poseer actitudes positivas hacia el VIH/SIDA en comparación de los migrantes que tienen un menor conocimiento ( $OR = .20$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[\.08 - .61]$ ).

Caballero-Hoyos et al. (2008) examinaron la asociación entre las características de la pareja sexual y el uso del condón en una muestra de 354 hombres migrantes de dos municipios mexicanos, el 75% tenía 25 años o más, además el 66.8% tenía educación secundaria o menos. Se destaca dentro de los resultados, que el principal factor asociados con el uso regular del condón con la pareja sexual primaria fue poseer un nivel alto de conocimiento del uso del condón en comparación con el nivel más bajo ( $OR = 1.6$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[1.15 - 2.34]$ ).

En síntesis, los estudios analizados para los factores antecedentes del migrante en tránsito muestran que los migrantes con edades entre los 35 a 54 años tienen más probabilidad de ser VIH positivos. Además, los migrantes con edades entre los 30 a 39 años reportaron menor conocimiento sobre la transmisión de ITS/VIH; sin embargo, los que tienen más de 26 años tienen más habilidad para el uso del condón en sus relaciones sexuales. Respecto al sexo de los migrantes, las mujeres tienen menor probabilidad que los hombres de tener dos o más parejas en los últimos 3 meses y los hombres reportan con más frecuencia parejas sexuales ocasionales y más contagios de ITS previos que las mujeres; sin embargo, también se señala que las mujeres tienen más probabilidad de presentar síntomas de ITS en comparación de sus parejas formales masculinas.

El nivel educativo alto del migrante influye en el uso correcto del condón, así como en un alto conocimiento en los procesos de transmisión del VIH; por el contrario, un bajo nivel educativo se asocia con conductas sexuales de riesgo para transmisión de VIH y reportar información incorrecta de la transmisión del VIH. En cuanto a la

conducta sexual previa, el uso del condón es inconsistente en los migrantes debido a que se reportan casos que demuestran que en el último año el uso frecuente del condón prevaleció en sus parejas ocasionales; sin embargo, también se reportan datos del no uso de condón en todas sus relaciones sexuales. Además, los migrantes que se encontraban en tránsito y retorno en los últimos 6 meses tenían mayor probabilidad de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo como sexo vaginal y anal sin condón con diversas parejas, así como perder relaciones sociales y pérdidas de autoeficacia para sexo seguro.

Finalmente, respecto al conocimiento sobre salud sexual, tanto en hombres como en mujeres el poseer un nivel de conocimiento bajo sobre salud sexual los expone a tener conductas sexuales de riesgo como el aumento de parejas sexuales, no usar condón, así como antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, un nivel alto de conocimiento aumenta las conductas sexuales protectoras como el tener actitudes positivas hacia el VIH/SIDA, usar condón en sus relaciones sexuales y tener aprobación de su pareja para realizar la prueba rápida del VIH.

### **Actitud hacia la conducta**

#### **Percepción del riesgo para ITS/VIH**

Kramer, Van Veen, Op de Coul, Coutinho, y Prins (2014) realizaron un estudio con el objetivo de identificar si existe diferencia en las conductas de riesgo sexual y la percepción del riesgo entre generaciones de migrantes, la muestra total fue de 1914 migrantes con edades entre los 18 y 26 años. Los migrantes con un alto nivel educativo informaron con mayor frecuencia mayor riesgo percibido de infección por VIH/ITS ( $OR = 1.84$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[1.06 - 3.21]$ ) a comparación de aquellos con un nivel educativo bajo; mientras que aquellos con un nivel educativo medio informaron con mayor frecuencia mayor riesgo percibido del VIH / Infección por ITS a comparación de los que poseían un nivel educativo bajo ( $OR = 1.11$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[.72 - 1.71]$ ).

Jung, Kwon, y Oh (2017) desarrollaron un estudio en 1141 migrantes en Corea del sur, con el propósito de identificar los factores que influyen en las diferencias en la

toma de riesgos sexuales entre inmigrantes homosexuales. Los resultados muestran que en los migrantes encuestados que estaban infectados con ITS, la probabilidad de uso del condón era más alta debido a la percepción de riesgo que poseían debido a la infección ( $OR = 3.86$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[1.34 - 11.10]$ ).

Pinedo et al. (2014) realizaron un estudio para describir e identificar los factores asociados con la percepción del riesgo de VIH en usuarios de drogas inyectables deportados a México, participaron 313 migrantes con edades entre los 34 y 44 años. Se destaca que el haber pagado por sexo con sexo servidoras en Estados Unidos aumentó la percepción del riesgo de contraer VIH ( $OR = .29$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[.12 - .69]$ ).

En síntesis, la percepción del riesgo para VIH/ITS se considera con mayor frecuencia cuando el migrante tiene un nivel educativo alto, por el contrario, un bajo nivel educativo se considera como el desconocimiento del problema por ello su percepción del riesgo es limitada. Además, cuando el migrante se infecta por alguna ITS o paga por sexo la percepción del riesgo aumenta y con ello la intención del uso de condón en sus relaciones sexuales, lo cual es cuestionable.

### **Actitud hacia el uso de condón**

Roy, Anderson, Evans, Rahman, y Rahman (2013) examinaron las correlaciones entre las actitudes hacia el uso del condón con factores sociodemográficos y comportamiento de riesgos sexuales, el estudio se llevó a cabo en 437 migrantes en edades de 18 a 35 años. Entre los hombres casados con múltiples parejas en los últimos 12 meses, los análisis indicaron que la ausencia del cónyuge debido a la migración laboral y la baja percepción del riesgo se relaciona con una actitud más negativa hacia los condones ( $r = -.217$ ,  $p < .01$  y  $r = -.163$ ,  $p < .05$ ).

Kocken, van Dorst, y Schaalma (2005) realizaron un estudio con el objetivo de identificar la asociación entre la intención de usar condón con una nueva pareja sexual y un tabú percibido sobre la discusión del sexo, las creencias sobre educación sexual y las

creencias sobre el machismo en las relaciones de sexo y poder, el estudio se realizó en 346 inmigrantes de 15 a 50 años. Los inmigrantes con una actitud positiva hacia el condón tienen más probabilidad de usar condón en el futuro ( $OR = 1.86, IC\ 95\%, [1.12 - 3.08]$ ).

Wu et al. (2014) llevaron a cabo un estudio con el propósito de examinar comportamientos sexuales de riesgo en migrantes masculinos, participaron 4,609 sujetos. Los resultados muestran que una proporción considerable (29.6% – 41.5%) no usó condón durante sus encuentros sexuales; además que presentan actitudes positivas hacia conductas sexuales de riesgo como son los encuentros con sexo servidoras lo cual se asocia con tener múltiples parejas sexuales donde no utilizan el condón de manera consistente ( $OR = .39, IC\ 95\%, [.21 - .59]$ ). La influencia de pares también se asocia con la cantidad de parejas sexuales ( $OR = .51, IC\ 95\%, [.27 - .88]$ ).

En síntesis, el poseer una actitud positiva hacia el uso de condón aumenta la probabilidad de usarlo en sus relaciones sexuales futuras, además una baja percepción del riesgo se relaciona con actitudes negativas hacia el uso del condón. Una actitud positiva hacia conductas sexuales de riesgo como son los encuentros con trabajadoras del sexo comercial se asocia con múltiples parejas sexuales donde no utilizan el condón de manera consistente.

#### **Actitud para realizar la prueba rápida del VIH**

Tohme, Egan, Friedman, y Stall (2016) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los correlatos psicosociales del uso de condón y la prueba del VIH entre refugiados en Líbano, participaron 150 hombres de los cuales 84.6% reportó tener relaciones sexuales sin protección en los tres meses anteriores. Los resultados destacan que los participantes que informaron haber consultado a un médico en el año anterior tenían una actitud positiva de haberse realizado la prueba del VIH antes del estudio ( $OR = 5.98, IC\ 95\%, [2.11 - 16.96]$ ), además los participantes señalaron que el saber

dónde realizar la prueba del VIH tiene mayor probabilidad de hacer la prueba del VIH ( $OR = 4.91$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.90 – 12.65]).

Kinney, Lea, Kearney, Kinsey, y Amaya (2015) realizaron un proyecto de investigación con el objetivo de identificar los predictores para el uso de la prueba rápida del VIH entre trabajadores agrícolas migrantes en Carolina del Norte, participaron un total de 127 migrantes. Los autores determinaron que los migrantes con percepción de riesgo para VIH tienen mayor probabilidad de tener la intención de realizar una prueba del VIH ( $OR = 2.7$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.1 – 6.2]); además, el tener una actitud positiva es predictor de la intención de realizar prueba rápida del VIH ante un riesgo ( $OR = 2.5$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.1 – 5.8]).

Lee, Yu, y Zhou (2019) realizaron un estudio con el objetivo de examinar los patrones del proceso de migración, pruebas del VIH asociadas y conductas de riesgo entre inmigrantes latinos, participaron 306 latinos migrantes. Los resultados destacan que los migrantes que experimentaron una actitud positiva de migración fueron significativamente más propensos a hacerse la prueba rápida del VIH en los próximos 12 meses que los migrantes que experimentaron una actitud negativa de migración ( $OR = 2.95$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.21 – 7.17]).

En síntesis, las actitudes positivas para realizar la prueba rápida del VIH se relacionan con haber consultado a un médico en el último año; así mismo, el conocer donde realizar la prueba del VIH aumenta la probabilidad de hacer la prueba del VIH (conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH). Otro rasgo de la actitud positiva para realizar la prueba rápida del VIH es la percepción de riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual como es el VIH, además, se debe agregar que los migrantes que experimentaron una actitud positiva de migración tienen más probabilidad de realizarse la prueba rápida del VIH.

## **Norma subjetiva**

### **Aprobación social para el uso de condón**

Mergenova et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de identificar el apoyo social y riesgos del VIH entre trabajadores migrantes en Kazajstán, participaron 1342 migrantes con edades entre los 18 y 48 años. Se destaca que los participantes con un mayor grado de disponibilidad de amigos tienen más probabilidad de infectarse con alguna ITS por el no uso de condón ( $OR = 1.24$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.00 – 1.53]), además los hombres que tienen un mayor número de amigos tienen más probabilidad de ser diagnosticados con alguna ITS ( $OR = 1.201$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.02 – 1.40]).

Shehadeh, Rubens, Attonito, y Jennings (2018) realizaron un estudio con el objetivo de identificar el impacto de cambio en el apoyo social sobre la identidad étnica y las conductas de riesgo sobre VIH entre trabajadores migrantes, en el estudio se incluyeron 270 migrantes 67% hombres y 33% mujeres; el nivel promedio educativo fue de noveno grado ( $M = 9.19$ ,  $SD = 3.10$ ); la media de edad fue de 42.5 años ( $DE = 12.76$ ) y el 69% eran solteros. Los resultados muestran que el apoyo social se correlacionó significativamente con el número de parejas sexuales sin protección a los seis meses de seguimiento ( $r = .198$ ,  $p = .021$ ).

Kapadia et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de identificar las características de la red de apoyo social y toma de riesgos sexuales en una muestra latina e hispana, se contó con el apoyo de 501 participantes. Los resultados destacan que tener una pareja sexual dentro del grupo social con el que transitan durante su migración aumenta las probabilidades de relaciones sexuales anales sin protección, en comparación de los que no poseen una pareja sexual dentro del grupo migratorio ( $OR = 3.90$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.30 – 11.72]).

Wang y Muessig (2017) llevaron a cabo un proyecto en 385 hombres migrantes reclutados en varios lugares de trabajo en Beijing. Utilizaron un enfoque de modelo anidado para examinar la contribución de las características de las redes sociales al

riesgo del VIH tanto a nivel de variable como de modelo. Los resultados destacan que los participantes sin una pareja sexual estable tienen más probabilidad de tener sexo comercial en el último año ( $OR = 3.54$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[1.46 - 8.56]$ ), cuanto más alta es la percepción de las motivaciones sociales del sexo comercial, más probable es que los participantes informen sobre sexo comercial ( $OR = 1.61$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[1.45 - 1.78]$ ). Una mayor edad presentó tendencia a la significancia con el sexo comercial ( $OR = .97$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[\.93 - 1.00]$ ).

En síntesis, cuando el migrante tiene más apoyo social, por una red de amigos o exista la motivación social por grupos, tienen más probabilidad de infectarse por alguna ITS por el no uso de condón, además aumenta el número de parejas sexuales con las cuales no utiliza protección, también lleva a cabo relaciones sexuales anales sin condón y es más probable que participe en sexo comercial.

#### **Aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH**

Giorgio et al. (2017a) realizaron un estudio con el objetivo de identificar la relación del apoyo social y el estado serológico del VIH y la probabilidad percibida de ser VIH positivo en 587 mujeres migrantes en Sudáfrica. El bajo apoyo social no se asoció significativamente con el resultado de realizar la prueba del VIH ( $OR = 1.03$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[\.43 - 2.46]$ ), pero se relaciona significativamente con la percepción de ser VIH positivo ( $OR = 1.36$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[1.04 - 1.78]$ ).

Kuehne et al. (2018) llevaron a cabo un estudio de investigación con el propósito de conocer el impacto del conocimiento y el estigma del VIH en la aceptación de las pruebas del VIH, participaron 2782 migrantes con edades entre los 18 y 78 años. Los participantes que informaron que el VIH es un tema que se discute en su comunidad tienen un 92% más de probabilidad de realizar la prueba del VIH ( $OR = 1.92$ ,  $IC\ 95\%$   $[1.60 - 2.31]$ )

Thapa et al. (2017) desarrollaron un estudio sobre comportamientos de riesgos relacionados con el VIH entre trabajadores migrantes, sus esposas y la población general

en Nepal, participaron 272 migrantes con edades entre los 25 y 57 años. Los resultados muestran que los migrantes que participan activamente en grupos de apoyos comunitarios motivan el realizar la prueba rápida del VIH ante algún riesgo percibido ( $OR = 2.48$ ,  $IC\ 95\%$  [1.34 – 4.59]).

En síntesis, los migrantes que cuentan con el apoyo de grupos sociales y comunidades de migrantes tienen más probabilidad de realizarse la prueba rápida del VIH, esto debido a que tienen actitud positiva para realizar la prueba rápida del VIH ante algún riesgo percibido, además de tener conocimiento sobre la prueba por experiencias previas.

### **Control conductual percibido**

#### **Control percibido para el uso consistente del condón**

Tarkang y Pencille (2018) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores predictores del uso sistemático del condón en 254 trabajadores migrantes de la región de Camerún. Del total de la muestra, solo 67 (43.5%) reportaron uso consistente del condón. La percepción de que los inmigrantes son propensos al VIH se asoció con una mayor probabilidad de usar el condón de manera consistente ( $OR = 2.1$ ,  $IC\ 95\%$ , [.72 – 6.12]); la creencia de que el uso sistemático del condón podría prevenir la transmisión del VIH (beneficio percibido) se asoció con una mayor probabilidad de usarlo de manera consistente ( $OR = 1.9$ ,  $IC\ 95\%$ , [.74 – 4.80]); la percepción de los inmigrantes de que pueden negarse a tener relaciones sexuales con sus parejas si se niegan a usar condones (autoeficacia percibida) se asoció con una mayor probabilidad de usar condón de manera consistente ( $OR = 1.5$ ,  $IC\ 95\%$ , [.62 – 3.53]).

Shen et al. (2019) llevaron a cabo un estudio con el propósito de comprender el uso del condón en mujeres migrantes solteras, un modelo de habilidades de información, motivación y comportamiento. El estudio se llevó a cabo en China, participaron 903 migrantes con una media de edad de 23 años y solo el 13.8% de los participantes

reportaron uso consistente del condón. Los resultados muestran que las habilidades objetivas para promover el uso de condón como, por ejemplo, ¿con qué frecuencia "dejó en claro que no tendría relaciones sexuales si no se usan los condones" y "le dice a la pareja que ambos estaríamos más seguros contra la enfermedad si usáramos un condón"? ( $r = .387, p < .001$ ) se correlacionó con el uso consistente del condón, además la autoeficacia para usar condón que contiene dos elementos (es decir, "Estoy seguro de que puedo hablar sobre condones con mi pareja" y "Estoy seguro de que puedo convencer a mi pareja para que use un condón incluso si él no quiere"), también se correlacionó con el uso consistente del condón ( $r = 0.315, p < .001$ ).

Ahmed (2013) realizó un estudio con el objetivo de identificar los determinantes del uso del condón y la prevención del VIH entre los inmigrantes de África, la recolección de datos se llevó a cabo en Minnesota, un total de 205 participantes apoyaron el estudio. La autoeficacia surgió como el factor con mayor influencia directa sobre la intención de usar condón ( $\beta = .68, p < .001$ ).

En síntesis, la percepción del riesgo para VIH/ITS se asocia con la probabilidad de utilizar el condón de manera consistente, además la creencia de que su uso consistente puede prevenir la transmisión del VIH se asoció con una mayor autoeficacia del uso de condón, así mismo la percepción de los inmigrantes de que pueden negarse a tener relaciones sexuales con sus parejas si se niegan a usar condones (comunicación sexual con la pareja) se asocia con mayor probabilidad de usar condón de manera consistente. La autoeficacia para el uso correcto del condón surge como el factor con mayor influencia directa sobre la intención de usar condones.

### **Control percibido para sexo seguro**

Huang et al. (2016) examinaron cómo las conductas de riesgo relacionadas con el VIH entre las mujeres migrantes pueden variar según la configuración del lugar de trabajo con una participación de 476 mujeres migrantes con una edad promedio de 20 años ( $DE = 2.0$ ), con un rango de edad de 16 a 24 años. Los resultados muestran que

tener comportamiento sexual sin protección con anterioridad (últimos dos meses), aumenta la autoeficacia para sexo después de realizar dichas conductas; debido a que desarrollaran la probabilidad de realizar conductas sexuales protectoras ( $OR = .85$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[.79 - .91]$ ).

Guerra-Ordoñez et al. (2017b) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de investigar la relación entre dos indicadores de proceso (autoeficacia para prevenir el VIH y hacer frente al riesgo sexual) y las conductas sexuales seguras en los migrantes, el estudio se llevó a cabo en fronteras de México, participaron 311 migrantes. Los resultados muestran que los indicadores de autoeficacia y manejo del riesgo sexual se asociaron con las tres medidas de resultado del comportamiento sexual seguro (a) comunicación con la pareja, (b) uso de condón y (c) sexo seguro ( $p < .05$ ).

Cianelli, et al. (2017) desarrollaron un estudio con el propósito de evaluar si los predictores sugeridos por la literatura estaban relacionados con la autoeficacia de sexo seguro para la prevención del VIH en un total de 99 mujeres de 18 a 50 años de edad hispanas refugiadas del sur de la Florida. Los resultados muestran que la probabilidad de alta autoeficacia de sexo seguro (uso del condón) aumenta en 1.05 por cada aumento de una unidad en el conocimiento del VIH, además vivir con un compañero se volvió significativo ( $\beta = -1.15$ ,  $p < .001$ ). Esto indica que las mujeres que no están viviendo con un compañero tienen 3.14 veces más probabilidad de alta autoeficacia de sexo seguro (uso de condón) en comparación con las mujeres que están viviendo con un compañero.

En síntesis, los factores que intervienen para una probabilidad de autoeficacia para sexo seguro en el migrante son la conducta sexual previa, percepción del riesgo de VIH, conocimiento de VIH, comportamientos sexuales seguros, comunicación sexual con la pareja, intención y uso consistente del condón.

## Control de comportamiento real

### Comunicación sexual con la pareja

Xiao et al. (2013) investigaron el efecto de la mediación de la comunicación sexual en la relación entre la autoeficacia de las relaciones sexuales más seguras y el uso del condón. Participaron 376 hombres migrantes con actividad heterosexual y 265 mujeres migrantes con actividad heterosexual. Los resultados destacan que la autoeficacia sexual segura se asoció significativamente con el uso frecuente de condones en los últimos tres episodios ( $\beta = .143$ ,  $DE = .054$ ,  $p < .01$ ), asertividad de la comunicación sexual ( $\beta = .408$ ,  $DE = .077$ ,  $p < .001$ ) y comunicación sobre el uso del condón ( $\beta = .125$ ,  $DE = .076$ ,  $p < .05$ ).

Sevoyan y Agadjanian (2015) llevaron a cabo un estudio con el propósito de identificar la asociación entre la migración laboral, comunicación conyugal y tratamiento de ITS en Armenia. Los resultados muestran que las esposas de migrantes eran significativamente más propensas a hablar sobre conductas sexuales de riesgo como lo son las enfermedades de transmisión sexual con sus esposos, respecto a esposas de no migrantes ( $OR = 2.347$ ,  $p < 0.01$ ).

Jesmin y Cready (2016) realizaron un estudio con el objetivo de explicar las actitudes de negociación de sexo seguro de las mujeres migrantes en Bangladesh, con edades de 15 a 49 años. Los resultados señalan que, con cada año adicional de edad, la probabilidad de creer que una mujer tiene derecho a negarse a tener relaciones sexuales si su esposo tiene una ITS disminuye un 1% ( $p < .01$ ). Por otro lado, el conocimiento del VIH / SIDA tuvo un efecto positivo significativo en la actitud de negociación de sexo seguro ( $p < .001$ ), es decir, con cada respuesta correcta adicional en el índice de conocimiento, la probabilidad de creer que una mujer tiene derecho a negarse a tener relaciones sexuales si su esposo tiene una ITS aumentan un 9%.

En síntesis, la capacidad de comunicación sexual con la pareja en la población migrante disminuye con el aumento ascendente de edad, además el conocimiento del

VIH/SIDA tuvo un efecto positivo en la actitud de negociación de sexo seguro. Es decir, aumenta la probabilidad de negarse a tener relaciones sexuales si su pareja migrante tiene alguna ITS. Además, la asertividad de la comunicación sexual y la comunicación sobre el uso del condón se asocia con autoeficacia de sexo seguro.

## **Intención**

### **Intención del uso consistente del condón**

Deb et al. (2009) realizaron un estudio con el objetivo de identificar el potencial de transmisión del VIH entre trabajadores de fábricas locales y migrantes en la India, participaron 7,009 trabajadores migrantes con edades entre los 18 y 45 años. Se observó que existe una asociación positiva entre la intención de usar condones y el uso real del mismo en todos los migrantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales ( $X^2 = 10.35, p < 0.05$ ).

Ye et al. (2012) realizaron un estudio con el objetivo de determinar los posibles factores sociales, psicológicos y estructurales del ambiente que pueden motivar a las trabajadoras sexuales migrantes de zonas rurales a urbanas y sus parejas en Shanghai, China, a promover el uso constante del condón. El porcentaje de trabajadoras sexuales que informaron el uso constante de condones con sus parejas fue del 63.3%.

El apoyo social y comunitario para la intención del condón fue el factor predictivo positivo más importante de uso constante del condón entre las trabajadoras sexuales y sus parejas ( $OR = 3.96, IC\ 95\%, [2.52 - 6.22]$ ). Otros factores importantes para la intención del uso constante del condón fueron una alta percepción de la susceptibilidad y el riesgo de contraer VIH / SIDA ( $OR = 1.96, IC\ 95\%, [1.25 - 3.0]$ ), una alta percepción de los beneficios del uso del condón para protegerse ( $OR = 2.06, IC\ 95\%, [1.32 - 3.22]$ ) y autoeficacia para sexo seguro ( $OR = 2.52, IC\ 95\%, [1.64 - 3.85]$ ).

Ahmed (2013) realizó un estudio con el objetivo de identificar los determinantes del uso del condón y la prevención del VIH entre los inmigrantes de África. La

recolección de datos se llevó a cabo en Minnesota. Un total de 205 participantes apoyaron el estudio. La intención fue un predictor significativo del uso de preservativos ( $\beta = .62, p < .001$ ). La intención de comportamiento representó el 38% de la variación en el uso de preservativos ( $R^2 = .38, p < .001$ ).

En síntesis, los factores predictores de la intención de uso de condón son el apoyo social y comunitario, percepción del riesgo de contraer VIH/SIDA si no se utiliza el condón, percepción de los beneficios del uso del condón para protección. De la misma forma la autoeficacia para sexo seguro y las conductas sexuales previas influye en la intención del uso del condón.

### **Intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo**

Liu et al. (2018) realizaron un estudio con el propósito de investigar los correlatos de la infección por VIH o sífilis y la experiencia de pruebas previas de VIH entre Migrantes hombres que tienen sexo con hombres (HSH), participaron un total de 3,588 HSH locales y migrantes en Beijing, China con edades entre los 40 y 58 años. Los resultados principales muestran que una mayor intención de que alguna vez se realicen pruebas rápidas del VIH se asoció con edades  $\geq 30$  años ( $OR = 1.54, IC\ 95\%, [1.30 - 1.94]$ ) y sexo anal reciente con hombres ( $OR = 1.27, IC\ 95\%, [1.07 - 1.52]$ ). En contraste, una menor intención de realizar pruebas rápidas del VIH se asoció con el reciente sexo anal receptivo sin condón con hombres ( $OR = .81, IC\ 95\%, [.66 - .99]$ ).

Wang, Li, Stanton, y McGuire (2010) realizaron un estudio con el propósito de investigar los factores sociodemográficos, conductuales, psicológicos y estructurales asociados con las pruebas rápidas del VIH/ETS auto informadas y la voluntad de realizar pruebas entre 1,938 inmigrantes chinos. La percepción de riesgo sexual se asoció con la intención de realizar la prueba rápida del VIH ( $X^2 = 2.89, p < 0.05$ ).

Ehrlich et al. (2007) realizaron un estudio con el objetivo de investigar la intención de realizar la prueba del VIH en 290 jornaleros latinos sexualmente activos, hombres, inmigrantes de 18 años o mayores. Se encontró que las variables que predicen la intención de realizar la prueba rápida del VIH fueron las siguientes: bajo nivel educativo ( $OR = .27$ ,  $IC\ 95\%$ , [.12 – .63]), percibirse a sí mismo en riesgo de infección por VIH ( $OR = 3.19$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.18 – 8.60]), el no saber si se está en riesgo de infección por VIH ( $OR = .36$ ,  $IC\ 95\%$ , [.16 – .78]), el no haberse realizado previamente la prueba rápida del VIH ( $OR = .51$ ,  $IC\ 95\%$ , [.30 – .88]), el nunca haber usado un condón con una pareja femenina casual ( $OR = .48$ ;  $IC\ 95\%$  [.26 – .86]) y el haber usado una sustancia durante las relaciones sexuales en los últimos 6 meses ( $OR = 1.78$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.07 – 2.96]).

En síntesis, los factores predictores de la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo son edades mayores a 30 años, sexo anal reciente sin condón, percepción de riesgo del VIH/ITS, bajo nivel educativo, realizar actividades sexuales de riesgo, no haber realizado la prueba rápida del VIH con anterioridad y no usar condón en sus últimas relaciones sexuales.

## **Conducta sexual**

### **Conducta sexual segura**

Tarkang y Pencille (2018) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los predictores psicosociales de conducta sexual protectora para ITS/VIH como es el uso sistemático del condón entre los trabajadores de la construcción de carreteras migrantes en la región sudoeste de Camerún. Participaron 254 trabajadores migrantes de edades entre los 20 y 49 años. Los resultados muestran que una conducta sexual protectora como es el uso del condón se asoció con percepción de riesgo para VIH ( $OR = 2.1$ ,  $IC\ 95\%$ , [.72 – 6.12]). La percepción de que el uso sistemático del condón podría prevenir la transmisión del VIH (beneficio percibido) se asoció con una mayor probabilidad de usarlo de manera consistente ( $OR = 1.9$ ,  $IC\ 95\%$ , [.74 – 4.80]);

conductas de comunicación sexual con la pareja, como el negociar el uso del condón y rechazar el sexo con sus parejas, si se niegan a usar condones se asoció con una mayor probabilidad de usar condones de manera consistente ( $OR = 1.5$ ,  $IC\ 95\%$ , [.62 – 3.53]). Sin embargo, la percepción de que el condón reduce el placer sexual (barreras percibidas) se asoció con una probabilidad reducida de usarlo de manera consistente ( $OR = .84$ ,  $IC\ 95\%$ , [.35 – 2.01]).

Guerra-Ordoñez et al. (2017a) realizaron un estudio con el propósito de investigar los facilitadores e inhibidores de la transición en el comportamiento sexual de los migrantes de dos regiones fronterizas de México-Estados Unidos (EE. UU.), participaron 256 migrantes con una edad promedio de 33.38 años. Los resultados muestran que una actitud sexual permisiva ( $\beta = 0.17$ ,  $t = 4.16$ ,  $p < .001$ ), al igual que el machismo sexual ( $\beta = -.28$ ,  $t = -4.83$ ,  $p < .001$ ) y el conocimiento del VIH ( $\beta = -0.11$ ,  $t = -2.62$ ,  $p = .006$ ) disminuyen la conducta del sexo seguro para ITS/VIH.

En síntesis, la conducta sexual protectora se asocia con mayor conocimiento del VIH y percepción de riesgo para VIH. La percepción de que el uso sistemático del condón (conducta sexual protectora) podría prevenir la transmisión del VIH se asoció con mayor probabilidad de usar el condón de manera consistente. La conducta sexual protectora se asocia con una mayor conducta de comunicación sexual con la pareja como el negociar el uso del condón y rechazar el sexo con sus parejas si se niegan a usar el condón.

### **Uso consistente del condón**

Wang et al. (2019) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de aplicar el modelo de habilidades de información, motivación y comportamiento para examinar los factores predictivos del uso sistemático del condón entre los HSH migrantes en Shanghai. Las habilidades conductuales (conducta sexual) afectaron directamente el uso consistente del condón ( $\beta = .629$ ) y la intención podría afectar indirectamente el uso consistente del condón ( $\beta = .394$ ).

Aparte de estos hallazgos, la información de transmisión sexual ( $\beta = .805$ ) y la información de transmisión no sexual ( $\beta = .722$ ) podrían reflejar el nivel de conocimiento y la actitud de uso del condón ( $\beta = .471$ ), el nivel de apoyo social ( $\beta = 0.276$ ) y la percepción de riesgo para ITS/VIH ( $\beta = .142$ ) pudieron reflejar el uso consistente del condón. Las habilidades de negociación de condones ( $\beta = .922$ ) y las habilidades de rechazo sexual sin protección ( $\beta = .868$ ) también podrían reflejar el nivel de habilidades de comportamiento (conducta sexual).

Conners et al. (2017) evaluaron los correlatos del uso inconsistente del condón con parejas ocasionales y la prevalencia de conductas sexuales de riesgo e ITS en la región fronteriza de México / Guatemala con una muestra de 392 migrantes (303 hombres y 85 mujeres). En mujeres el uso inconsistente del condón con parejas ocasionales se asoció con una reducción en las probabilidades de haber intercambiado sexo por dinero o bienes ( $OR = 0.24$ ,  $IC$  95%, [.06 – .98]), las mujeres con mayor grado de estudio tendrán más probabilidad de usar condones de manera inconsistente con parejas ocasionales ( $OR = 11.6$ ,  $IC$  95%, [2.11 – 63.10]).

En los hombres el uso inconsistente del condón se asoció con una educación inferior ( $OR = 2.21$ ,  $IC$  95%, [1.14 – 4.26]) y uso inconsistente del condón ( $OR = 13.07$ ,  $IC$  95%, [2.50 – 68.29]). El uso inconsistente del condón con parejas ocasionales fue menos probable entre los hombres que previamente se habían hecho la prueba del VIH ( $OR = .49$ ,  $IC$  95%, [.25 – .94]) o que siempre pudieron obtener condones gratis ( $OR = .30$ ,  $IC$  95%, [.12 – .72]).

Dai et al. (2015) llevaron a cabo un estudio con el propósito de identificar el comportamiento sexual de los trabajadores migrantes en Shanghai y determinar los factores de riesgo para las relaciones sexuales sin protección. Participaron 5996 migrantes adultos jóvenes con una media de edad de 34.4 años. Los resultados muestran que la probabilidad de uso de condones para migrantes de 35 a 65 años fue significativamente menor que para los de 18 a 34 años ( $OR = .62$ ,  $IC$  95%, [.54 – .70]),

el uso del condón se asoció positivamente con el nivel educativo, los que reportaron más años de educación tenían más probabilidad de usar condones ( $OR = 1.58$ ). Los migrantes con ingresos más altos tenían más probabilidades de usar condones que aquellos con ingresos más bajos ( $OR = 1.18$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[1.04 - 1.34]$ ).

Markosyan et al. (2007) realizaron un estudio con el propósito de describir el riesgo de VIH y su relación con las conductas preventivas entre las trabajadoras sexuales comerciales migrantes. Las mujeres que tenían más probabilidad de reportar el uso consistente de condón durante el sexo anal fueron las que presentaron mayor comodidad en la negociación de condones con el uso casual ( $r = .42$ ,  $p < .05$ ), actitudes personales positivas hacia los condones ( $r = .46$ ,  $p < .05$ ) y actitud positiva percibida de la pareja personal hacia los condones ( $r = .80$ ,  $p < .05$ ).

En síntesis, el uso consistente del condón en la población migrante se asocia con la intención de uso consistente del condón, conocimiento sobre salud sexual, percepción del riesgo para ITS/VIH, nivel educativo, actitud positiva de uso del condón, aprobación social para utilizar el condón, comunicación sexual con la pareja, autoeficacia para sexo seguro y realizar prueba rápida del VIH en caso de percibir riesgo.

### **Realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo**

Dias, Gama, Severo, y Barros (2011) llevaron a cabo un estudio con el propósito de describir la aceptación de las pruebas del VIH y sus factores asociados en una muestra de inmigrantes en Portugal, participaron 1513 migrantes con edades entre 25 y 69 años. Los resultados muestran que los factores que se asocian positivamente para realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo son; que a mayor edad ( $OR = 2.51$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[1.81 - 3.48]$  comparado con menos de 25 años), mayor nivel educativo ( $OR = 3.72$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[2.19 - 6.32]$  comparado con menos de 5 años de educación formal), ser migrante femenina ( $OR = 1.40$ ,  $IC\ 95\%$ ,  $[1.12 - 1.74]$ ), y

tener conocimiento sobre infección de ITS/VIH entre familiares o conocidos ( $OR = 1.36$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.01 – 1.83]).

Deering et al. (2015) evaluaron la prevalencia y las asociaciones con las pruebas de VIH regulares entre trabajadores del sexo en la calle y fuera de la calle en Vancouver, con una muestra de 435 participantes. Se encontró que solo el 1% reportó haber tenido una prueba rápida del VIH reciente. La reducción de la probabilidad de tener la prueba del VIH reciente se asoció significativamente con ser un inmigrante / nuevo inmigrante a Canadá ( $OR = .33$ ,  $IC\ 95\%$ , [.19 – .56]), además el hecho de tener la prueba rápida del VIH reciente permaneció significativamente asociado de forma independiente con la probabilidad elevada de uso inconsistente del condón con los clientes ( $OR = 2.59$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.17 – 5.78]).

Hall et al. (2019) estimó la prevalencia puntual del VIH / sífilis y examinó los correlatos de la aceptación de la prueba del VIH / sífilis entre las trabajadoras domésticas migrantes en Macao, China, se obtuvieron datos de 1363 trabajadoras a las que se les ofrecieron pruebas rápidas y gratuitas de sífilis y VIH. Los resultados muestran que una mayor integración social ( $OR = 1.12$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.02 – 1.24]), con más de una pareja sexual ( $OR = 1.65$ ,  $IC\ 95\%$ , [1.02 – 2.65]), se asociaron con la captación de pruebas, además en los resultados cualitativos resaltan que el no poseer una percepción de riesgo de ITS/VIH los exenta de tener la necesidad de realizar la prueba rápida del VIH/ITS por lo cual se vuelve una razón de no realizar la prueba rápida.

En síntesis, el realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo se asocia positivamente con edades mayores a 25 años, sexo femenino, mayor nivel educativo, conocimiento sobre salud sexual, aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH, actitud positiva para realizar la prueba y conductas sexuales de riesgo.

### **Definición de términos**

Edad es el número de años cumplidos reportados por el migrante en tránsito al momento de la entrevista, se midieron a través de la cédula datos personales para migrantes.

Escolaridad es el número de años de educación formal cursados referido por el migrante en tránsito. Para fines del estudio se consideró, además del número de años, los grados de estudio, fueron medidos a través de la cédula de datos personales para migrantes.

Exposición a situaciones de riesgo sexual previas es el comportamiento sexual reportado por el migrante en tránsito el cual se determinó por el número de parejas sexuales, cantidad y frecuencia de relaciones sexuales (vaginal, anal y oral) con diferentes tipos de pareja e historial del uso de condón en todas sus relaciones sexuales.

Conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH se refiere a la información que posee el migrante en tránsito acerca de la salud sexual para ITS/VIH se incluye el conocimiento de transmisión del VIH, conocimiento de transmisión de otras ITS, conocimiento general del VIH, uso de preservativos y prevención del VIH e ITS, fueron medidos a través de la escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Percepción del riesgo para ITS/VIH es la apreciación del migrante en tránsito sobre su propia vulnerabilidad de contraer alguna enfermedad después de haber llevado a cabo diversas conductas sexuales de riesgo como; el no uso de condón en relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, tener relaciones sexuales bajo los efectos de drogas y tener relaciones sexuales a cambio de drogas o dinero. La percepción fue medida a través de la Escala de Percepción de Riesgo de ITS/VIH.

Actitud hacia el uso de condón es la valoración positiva o negativa que tiene el migrante en tránsito hacia el uso del condón, fue medida a través de la escala de actitud hacia el uso del condón formato corto.

Actitud para realizar la prueba rápida del VIH corresponde a la valoración positiva o negativa del migrante en tránsito de realizar la prueba de detección del VIH, fue medida a través de subescala de actitud hacia la prueba rápida del VIH.

Aprobación social para el uso de condón se refiere al efecto que ejercen los amigos, pareja sexual, familia y compañeros de viaje en el migrante en tránsito para llevar a cabo la acción de utilizar o no el condón en sus relaciones sexuales, fue medida a través de reactivos para aprobación social del uso de condón.

Aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH se entiende como las expectativas que genera la pareja sexual actual, amigos, compañeros en tránsito sobre el significado de realizar la prueba rápida del VIH del migrante, fue medida a través del reactivo para aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH.

Control percibido para el uso consistente del condón se describe como la creencia del migrante de que es capaz y confía en usar el condón en situaciones sexuales fue medida a través de la subescala de autoeficacia para el uso constante del condón.

Control percibido para sexo seguro se refiere a la creencia del migrante en tránsito de que es capaz y confía de llevar a cabo acciones de sexo seguro; como el uso de condón en todas sus relaciones sexuales, limitar el número de parejas sexuales, realizar exámenes médicos para enfermedades de transmisión sexual ante una vulnerabilidad, fue medida a través de la escala de autoeficacia para las conductas de riesgo del VIH.

Comunicación sexual con la pareja se comprende como la capacidad del migrante en tránsito de expresar con su pareja, las necesidades sexuales, negociación del uso del condón, factores de riesgo y protectores que promoverían la actividad sexual, se midió a través de la escala de comunicación sexual protectora en salud sexual.

Intención del uso consistente del condón es la predisposición del migrante del uso consistente del condón en cualquiera de las situaciones sexuales, se midió a través de la sub escala de intención para el uso del condón.

Intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo se refiere a la predisposición que posee el migrante para realizar la prueba rápida del VIH ante la sospecha de vulnerabilidad después de encontrarse expuesto a factores de riesgo sexuales, la intención fue medida a través reactivos para intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo.

Conducta sexual segura se refiere a los comportamientos que lleva a cabo el migrante en sus relaciones sexuales; como el uso del condón en sus relaciones sexuales, uso de drogas lícitas e ilícitas y llevar a cabo relaciones sexuales, evitar el contacto con secreciones durante el acto sexual, conocer el antecedente sexual de la pareja, comunicación y negociación sexual, fue medida a través del cuestionario de conducta de sexo seguro.

Uso consistente del condón se refiere a las acciones del migrante de poder llevar y usar condón de manera constante cada vez que lo necesite y tenga sexo, la consistencia del uso de condón fue medida a través del cuestionario para medir uso consistente del condón.

Realizar la prueba del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo, se entiende como la acción que el migrante ejercerá ante un probable riesgo del VIH, como lo es el realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo, fue medida a través del cuestionario para medir el realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista un riesgo.

**Objetivo general**

Determinar los activos para la salud en población migrante en tránsito, así como las principales necesidades de acceso potencial de los servicios de salud sexual y los factores determinantes de la conducta sexual en población migrante en tránsito.

**Objetivos específico para abordaje cualitativo**

- 1- Explorar los activos en salud sexual que disponen los migrantes en tránsito de acuerdo con el mapeo de activos de salud, agentes de terreno e informantes clave.
- 2- Explorar las principales necesidades de acceso potencial de los servicios de salud sexual que expresan tener los migrantes en tránsito, desde el inicio de su proceso migratorio.

**Objetivos específicos para abordaje cuantitativo**

1. Identificar la relación de la edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con la percepción del riesgo para ITS/VIH, actitud hacia el uso de condón y actitud para realizar la prueba rápida del VIH.
2. Determinar la relación de la edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con la aprobación social para el uso del condón y aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH.
3. Conocer la relación de la edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con el control percibido para el uso consistente del condón y el control percibido para sexo seguro.
4. Establecer la relación de la percepción de riesgo para ITS/VIH y la actitud hacia el uso del condón con la aprobación social para el uso del condón y el control percibido para el uso consistente del condón.

5. Identificar la relación de la percepción del riesgo para ITS/VIH y la actitud para realizar la prueba rápida del VIH con la aprobación social para realizar prueba rápida del VIH y control percibido para sexo seguro.
6. Determinar la relación de la percepción de riesgo para ITS/VIH y la actitud hacia el uso de condón con la intención del uso consistente del condón.
7. Conocer la relación de la percepción de riesgo para ITS/VIH y la actitud para realizar la prueba rápida del VIH con la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo.
8. Establecer la relación de la aprobación social para el uso del condón con la intención del uso consistente del condón.
9. Identificar la relación de la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH con la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo.
10. Determinar la relación de la aprobación social para el uso del condón y aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH con la comunicación sexual con la pareja.
11. Conocer la relación del control percibido para el uso consistente del condón con la intención del uso consistente del condón.
12. Establecer el efecto de control percibido para sexo seguro con la intención del uso consistente del condón y la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo.
13. Identificar el efecto de control percibido para el uso consistente del condón con la conducta sexual protectora para ITS/VIH (conducta sexual segura y uso consistente del condón).
14. Determinar el efecto de control percibido para sexo seguro con la conducta sexual segura (conducta sexual segura y realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo).

15. Conocer la relación de la comunicación sexual con la pareja con el control percibido para el uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro.
16. Establecer el efecto de la comunicación sexual con la pareja con la conducta sexual (uso consistente del condón, realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo, conducta sexual segura).
17. Identificar el efecto de la intención del uso consistente del condón con la conducta sexual segura (uso consistente del condón y conducta sexual segura).
18. Determinar el efecto de la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo en la conducta sexual (realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo, uso consistente del condón y conducta sexual segura).

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En el presente capítulo se describe el abordaje metodológico del estudio con apego al Modelo de Activos para la Salud el cual incluye una serie de pasos que demandan una primera etapa con un acercamiento cualitativo y una segunda con un abordaje cuantitativo, primeramente, se describe la etapa cualitativa, seguida de la cuantitativa. En ambas se presenta, el diseño, la población, muestreo y muestra, seguido de los criterios de inclusión y exclusión, instrumentos de recolección de información, procedimiento de recolección de información, estrategias para el análisis de resultados y las consideraciones éticas que se respetaron en ambos diseños.

#### **Etapa cualitativa**

La primera etapa del estudio fue de diseño exploratorio el cual permitió contextualizar la situación de los migrantes, aumentar el grado de familiaridad con la población y variables de estudio, obtener información sobre la posibilidad de abordar la metodología de activos en salud sexual y el comportamiento del migrante que se consideren aspectos relevantes para el presente estudio, además de establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables y descubrir posibles problemas técnicos, éticos, logísticos (Dankhe, 1986). Su ventaja destaca en que no se requiere una estructura obligada; para el presente estudio se realizó investigación primaria donde se obtuvo información directamente del sujeto (Muñoz & Nicanor, 2011).

Se lograron dos finalidades, primero la identificación de activos en salud sexual y segundo la identificación de las principales necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de los migrantes en tránsito. Para la identificación de activos fue necesario realizar un mapeo general donde se reconocieron los activos en salud sexual de la comunidad como lo son; intangibles (programas y protocolos en salud sexual), personal capacitado, instituciones, asociaciones formales e informales, activos

físicos (pruebas rápidas del VIH, condones), económicos y culturales mediante la hoja de verificación (Apéndice B), google maps y base de datos/web/redes sociales 2.0. Posteriormente se identificaron las necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual, esto con el objetivo de interpretar las necesidades en salud sexual con orientación en el dominio del concepto de acceso a la salud sexual de los migrantes en tránsito (Frenk, 1985).

### **Fases para el mapeo de activos en salud**

1) Presentación de los agentes locales: se definieron a las personas con las cuales se realizó la interacción directa (agentes de terreno), usualmente son responsables en instituciones que desarrollan actividades en pro de la salud y cuidado de la comunidad, además de que se presentó la información sobre determinantes y resultados de salud referentes a la población de estudio (información cuantitativa, epidemiológica relevante para iniciar el trabajo de campo), (Botello et al., 2013).

2) Delimitación del mapeo: se definieron variables como la zona donde se realizó el mapeo, tamaño de la población, los recursos disponibles.

3) Trabajo inicial con los agentes del terreno: se presentaron la propuesta de trabajo a los agentes, la creación del grupo motor que guio el proceso de identificación de activos de salud y la delimitación de la figura de algunos informantes clave (miembros que conocen la comunidad o algún activo muy específico e informantes que representan a miembros minoritarios de la comunidad). De la misma forma se establecieron las áreas donde se localizaron los activos dependiendo de los datos de los informantes claves y la información descrita en la fase 1 (Botello et al., 2013).

4) Trabajo de campo en la comunidad: en esta fase, se inició con la localización de activos e identificación de necesidades de acceso potencial a los servicios en salud sexual de los migrantes (informantes clave), las técnicas para explorar los activos en salud y necesidades están basadas en técnicas de participación comunitaria (Tabla 1 y 2).

5) Visualización web 2.0: se reflejaron los activos en Google Maps, organizando etiquetas e identificación de los activos para la salud.

6) Transferencia de los resultados a los agentes locales y a la población: en esta fase se trata de difundir los activos de salud a través de otro tipo de metodologías (sesiones, reuniones, foros comunitarios, tabloides y volantes), (Botello et al., 2013).

Tabla 1

*Mapeo de activos en salud*

Qué recursos	Quiénes	Qué tienen	Técnica
Recursos de los individuos	Miembros de la comunidad	Experiencia Conocimiento	Guía de entrevista semiestructurada para explorar el acceso potencial en salud (Apéndice D)
Recursos de las asociaciones formales	Grupos de voluntarios Grupos de autoayuda o de ayuda mutua Voluntarios	Redes Conocimiento - compartido	Hoja de verificación (Apéndice B) y base de datos/web/redes sociales 2.0
Recursos de las asociaciones informales	Red informal de apoyo	Redes Conocimiento-compartido Espacios-compartidos	Hoja de verificación (Apéndice B) y base de datos/web/redes sociales 2.0
Recursos físicos del área	Centros educativos Centros de salud	Edificios Espacios-compartidos	Hoja de verificación (Apéndice B) y base de datos/web/redes sociales 2.0
Recursos económicos	Negocios locales Comercios locales	Dinero Influencia Edificios	Hoja de verificación, (Apéndice B) y base de datos/web/redes sociales 2.0
Recursos de las organizaciones	Servicios del ayuntamiento Concejalías o concejales Trabajadores sociales Médicos de familia Enfermería	Edificios y recursos Servicios reales o potenciales Conocimiento Liderazgo	Hoja de verificación, (Apéndice B) y base de datos/web/redes sociales 2.0

*Nota:* Describe los recursos que se deben mapear, a quienes, que de ellos y técnicas para abordar los activos en salud.

Tabla 2

*Técnicas para realizar el mapeo sobre recursos en salud*

Qué recursos	Cómo explorarlos, técnicas	
	Guía de entrevista semiestructurada	Hoja de Verificación (Apéndice A) Base de datos/web/redes sociales 2.0
De los individuos	+++	+
De las asociaciones formales	+	+++
De las asociaciones informales	++	+++
Físicos del área	+	+++
Económicos	++	+++
Culturales	++	++
De las organizaciones	++	++

*Nota:* Gradación orientativa de la utilidad de cada técnica: +++ muy adecuada, ++ adecuada, + puede ser adecuada.

#### **Desarrollo de la fase 4 del mapeo de activos: identificación de activos en salud sexual para migrantes en tránsito**

##### **Población, muestra y muestreo para población que conforma los activos en salud**

Para identificar los activos en salud, la población estuvo integrada por responsables de dirigir unidades civiles o públicas de salud de los diferentes niveles, llamados agentes de terreno, miembros que conocen la comunidad y que proporcionan servicios en salud sexual, que se encontraran realizando sus actividades en Mexicali, Baja California. El muestreo fue por conveniencia, se consideró un informante clave de cada una de las instituciones o miembros de la comunidad identificados en el mapeo, se obtuvieron un total de 6 participantes.

##### **Criterios de inclusión**

- Que sean agentes de terreno.
- Miembros que conocen la comunidad y sean responsables de proporcionar servicios en salud sexual.

### **Criterios de eliminación**

- Agentes de terreno y miembros que conocen la comunidad que no concluyan el llenado de la hoja de verificación (Apéndice B) o no muestren apertura para proporcionar la información.

### **Mediciones**

Para identificar los activos en salud se utilizó una hoja de verificación (Apéndice B), la cual incluye 16 preguntas que permitieron que los participantes se expresaran de manera libre y puntual acerca de los recursos considerados activos que pueden ser utilizados en la atención en salud sexual a población migrante. Incluye preguntas como: ¿Se dispone de protocolos de atención específicos para la población migrante con necesidades en salud sexual?, ¿Cuentan con personal capacitado para brindar la atención necesaria a la población migrante con necesidades en salud sexual?, podían responder con sí o con no y se agregaba un apartado de observaciones en caso de considerar algo muy específico de la unidad receptora, además se solicitó información cuantitativa sobresaliente como es el caso de; migrantes atendidos en el último año, apoyo más solicitado y seguimiento de migrantes esto con el objetivo de alimentar mejor los activos en salud.

### **Procedimiento de recolección de datos cualitativos para población que conforma los activos en salud**

Para iniciar la recolección de datos, específicamente el mapeo de activos en salud, se obtuvo la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente, se procedió a presentarse y solicitar la autorización por escrito de los agentes locales con el objetivo de agendar una cita para poder realizar la obtención de datos.

Los agentes de terreno que si deseaban participar y cumplían con los criterios de inclusión, se ubicaron en un espacio cómodo y privado ya sea en los mismos espacios

físicos de los agentes locales o algún lugar accesible para los participantes, se les explicó el objetivo de la investigación y se dejó claro que su participación es anónima, voluntaria y confidencial, se resaltó que en ningún momento se solicitaría su nombre o dirección donde se pudieran localizar, además se pidió su aprobación para realizar las grabaciones pertinentes, aclarándose que la grabación es solo para facilitar el proceso de transcripción de las entrevistas para su posterior análisis.

Paso siguiente se entregó el consentimiento informado (Apéndice C) para constar su aprobación y participación de manera voluntaria en el proyecto, posteriormente se inició la recolección de datos. El autor principal del estudio aplicó la hoja de verificación (Apéndice A) como la mejor técnica para abordar a la población (Tabla 2), se buscó que el participante expresara con libertad los activos que disponían en su unidad receptora, se les explicó que la finalidad de la información es identificar los recursos en salud sexual disponibles para población migrante en tránsito, tiempo estimado de la grabación 20 minutos.

Es importante resaltar que al llevar a cabo la aplicación de la hoja de verificación (Apéndice A) se cuidó que solo se trataran temas relacionados al proyecto de investigación. Se cuidó que durante el proceso se aclararan las dudas de los participantes en relación con los reactivos de la hoja de verificación.

Al concluir se agradeció la participación al participante. Las hojas de verificación (check-list) y grabaciones serán resguardadas por el autor del estudio por un periodo de 12 meses posterior a la culminación del estudio. Además, se aclaró que la información obtenida es confidencial por lo que nadie tendrá acceso a ella, ninguna persona ajena a la investigación.

Fase 5 posteriormente se inició la delimitación del mapeo, se definieron los puntos importantes, como las zonas donde se realizó el mapeo y los recursos disponibles. Paso seguido se realizó el proceso de visualización web donde se reflejan las etiquetas e identificación de activos para la salud sexual de los migrantes en tránsito.

Fase 6 de la misma manera se realizaron actividades para difusión de la información resultante a los agentes locales y población de interés, con esto se concluyó el mapeo de activos dando paso al siguiente punto.

#### **Desarrollo de la fase 4: identificar las principales necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de los migrantes en tránsito**

Para este apartado se obtuvo la información con apoyo de una guía de entrevista semiestructurada para identificar necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual en población migrante en tránsito mediante una entrevista semiestructurada.

#### **Población, muestra y muestreo para población migrante en tránsito**

La población estuvo integrada por migrantes mayores de 18 años que se encontraran en proceso migratorio en tránsito por la frontera de Mexicali, Baja California, el muestreo fue por conveniencia se obtuvo la participación de 13 migrantes.

#### **Criterios de inclusión**

- Migrantes hispanohablantes.
- Migrantes que hayan iniciado vida sexual.

#### **Criterios de eliminación**

- Migrantes que no concluyeron la entrevista.

#### **Mediciones**

Para identificar las principales necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de migrantes en tránsito se utilizó una guía de entrevista semiestructurada. La cual incluye 13 preguntas abiertas que permitieron que los participantes se expresaran libremente acerca de sus necesidades en salud sexual. Algunos ejemplos de las preguntas son: ¿En tu estancia en esta ciudad has observado que exista apoyo en salud sexual? ¿Cómo se presenta este apoyo y por quienes?, ¿Has intentado buscar atención en salud sexual? ¿Por qué? (Apéndice D).

### **Procedimiento de recolección de datos cualitativos para población migrante**

Para la recolección de datos cualitativos en la identificación de necesidades de acceso a los servicios de salud sexual de la población migrante en tránsito, primero se obtuvo la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente, se procedió a solicitar la autorización por escrito de los directivos y coordinadores de las instituciones públicas y civiles que acogen a los migrantes en tránsito por determinado tiempo, se logró obtener facilidades de acceso y un lugar cómodo y privado donde se abordó al migrante. Para los migrantes que se encontraban en situación de calle o espacios al aire libre, en todo momento se cuidó el identificar espacios adecuados y en condiciones óptimas para realizar la entrevista en un ambiente de confianza y libertad.

Cuando se lograba ubicar a los migrantes se verificaba si cumplían con los criterios de inclusión, si el migrante no cumplía con los criterios se abordaba a otro migrante. Los migrantes que cumplían con los criterios y si deseaban participar se ubicaban en los espacios previamente autorizados por los directivos y coordinadores para la aplicación de instrumentos y se les explicaba el objetivo del estudio, en ningún momento se solicitó su nombre o dirección donde se pueda localizar, además se pidió su aprobación para realizar las grabaciones pertinentes, aclarándoles que la grabación es solo para facilitar el proceso de transcripción de las entrevistas para su análisis.

Paso siguiente fue entregar el consentimiento informado (Apéndice E) para constar su aprobación y participar de manera voluntaria en el proyecto, posteriormente se iniciaba la recolección de datos. La sesión fue realizada por el investigador principal, se trabajaba con una guía de entrevista semiestructurada (Apéndice C) que facilitaba que el participante expresara con libertad sus experiencias, opiniones y significados sobre la temática. Es importante resaltar que al llevar a cabo la entrevista se cuidó que solo se trataran temas relacionados con el objetivo del estudio, el tiempo estimado por entrevista fueron 20 minutos.

Durante la entrevista si se observaba que existían dificultades para contestar alguna pregunta, se buscaba simplificarla de manera que fuese más comprensible. Al concluir la entrevista se agradecía la participación. Las audio grabaciones fueron resguardadas por un periodo de 12 meses posterior a la culminación del estudio y después de este tiempo la información será destruida. A los participantes se les aclaró que la información obtenida que resulte de la entrevista no se les hará llegar a personas ajenas a la investigación.

### **Estrategias de análisis de datos cualitativos**

En lo que se refiere al Mapeo de activos para la identificación de activos en salud sexual para migrantes en tránsito, primero se identificó la ubicación de los activos (mapeo de los activos) segundo la información se analizó a manera de porcentajes (cantidad disponible) y previo a ello se describió la situación de si se cuenta o no con el activo en salud dispuesto en la hoja de verificación, cada responsable proporcionó su punto de vista para conocer la percepción situacional de los activos y se obtuvo lo más crucial de la operatividad de los activos en salud sexual disponibles en su unidad, lo que permitió un diagnóstico situacional de los activos de interés acorde al discurso de los agentes de terreno.

Para identificar las principales necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de los migrantes en tránsito se realizó análisis del contenido, se utilizó el programa MAXQDA Analytics Pro, las entrevistas grabadas, fueron transcritas y analizadas línea por línea para identificar códigos emergentes y códigos in vivo (codificación abierta). Posteriormente se realizó codificación selectiva, en la cual se consideran las características y significados de los conceptos arrojados en la codificación, lo cual permite depurar y refinar, con la finalidad de asegurar que no existan traslapes o repeticiones, esto se realizó hasta llegar a la saturación de los datos, además se realizó de forma pareada con otros miembros del equipo de investigación, esto con la finalidad de contrastar los resultados (Costa & Itelvino, 2018).

### **Etapa cuantitativa**

Para la metodología cuantitativa se utilizó el diseño correlacional y de comprobación de modelo. Esto debido a que el propósito del estudio fue determinar si las variables en el modelo propuesto predicen la conducta sexual de migrantes en tránsito (Burns & Grove, 2013). Asimismo, fue de tipo transversal ya que la obtención de los datos se obtuvo en un momento específico (Polit & Hungler, 2000).

### **Población, muestreo y muestra**

La población estuvo conformada por migrantes de 18 años a más que se encontraban en modalidad de tránsito por la frontera norte de Mexicali, Baja California. Se utilizó un muestreo por conveniencia esto debido a las características de la población y la situación de tránsito migratoria de interés del presente estudio; sin embargo, se identificaron a otros migrantes en los albergues, así como los diferentes puntos de reunión que se conocían (programas de repatriación, garitas fronterizas, plazas, albergues y cruceros).

La muestra se estimó para un análisis de regresión lineal múltiple considerando la integración de 18 variables, se consideró un nivel de significancia de .05, un tamaño de efecto de .12 estimado como mediano de acuerdo Cohen (1988) y un poder de .90 dando un tamaño de muestra total de 200 participantes.

### **Criterios de inclusión**

- Migrantes hispanohablantes.
- Migrantes que hayan iniciado vida sexual, esto debido a la naturaleza sexual de las preguntas.

### **Criterios de eliminación**

- Migrantes que no concluyeron el llenado de los instrumentos.

## **Instrumentos de medición**

A continuación, se describen los instrumentos que fueron utilizados para medir las variables del estudio.

**La cédula de datos personales para migrante** (Apéndice G) está conformada por preguntas que indagan los datos sociodemográficos, tales como edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel educativo y religión, también datos que nos permitan comprender más a detalle el proceso migratorio, como: edad que inicio a migrar, condición migratoria, intentos de migrar a otro país y tiempo en proceso migratorio. Además de examinar antecedentes sexuales tales como, edad de inicio para tener relaciones sexuales, cantidad de parejas y uso de condón, por último, se examinaron prevalencias de consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Para medir el **conocimiento sobre salud sexual ITS/VIH** se utilizó la Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, Espada et al. (2014), consta de 39 reactivos los cuales se encuentran agrupados en cinco sub escalas, con los que se mide conocimiento acerca de: vías de transmisión del VIH (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 20 y 21), conocimiento general del VIH (1, 2, 13, 14, 15, 23, 24, 25, 26 y 27), sobre otras ITS (28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, y 39), preservativo como método protector (18 y 19) y prevención del VIH (16, 17 y 22). Esta escala tiene dos factores de respuesta de verdadero y falso, el migrante responderá verdadero si la frase refleja confirmación sobre su conocimiento o falso si la frase no refleja una confirmación sobre el conocimiento que posee. Para obtener el resultado se realizó una sumatoria de los ítems por dimensión, a mayor puntuación según la dimensión mayor conocimiento, esta escala fue validada en población adolescente y cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, Alpha de Cronbach de .88 (Apéndice H).

Para la medición de **la percepción de riesgo para infección de ITS/VIH** se utilizó la Escala de Percepción del riesgo de ITS/VIH (Apéndice I) (Lauby, Bond, Eroglu, & Batson, 2006), consta de cuatro preguntas, sin embargo para fines del presente

estudio se agregaron cuatro reactivos para identificar la percepción de las enfermedades de transmisión sexual, un ejemplo de pregunta es: Qué tan probable es que actualmente esté infectado por VIH, sus factores de respuestas son escala tipo Likert: 1= Muy Improbable, 2= Improbable, 3=Poco probable, 4=Probable, 5= Muy probable, la puntuación final se obtiene mediante el promedio total del instrumento con un puntaje mínimo de 8 y un máximo de 40, donde una puntuación entre 8 y 24 refleja baja percepción de riesgo hacia ITS/VIH; y una puntuación entre 26 y 40 alta percepción de riesgo hacia ITS/VIH. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, Alpha de Cronbach de .88, el idioma de esta escala es el inglés, por lo que se sometió al proceso de back translation (Burns & Grove, 2012).

Para medir la **actitud hacia el uso de condón** se utilizó la Escala de actitud del uso de condón de formato corto (Apéndice J) desarrollada por Roy, Anderson, Evans, Rahman, y Rahman (2013), es una adaptación del instrumento Escala de actitud hacia el uso del condón (ATCS) (Brown, 1984), consta de 10 reactivos, un ejemplo de pregunta es: Los condones son incómodos, con respuesta en escala tipo Likert de cinco puntos de tres grupos; por ejemplo Muy en desacuerdo = 1, En desacuerdo = 2, Indeciso/Neutral = 3, De acuerdo = 4, Muy de acuerdo = 5, los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 8 y 10 se califican negativamente. Los ítems 4, 7 y 9 se califican positivamente, la puntuación final se obtiene mediante el promedio total del instrumento con un puntaje mínimo de 10 y un máximo de 50, donde 10 a 24 = actitud muy negativa; 25 a 35 = actitud ni negativa ni positiva; de 35 a 50 = actitud muy positiva. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, Alpha de Cronbach de .89 en población vulnerable, el idioma de la ATC-B es el inglés, por lo que se sometió al proceso de back translation (Burns & Grove, 2012).

La **actitud para realizar la prueba rápida del VIH** fue medida por la subescala de actitud hacia la prueba rápida del VIH, de la Escala de actitudes hacia el VIH/SIDA (Espada et al., 2013), la subescala consta de 2 ítems con un rango de respuesta en escala

Likert entre 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Un mayor puntaje indica actitud positiva para realizar la prueba rápida del VIH). La consistencia interna de la sub escala fue aceptable (Alpha de Cronbach = 0.75) (Apéndice K).

**La aprobación social para el uso de condón** fue medida a través de tres reactivos (Van Rossem & Meekers, 2011), un ejemplo de ellos es: ¿Cómo reaccionaría tu pareja actual si descubriera que usas condón en tus relaciones sexuales?, con respuesta en escala Likert que va desde 0 = Desaprobar por completo a 4 = Aprobar por completo. Un mayor puntaje indica mayor aprobación social para el uso de condón en sus relaciones sexuales, puntaje mínimo 0, puntaje máximo 12 (Apéndice L).

**La aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH** fue medida a través de seis reactivos (Kakoko, Astrom, Lugoe, & Lie, 2006), un ejemplo de ellos es: ¿Qué posibilidad existe de que tu pareja, amigos, compañeros, parientes y familia aprueben el uso del asesoramiento sobre VIH y realizar la prueba rápida del VIH cuando asistieras a servicios de atención médica?, con respuesta en escala Likert de 4 puntos que van desde no probable/en absoluto = 1 a muy probable = 4. Un mayor puntaje indica mayor aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH. El reactivo fue aplicado a población adulta y está basado en la Teoría de la Conducta Planeada (Apéndice M).

**El control percibido para el uso consistente del condón** fue medido a través de la subescala de autoeficacia para el uso constante del condón, por Hanna (1999). Esta subescala es extraída de un instrumento que se conforma por 14 preguntas las cuales miden la autoeficacia para el uso del condón, la sub escala se conforma por tres preguntas que miden la percepción de la persona acerca de su capacidad para el uso consistente del condón, un ejemplo de pregunta es: me siento capaz de ¿Poder llevar un condón conmigo, en caso que lo necesite?, sus factores de respuesta es una escala Likert de 5 puntos que van de 1= muy inseguro, 2= inseguro, 3= ni seguro, ni inseguro, 4= seguro, 5= Muy seguro. Para su interpretación la puntuación final se obtiene a través del promedio total del instrumento con un puntaje mínimo de tres y un máximo de 15, una

puntuación baja indica menor autoeficacia para el uso consistente del condón, esta subescala ha sido utilizada en población adulta, reportando una confiabilidad de Alpha de Cronbach de .72 (Apéndice N).

El **control percibido para sexo seguro** fue medido por la Escala de autoeficacia para las conductas de riesgo del VIH (Smith, McGraw, Costa, & McKinlay, 1996), es una escala de 9 ítems que mide la autoeficacia con respecto a las conductas de sexo seguro, presenta elementos relacionados con el uso del condón, el uso de drogas con amigos y las negociaciones con posibles parejas sexuales, sus factores de respuesta son escala tipo Likert: 1= "Para nada seguro (a)", 2= "Algo inseguro (a)", 3= "Ni seguro (a) ni inseguro (a)", 4= "Seguro (a) o "Muy seguro (a) =5", con una puntuación mínima de 9 y un máximo de 45, a mayor puntaje indica mayor autoeficacia para sexo seguro. Ha sido utilizada en población migrante reportando una confiabilidad de Alpha de Cronbach de .77 (Apéndice O).

La **comunicación sexual con la pareja** fue medida a través de la escala de comunicación sexual protectora en salud sexual (Health protective sexual communication scale [HPC]) creada por Catania et al. (1995) y adaptada por Peragallo et al. (2005), (Apéndice P). Consta de 10 preguntas las cuales evalúan la comunicación sexual con la pareja aborda puntos como el uso de condón, el número de parejas sexuales, necesidad de realización de la prueba para VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, utilización de drogas intravenosas, posibles relaciones homosexuales y utilización de métodos anticonceptivos en los últimos tres meses. Un ejemplo de pregunta es: ¿Le ha preguntado a su pareja con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?, los factores de respuesta son SI (1 punto) y NO (0 puntos), el puntaje mínimo total es 0 y mayor 10 puntos. Para la interpretación los valores de entre 0-3 puntos se considera bajo nivel de comunicación sexual con la pareja, 4-6 nivel medio de comunicación sexual con la pareja y de 7 a 10 puntos se considera un alto nivel de

comunicación de pareja. Ha sido utilizada en población latina reportando una confiabilidad de Alpha de Cronbach de .88 (Peragallo et al., 2005).

Para medir la **intención del uso de condón** fue utilizada la sub escala de intención para el uso condón la cual consta de tres preguntas que miden la probabilidad de llevar a cabo el uso del condón, un ejemplo de pregunta es: En el próximo mes ¿Tienes la intención de usar condón o pedirle a tu pareja que lo use cada vez que tengas sexo?, con respuesta en escala tipo Likert de cinco puntos muy inseguro = 1, inseguro = 2, ni seguro (a) ni inseguro (a) = 3, seguro (a) = 4 muy seguro (a) =5. La puntuación mínima es 3 y la mayor 15, lo cual representa que, a mayor puntaje, mayor intención de utilizar el condón, la escala ha sido utilizada en población vulnerable. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable de .89 (Schutz, Godin, Kok & Vézina-Im, 2011) (Apéndice Q).

**La intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo** fue medida a través de tres reactivos (Kakoko, Astrom, Lugoe, & Lie, 2006), un ejemplo de ello es ¿Qué posibilidad existe de que necesites asesoramiento sobre VIH y realizar prueba del VIH rápida la próxima vez que requieras atención médica?, con respuestas en una escala Likert de 4 puntos que van desde no probable/en absoluto = 1 a muy probable = 4, con un puntaje mínimo de 3 y un puntaje máximo de 12. Un mayor puntaje indica mayor intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo. Los reactivos fueron aplicados a población adulta y están basados en la Teoría de la Conducta Planeada mostrando confiabilidad interna aceptable de .75 (Apéndice R).

Para medir la **conducta sexual segura** se utilizó el cuestionario de conducta de sexo seguro de Dilorio et al. (1992), es un cuestionario de 27 elementos que mide la frecuencia de los comportamientos sexuales, el uso de condones, los comportamientos sexuales de alto riesgo, la comunicación y negociación sexual con respuestas en una escala Likert de 4 puntos (1 = Nunca, 4 = Siempre). Un ejemplo de un reactivo es:

Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales. Con un puntaje mínimo de 27 y un puntaje máximo de 108. Un mayor puntaje indica mayores conductas sexuales protectoras. Este cuestionario al momento de su desarrollo mostró coeficientes de confiabilidad para sumas de elementos salientes para cada factor oscilaron entre .52 y .85, además un índice de validez de contenido calculado del 98%. El cuestionario ha sido aplicado en hombres y mujeres, recientemente mostró un Alpha de Cronbach = .91 (Guerra-Ordóñez et al., 2017) en población adulta migrante, (Apéndice S).

El **uso consistente del condón** se midió utilizando un formato de respuestas dicotómicas, para obtener las respuestas con respecto al uso consistente del condón en todas sus relaciones sexuales recientes, las preguntas son: 1-¿Usted o su pareja usaron protección regularmente en cada encuentro sexual en los últimos 3 meses?, 2-¿El tipo de protección que utilizaron fue el condón?, 3-En cada encuentro sexual en los últimos 3 meses, ¿siempre usaste un condón?, los factores de respuesta son SI o NO, estas preguntas fueron utilizadas recientemente por Ajayi, Ismail, y Akpan (2019), (Apéndice T).

Para medir el **realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista un riesgo** (Apéndice U), se utilizó un formato de respuesta dicotómica para identificar si llevan a cabo no la prueba rápida del VIH cada vez que exista un riesgo, las preguntas que se realizarán son: 1- ¿Si llevara a cabo conductas sexuales de riesgo que pusieran en duda mi estado de salud buscaría realizarme la prueba rápida del VIH y asesoramiento sobre VIH?, 2- ¿Si tuviera la oportunidad de realizarme la prueba rápida de VIH y asesoramiento sobre VIH lo aceptaría?, los factores de respuesta son: SI y NO, (Rowell-Cunsolo, Cortes, Long, Castro-Rivas, & Liu, 2017).

### **Procedimiento de recolección de datos cuantitativos**

Para iniciar con la recolección de datos, primero se obtuvo la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente, se procedió a solicitar la autorización por escrito de los directivos y coordinadores de las instituciones públicas y civiles que acogen a los migrantes en tránsito por determinado tiempo, con el objetivo de buscar facilidades de acceso y algún lugar cómodo donde podamos abordar al migrante. Los migrantes que se encontraran en situación de calle o espacios al aire libre, en todo momento se identificaron los espacios adecuados y en condiciones óptimas para brindar toda la información necesaria de las intervenciones donde se pudiera sentir un ambiente de confianza y libertad.

Se realizó la búsqueda de población migrante todos los días visitando los lugares necesarios, cuando se lograba ubicar a migrantes se verificaba si cumplían con los criterios de inclusión. Si el migrante no cumplía con los criterios, se procedía a buscar otro migrante, si el migrante cumplía con los criterios se invitaba a participar en el proyecto, si este se negaba se le agradecía y se procedía a continuar.

Los migrantes que si deseaban participar y cumplían los criterios se ubicaban en los espacios previamente seleccionados para la aplicación de instrumentos, se explicaba el objetivo de la investigación, así como el riesgo que implicaba la participación, los beneficios y de la misma manera se dejaba claro que su participación sería anónima, voluntaria y confidencial, dejando claro que en ningún momento se solicitaría su nombre o dirección donde se pueda localizar.

Posteriormente se entregaba el consentimiento informado (Apéndice F) para constar su aprobación y participar de manera independiente en el proyecto, posteriormente se iniciaba la recolección de datos. El autor principal del estudio se colocaba a una distancia prudente del participante, paso siguiente procedía a realizar las preguntas a manera de encuesta, esto con el apoyo de una Tablet, lo cual facilitaba y

aseguraba el proceso de obtener la mejor información y en caso de dudas durante el transcurso del llenado de los instrumentos resolverlas de manera oportuna.

El orden para la aplicación de los instrumentos fue primero la cédula de datos, seguida la escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, posteriormente y en orden a la estructura de la TCP la escala de percepción de riesgo de ITS/VIH, escala de actitud hacia el uso del condón, seguido de la subescala de actitud hacia la prueba rápida del VIH, seguido de los reactivos para aprobación social del uso del condón y reactivos para aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH. Para seguir con el orden se aplicaba la subescala de autoeficacia para el uso constante del condón, escala de autoeficacia para las conductas de riesgo del VIH y escala de comunicación sexual protectora en salud sexual.

Sucesivo se aplicaba la subescala de intención para el uso de condón, reactivos para intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo, cuestionario de conducta de sexo seguro, cuestionario para medir el uso consistente del condón y, por último, el cuestionario para medir el realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista un riesgo.

Al concluir la recolección de datos se agradecía al migrante su colaboración; así mismo se agradecía a las autoridades de las instituciones públicas y civiles por las facilidades otorgadas para la realización del estudio. La información obtenida será resguardada por el autor principal del estudio durante un año, al terminar dicho tiempo la información será eliminada.

#### **Plan de análisis de datos:**

Los datos fueron capturados y procesados en el programa estadístico SPSS Versión 21 para Windows. La consistencia interna de los instrumentos de medición se verificó través del Alpha de Cronbach Estandarizada. Para verificar la distribución de normalidad de las variables abordadas se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors.

En la descripción de variables continuas se utilizó las medidas de tendencia central y para las categóricas se utilizó frecuencias y porcentajes.

Para dar respuesta al objetivo general respecto al análisis cuantitativo (Determinar los factores de la conducta sexual en población migrante en tránsito) se utilizó el estadístico de Regresión Lineal con técnica de *bootstrap* para modelar las variables requeridas, así mismo los objetivos 12, 13, 14, 16,17 y 18. Además para dar respuesta a los objetivos 1 al 11 y 15 se utilizó el coeficiente de correlación de *Spearman*.

### **Consideraciones éticas**

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud actualizado por la Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría de Servicios Parlamentarios 2014, acorde a lo establecido en el Capítulo I, Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, sirvió como base para cuidar la privacidad y bienestar de todos los participantes que participen en la etapa cualitativa y cuantitativa.

Con apego al Título Segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 13, donde se declara que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos humanos y bienestar, para el presente estudio en todo momento desde el primer contacto con los participantes existió un trato respetuoso y profesional hacia la persona, además se les aseguró que el proceso de recolección de datos se llevaría a cabo en un lugar cómodo y con privacidad.

En relación con el Artículo 14, Fracciones VII y VIII, la recolección de datos se inició posterior a la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

De acuerdo con el Capítulo I, Artículo 16, el cual establece la protección de la privacidad del sujeto considerado en la investigación, se utilizaron lugares privados,

donde la persona conteste con libertad los instrumentos y permita realizar las anotaciones y grabaciones pertinentes, sin sentir la presión de autoridades o de alguna otra persona. Así mismo los instrumentos, notas y grabaciones fueron anónimos, el autor principal del estudio resguardará toda información obtenida, por un periodo de doce meses, transcurrido este tiempo la información será eliminada.

En consideración a lo establecido en el Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo, debido a que las preguntas pueden causar incomodidad o sentimientos negativos. No existió ningún inconveniente referente a este punto, no se generaron sentimientos negativos o incómodos con las preguntas.

Conforme al Capítulo I, Artículo 20, se entiende por consentimiento informado al acuerdo por escrito, mediante el cual se autoriza la participación voluntaria del sujeto en la investigación, con pleno conocimiento de los procedimientos y capacidad de libre elección, donde en común acuerdo con el investigador, el participante autorizaba su colaboración en la investigación dejando claro que aun habiendo otorgado su autorización a participar, tiene el derecho de retirar su participación cuando él o ella lo decida (Apéndice C, E y F).

Como lo dispone el Artículo 21, este consentimiento explicaba de forma clara el propósito del estudio, los procedimientos a realizar, las posibles molestias, el derecho a recibir respuestas a sus dudas y la seguridad de que se protegería su identidad (Fracciones I, III, VI, VII, VIII). Cabe destacar que la forma de consentimiento que se utilizó en el presente estudio fue autorizada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León tal y como lo estipula el Artículo 22, Fracción II.

Con relación a lo expuesto en el Capítulo II, Artículo 29 sobre investigaciones en comunidades se contaba con la autorización por las jurisdicciones sanitarias de salud de cada área (rural y urbana), además se obtuvo la carta de consentimiento informado de cada uno de los participantes del estudio.

## **Capítulo III**

### **Resultados**

En el presente capítulo se plasman los resultados del estudio, con apego al Modelo de Activos para la Salud se inicia con la fase cualitativa que tiene dos finalidades, la primera mostrar la identificación de activos en salud sexual a través de un mapeo general y los activos en salud sexual disponibles para la población migrante en tránsito, se integró la síntesis de información y al mismo tiempo la narración de los participantes. Para la segunda finalidad cualitativa de identificación de las necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de los migrantes en tránsito la formación de patrones o temas (códigos) que emergieron, su agrupación (categorías) y las evidencias (códigos vivos) se integró la narración de las participantes y la síntesis de resultados cualitativos, los resultados de la fase cualitativa sirvieron para contextualizar la muestra del estudio.

El apartado cuantitativo, incluye frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, de dispersión, características sociodemográficas y de sexualidad de la población, seguido de la descripción de las variables de interés y los resultados de la prueba de normalidad. Continuamente, análisis de confiabilidad (Alpha de Cronbach) de cada instrumento, se presentan los resultados que dieron respuesta a los objetivos, general y específicos cuantitativos.

#### **Fase cualitativa mapeo de activos en salud**

En esta fase, participaron seis responsables de unidades hospitalarias, son personas que dirigen unidades civiles o públicas, llamados agentes de terreno y brindar servicios de atención en salud sexual, se presenta un mapeo de las unidades en salud como activos disponibles y brindar servicios en salud sexual, además de un análisis de contenido directo para los activos en salud sexual disponibles en las unidades de salud expuestos por los agentes de terreno, conjuntamente permitió generar una familiaridad y descubrir información sobre los activos en salud sexual (Muñoz & Nicanor, 2011).

### **Mapeo de activos en salud sexual**

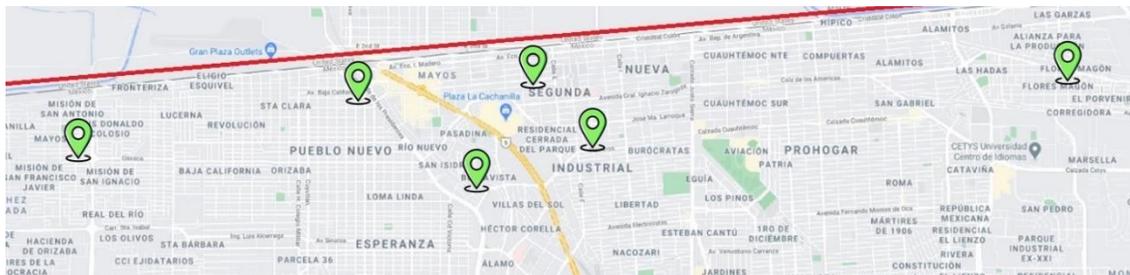
El proceso de mapeo de activos mostró como resultado el uso de imágenes de mapas desplazados con coordenadas específicas, así como una foto de satélite de la ubicación de interés, conjuntamente se reflejan calles, colonias y unidades de salud como principal objetivo de búsqueda y localización del presente estudio. Previo a las entrevistas y recolección de información se puede visualizar mediante la insignia de color verde los puntos donde se encuentran las unidades de salud que brindan activos en salud sexual, se debe destacar que el migrante tiene lugares de llegada o temporales (cercanos a la frontera, la línea roja señala la línea divisoria entre Mexicali y Estados Unidos Americanos).

La cercanía enmarca una constante importante, debido a que el personal de salud puede realizar actividades comunitarias y al mismo tiempo brindar seguimiento o realizar procedimientos más complejos en las unidades de salud a las que pertenecen, los activos en salud sexual que se encuentran disponibles para el desarrollo de salud comunitaria son la educación continua enfocada en salud sexual y entrega de condones sin ningún costo. Existen otros puntos de apoyo al migrante como lo son: centros comunitarios de paso, iglesias, y comedores al migrante; cabe destacar que no brindan activos en salud enfocados en la salud sexual (Figura 6).

Sin embargo, las distancias para el migrante pueden sobreponer hasta 3 kilómetros de llegada a un hospital y para un centro de salud 9 kilómetros, el recorrido es sencillo a pie, con poca complejidad de traslado, se puede recurrir a rutas de transporte público lo cual generaría una inversión económica. No obstante, muchas veces la permanencia de los lugares donde se encuentra el migrante (asociaciones civiles) es de vital importancia para ellos, debido que allí reciben información y “cuidan” un lugar que se les fue asignado, por todo esto se espera que el acceso al servicio sea oportuno, rápido y gratuito para evitar gastos que no pueden cubrir; razones de incertidumbre por las cuales no se acercan a las unidades de salud (Figura 6).

## Figura 6

*Mapeo de activos en salud (vista google maps)*



*Nota:* La línea roja marca la franja fronteriza, los puntos verdes son las unidades de salud disponibles que disponen de activos para brindar servicios de salud sexual a migrantes

## Resultados de análisis de activos en salud sexual

A continuación, se presenta el análisis por activos en salud sexual identificados en las unidades de salud por los agentes de terreno.

### Protocolos de atención específicos para atender necesidades en salud sexual

Únicamente una de las unidades incluidas en el estudio, que representa 16.7%, señaló contar con protocolo de atención en salud sexual específicos para migrantes, el resto consideran que esta población puede hacer uso de los protocolos generales ya dispuestos. Dichos protocolos se encuentran enfocados en: planificación familiar, orientación de uso de condón, seguimiento de ITS/VIH y capacitación individual de las personas. De la misma forma a todo aquel que solicite los servicios se les proporciona con la creación de expediente y seguimiento. Por ejemplo, comentaron lo siguiente:

*P1: “Pues, referente a la atención para el migrante no se tiene como tal un protocolo; sin embargo, al llegar a consulta si requiere alguna atención en salud, estudio o laboratorio se atiende, generamos una referencia provisional, sin embargo repito, es algo abierto, son protocolos para población en general”, P2: “Algo específico para migrantes no, los protocolos que se disponen son para toda la población que lo requiera”.*

*P3: “No, de hecho es general el paciente llega, se le da consulta, si no tiene expediente se le abre un expediente clínico, no se piden más datos, solo su*

*identificación, si tienen alguna cartilla de vacunación, detalles administrativos, PERO no se les niega la atención, se les abre un expediente aún y no tengan ninguna documentación, pasa a consulta y allí, según el motivo de su consulta, se les atiende, no hay ninguna restricción por ser migrante. P4: Los protocolos que llevan a cabo en esta unidad son para todos, no se especializan en la población migrante, son generales para todos.*

### **Personal capacitado para brindar atención en salud sexual**

En el caso de capacitación respecto a las características de personas desplazadas, y en tránsito por esta frontera, el 33.4% de los responsables mencionaron que se han capacitado en el trato directo con la población migrante en el tema de salud sexual. Reconociendo que este grupo de personas tienen el derecho a un trato digno y de confianza, sin discriminación en atención. El resto del personal entrevistado refirió brindar atención con base en las capacitaciones generales que reciben, considerando que cuentan con habilidades y conductas para responder a las necesidades de salud sexual de la población de la región. Sin embargo, destacan los siguientes discursos:

*P1 “Pues mire, cuando nos dijeron que venían los migrantes (caravanas) se nos dio una capacitación sobre que se haría con ellos, entonces, el grupo de coordinadores de la unidad de los diferentes programas y delimitamos el trabajo de campo, en estas capacitaciones se les dice cómo deben hablar con respeto, ser amable y darles confianza a ellos también”. P2: “En mi unidad no se cuenta con personal capacitado en la temática.*

*P3: “Como le digo no hay distinciones, o sea aquí, se atiende a cualquier persona, no importa edad, sexo, religión, estado civil, migrante o no migrante, o alguna enfermedad de transmisión como VIH. A todos se les atiende por igual y al personal si nos capacitan constantemente, con estos temas de salud, sobre todo las ETS, si recibimos capacitación, cuando menos una vez al año, pero si la recibimos”.*

### **Recursos materiales necesarios para atención en salud sexual**

Los insumos necesarios para brindar atención en salud sexual como condones para ambos sexos, pruebas rápidas de detección del VIH y material de educación en salud sexual [trípticos, folletos, carteles] se encuentran disponibles (100%), por ser material para primer nivel de atención es muy complicado que no se disponga de ellos. Sin embargo en lo que se refiere al requerimiento de materiales en salud sexual por parte de los migrantes, 83.5% señala que los migrantes cuentan con las mismas posibilidades de adquisición sin tener diferencias entre los solicitantes, pese a ser parte de una población de alta vulnerabilidad en salud, no se establecen mecanismos para generar un acercamiento directo para ofertar la atención en salud sexual; por ejemplo mediante brigadas periódicas en los albergues y puntos de reunión importantes para el migrante. Por otro lado, si el migrante visita la unidad de salud es necesario un registro (mediante nombre completo o datos personales) como identificación para proporcionar la atención e insumos.

*P1: “Si, así es, de aquí, el personal sale de la unidad con todos los materiales necesarios, los responsables y todos los programas, hacen pedido de todo el material que van a necesitar”. P2: “Como tal NO, si llega a haber una persona con la necesidad, se trabaja de forma programática para ellos, para resolver el problema que tengan, iniciativa en la salud sexual y hasta allí, pero, que esté enfocado a ellos no”.*

*P3: “Mira, dependemos en totalidad de una unidad responsable en primer nivel para el surtido de material, pero por ejemplo condones siempre tenemos, siempre hay y más para ETS, si tenemos, te estaría echando mentira si te niego que no hay, pero sí, si acaso las pruebas del VIH, nos han fallado una vez en el año, siempre hay, si tenemos disponibilidad e insumos, Papanicolaou a quien lo solicite lo tomamos para detectar candida o tricomonas, tenemos todo el recurso necesario, al igual que la educación continua”. P4: “Las unidades de primer nivel familiares y especialidades, cuentan con todos los materiales necesarios y todos los recursos para atender problemáticas de*

*primer nivel, en el entendido que brindar condones, pruebas rápidas y orientación son actividades esenciales del personal de salud que realiza brigadas, caravanas y procesos de vacunación en las calles, pero no están enfocados específicamente para población migrante, no se busca como tal al migrante, se podrá brindar un apoyo rápido a un migrante como el entregar condones o realizar pruebas rápidas y dar educación, pero nada más, sin un debido seguimiento”.*

### **Educación en salud sexual**

El 100% respondieron que sí se proporciona educación en salud sexual para la población en general y el 83.5% señala que, de la misma manera al migrante en tránsito, “se capacita”, en temas principales como uso de condón, métodos de planificación familiar, identificación de conductas sexuales de riesgo, conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual, y procesos de seguimientos en caso de requerir acompañamiento de alguna enfermedad o necesidad en salud sexual.

*P1: “Sí, se les brinda educación en salud sexual, el promotor junto con la enfermera, se apoyan al migrante en diversos temas sexual, delimitamos el trabajo de campo y diferentes grupos de profesionales se van a trabajar en esas áreas donde llegarían, con atención médica, medicamentos, también acudió el programa de salud reproductiva y empezaron a entregar preservativos, y consulta para entregarle otro método en caso de requerirlo y se le otorgaba”. P2: “Sí, se puede brindar educación a todo el que lo requiera y se puede orientar a una consulta de seguimiento”.*

*P3: “Ahora sí, que a la persona que llega se le habla de manera individual sobre el tema que requiera en los temas de salud, se le orienta conforme lo que quiera, pero ya no podemos hacer grupos, se hace personalizado, lo cual se traduce en triple esfuerzo y tiempo; sin embargo, ahorita por la contingencia todo se ha afectado, hasta la consulta”. P4: Se considera el Número de Seguro Social como prioridad para procesar el registro de atención, al ser una unidad de salud que atiende específicamente*

*a derechohabientes con derecho en salud por un registro patronal, y obligación social, son la prioridad en la atención sanitaria que se brinda”.*

### **Condomes como activo en salud sexual**

El condón masculino es referido como el método más solicitado por la población general para planificación y de protección contra ITS. También resalta como el método más promovido para la prevención de ITS. Sin embargo, dentro del análisis de los discursos, no se identifican estrategias específicas para distribuir y educar a la población migrante sobre las prácticas sexuales seguras, esto queda a discreción y la percepción del personal de salud que atiende a la población.

*P1: “El que más es solicitado es el preservativo, y estando allí, paciente que llegaba se le hacía la prueba rápida del VIH, ellos solicitan los condones, pero algunos si se miraban como algo sin cuidado o que lo quisieran porque se ofertaban, pero considero que si le dan buen uso”. P2: “Sí, contamos con mucho material para prevención, sobre todo condones”.*

*P3: “Ah ok, mira, todo lo que es servicio de planificación familiar, condones, orientación, son gratuitos no se cobran, nada, papanicolaou, orientación, pruebas rápidas, son protocolos generales para seguir”. P4: Derivado de lo anterior los condones se pueden entregar a toda la población, no se divide si es migrante o no y no requiere un número de seguro social, los condones tienen esa facilidad de entrega sin registro alguno, pero no se ha tenido registro que los migrantes soliciten condones, por necesidades de salud sexual, al contrario, solo se les oferta para que los tomen”.*

*P6: “Sí, siempre se les da preservativos, se les enseña a usar el preservativo, realmente se les puede dar, obviamente si es una persona sexo servidor se le dan más preservativos, no se le limita a darle 5, podemos darle una cantidad necesaria, si son muy activos les dan más preservativos, en realidad ese insumo nunca ha existido la carencia, siempre tenemos buena cantidad y allí no limitamos, podemos darle 20, 30,*

*40, depende como él nos diga las necesidades, si es una persona sexo servidor podemos darle hasta una caja de 100 preservativo”.*

### **Pruebas para enfermedades de transmisión sexual y prueba rápida del VIH**

Destaca que todas las unidades (100%) cuentan con las pruebas rápidas para detección de ITS de manera gratuita; aun así, no forman parte del chequeo de salud periódico, siendo en algunos casos en respuesta a la solicitud del cliente. Referente a este activo para la población migrante en tránsito poseen un panorama similar antes mencionado (83.5%), sin embargo, en una de las unidades se especificó que se requiere un registro y expediente clínico para poder brindar el seguimiento y generar solicitud de pruebas de ITS, y en algunos casos el médico determina si se requiere la aplicación.

*P1: “Cuando llega a la consulta el médico lo interroga y se pide su consentimiento para realizar una prueba rápida del VIH, si acepta, se realiza y en ese momento se le da educación en salud sexual, todo por invitación y es confidencial y sí, la mayoría acepta, se les brinda condones y todo lo necesario”. P2: “Así es, el programa de la parte de la consulta externa e infectología, son los que tienen en resguardo todas las pruebas, tanto duales como, individuales, pruebas rápidas, preservativos, y también elementos educativos, pero es abierto, está el consultorio, está el espacio y una vez que el paciente es atendido en urgencias o en medicina interna y egresa, se le envía a la consulta y ahí recibe esa parte de la atención, pero hasta ahí se queda, un programa educativo ampliado y organizado para la salud sexual no está diseñado para migrantes”. P3: “Mira, todo paciente, el protocolo es, una persona viene, se le oferta la prueba, la acepta, o si él la solicita se le hace, ya sea una prueba rápida u otra prueba”.*

### **Seguimientos en el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y VIH**

Los seguimientos para tratamientos enfocados en las ITS y VIH están estipulados, a través de protocolos específicos a nivel nacional para toda la población en

territorio mexicano, como son el Programa de Acción Específico-VIH y otras ITS 2020-2024 y el Programa de Acción Específico-Respuesta al VIH, Sida e ITS 2013-2018, los cuales establecen como política la cobertura y acceso universal a servicios de tratamiento con el fin de acelerar la respuesta nacional para la eliminación del VIH y otras ITS.

Es así, que se inicia por una prueba de diagnóstico confirmatorio de la enfermedad, paso seguido se programan consultas regulares para la supervisión y educación en salud sexual buscando el mejor resultado y factor resiliente en la persona. Aun así, se encontró un 50.1% de los responsables afirmando que se brinda un seguimiento para el tratamiento de ITS y VIH a la población en general, y un 16.7% a población migrante.

En lo que se refiere a la población migrante en tránsito, independiente a las características sociodemográficas y sociales, los protocolos de acceso a tratamiento y su seguimiento no contemplan ninguna adaptación; por ello, se dificulta el apego y continuidad a tratamiento a lo largo de las rutas migratorias del país.

*P1: “Pues mire, se habla con el paciente y se le comenta un poco lo que es el VIH, y si se queda aquí se envía a una unidad especializada donde se ven pacientes con VIH y lleva su control en esa unidad; sin embargo, las personas que no se quedan se van con la información y le comenta el médico o enfermera que vaya a una unidad de salud para su seguimiento con toda la información posible”. P2: “Sí, en lo posible, en lo posible, para darle control y manejo epidemiológico, se hace un vínculo con el servicio de epidemiología y epidemiología junto con infectología buscan el apego del paciente al tratamiento para disminuir los riesgos a la población, eso si se tiene como acción”.*

*P3: “Si una prueba sale reactiva el procedimiento es enviarlo a otra unidad, como las unidades de primer nivel, ahí en esa unidad se le hace la segunda prueba, la western blot y el paciente se queda en dicha unidad, donde se le abre otro expediente,*

*todo el protocolo de tratamiento es en la unidad, ya que termina, o que se le da una normalidad o lo dan de alta y le dan un seguimiento, pero aquí solo hacemos detección y se direcciona.”*

*P4: “Un migrante que venga de otro país y no tiene un registro laboral o para ser más específico un número de seguro social, no se le podría brindar una atención de consulta externa, solo de urgencia y esto si los procesos internos proceden para subsanar los costos que se generen derivados de la atención, que no sería para cuestiones sexuales, sería para otro tipo de atención”.*

*P6: “A toda persona que se le hace una prueba, obviamente si sale reactiva, dependiendo de qué patología se detecta, si es VIH se refiere a una unidad especializada para la atención o se le pone cita y con ella acuda, como ellos duran poco tiempo en la ciudad a veces no se sigue todo el estudio, porque se tienen que hacer exámenes confirmatorios, entonces sí, definitivamente en VIH si se tiene que seguir un protocolo, como examen confirmatorio, carga viral y obviamente, cómo está en ese momento y ya decidir qué tratamientos va iniciar, depende del tiempo que se queda, muchas veces a una persona se le hace la prueba, pero para el seguimiento ya mañana o pasado se va a Tijuana o se va otro lugar, lo que nosotros sí le informamos es que a donde vaya trate de preguntar, de investigar por una unidad que atienda ese tipo de enfermedades, por parte de gobierno está la Secretaría de Salud que tienen unidades de salud específicamente para la atención de estas enfermedades”.*

## **Costos**

Los servicios de primer nivel enfocados a salud sexual son gratuitos, no tienen ningún costo como lo indican el Programa de Acción Específico - VIH y otras ITS / 2020-2024 y el Programa de Acción Específico - Respuesta al VIH, Sida e ITS 2013-2018, 100%; sin embargo, se observa desconocimiento de estos aspectos en el personal de salud, que sólo el 16.7% respondió que son gratuitos. El personal refirió que la

entrega de condones o educación en salud sexual se encuentra disponible, los servicios considerados de mayor complejidad no son brindados sin registro o afiliación a alguna institución de salud, como lo es el tratamiento para VIH.

*P1: “Todo es completamente gratuito, nada tiene un costo, se les explica el proceso, y desde que llegan se les dice que todo es gratuito que no tiene ningún costo”.*

*P2: “No, no tienen ningún costo, son totalmente gratuitos, se abrieron los servicios y cuando es una persona migrante, se tiene todo lo que se puede, se busca que la persona migrante, esté en contacto”.*

*P3: “Sí, tiene un costo, en caso de contar con algún otro seguro de salud, y deciden tratarse aquí se les expide un recibo para cobro; sin embargo, a la mayoría se le atiende, se les da la consulta, y si no cuentan con algún registro de seguro en salud es gratuita la atención, es que muy pocos se han identificado como migrantes, no se pregunta pues, muchas veces no sabemos, pero pensándola bien si debemos de preguntar.” P4: Los costos no se generan para ninguna población siempre y cuando tengan su debido registro. P6: NO, no ninguno, la verdad, no hay costo, se atiende al que lo solicita; además, siempre se intenta capacitar a quien se pueda para difundir toda la información necesaria y brindar el servicio”.*

## **Fase cualitativa**

### **Identificar las principales necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de los migrantes en tránsito.**

En esta fase, participaron 13 migrantes en tránsito, con lugares de procedencia como Honduras, El Salvador, México, Belice, Perú, Nicaragua y Guatemala, con edades entre los 33 y 55 años.

Primero se exportaron las transcripciones al programa MAXQDA, y se realizaron las correcciones pertinentes tomando en cuenta la ortografía y signos de puntuación. Segundo, se generaron los códigos iniciales de estos, se observaron las diferencias y

similitudes en la información, se agruparon de acuerdo con características similares para destacar grupos. Tercero, se buscó la relación entre estos y se agruparon los temas (categorías) identificados. Para la generación de categorías se realizó de manera deductiva e inductiva, por un lado, las categorías emergieron de las lecturas de las entrevistas y por el otro lado se consideraron los conceptos del modelo propuesto. Posteriormente se realizó una segunda revisión de las categorías y se definieron las categorías y subcategorías. Por último, se presentan las categorías y subcategorías implícitas (Tabla 3).

### **Resultados necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual**

Tabla 3

#### *Categorías y subcategorías del análisis cualitativo*

<i><b>Categorías</b></i>	<i><b>Subcategorías</b></i>
Necesidad de atención	Percepción de riesgo para ITS/VIH Capacidad de identificar cuando requiere ayuda del sector salud
Deseo de atención	Necesidades sentidas de salud Discriminación en la salud
Búsqueda de atención	Intención de utilizar los servicios de salud sexual
Inicio de la atención	Experiencias con los servicios de salud sexual
Continuación de la atención	Significado de la sexualidad desde la masculinidad hegemónica

*Nota:* Elaboración propia.

## **Categoría I: Necesidad de atención**

La presente categoría hace referencia a la necesidad de atención, parte de dos pilares importantes identificados en el migrante en tránsito, primero es la percepción de riesgo para ITS/VIH y segundo la capacidad de identificar cuando requiere ayuda del sector salud.

### **Subcategoría I.1: Percepción de riesgo para ITS/VIH**

En este apartado los migrantes en tránsito expresaron su percepción acerca del riesgo hacia las enfermedades de transmisión sexual, algunos de ellos hicieron hincapié en los procesos de enfermedad y situaciones que los ponen en riesgo, lo cual es cuestionable. Por ejemplo, existen los migrantes poseen una baja percepción del riesgo para ITS/VIH: P1: *“Yo pienso que los migrantes son los que tienen menos enfermedades de este tipo por el sistema que llevan, en la calle libre, en los trenes y no están en reuniones, y piensan que está bien y andan respirando lo de otro, uno se la lleva encerrado”*. P12: *“Mi comprensión de salud sexual es estar sano, no tener gonorrea, no tener sífilis, tal vez hay otros aspectos que no conozco, pero como yo estoy sano, me creo sexualmente sano”*. P8: *“No, yo he gozado de cabal salud hasta ahorita...bueno si he estado en riesgo, pero no siento la necesidad de buscar atención”*. P7: *“No me cuido...me gusta el deporte natural”*.

Por otro lado existen los migrantes que perciben el riesgo para ITS/VIH con mayor magnitud P5: *“De pequeños nos enseñaron en quinto o sexto, nos llevaron a ver una película donde nos enseñaron fotos y pasaba esto, vimos hasta caras destrozadas por que la sífilis les comía la cara y pues yo quedé horrorizado, y cuando me cuentan estos locos que hacen las cosas y les digo que no está bien, y pues prefiero estar en la cárcel que un hospital, y como no quiero estar ahí pues me cuido”*. P6 *“Porque no siento nada malo, me siento bien, usando preservativo”*.

P9: *“Pues si yo fuera un tonto, me metiera con una y me pegara alguna enfermedad venérea, aparte de eso le voy a decir una cosa, siempre estoy muy*

*pendiente, uno cree (titubea sorpresa) una enfermedad sexual, pero las enfermedades sexuales desde maniacos hasta psicópatas, una enfermedad y transmisiones sexuales son diferentes puntos. P13: “Pues utilizando preservativo, no agarrando mujeres callejeras son prostitutas, que también que son callejeras, aquellas que son drogadictas, que también tienen infecciones”.*

Se puede deducir que el desconocimiento del problema genera una percepción limitada a los efectos de realizar prácticas sexuales de riesgo lo cual puede determinar la necesidad de atención en salud sexual, además que el migrante en tránsito por sus características sociodemográficas como la edad, sexo, cantidad de parejas y distanciamiento familiar, puede generar un cambio de conducta para la búsqueda de solventar sus necesidades sexuales, en algunos casos mostrando actitudes de evasión del sistema de salud para su seguimiento. Sin embargo, una alta percepción del riesgo para ITS/VIH genera mayores cuestionamientos (conocimiento), uso del condón y aceptación de atención en salud sexual.

### **Subcategoría I.2: Capacidad de identificar cuando requiere ayuda del sector salud.**

Otro tema sensible para determinar la necesidad de atención de un migrante en tránsito es la capacidad de identificar cuando requeriré ayuda del sector salud, muchas veces por la falta de conocimiento y una baja percepción del riesgo se puede ver expuesto a múltiples prácticas sexuales de riesgo durante su proceso migratorio, se puede señalar que algunos tienen la capacidad, pero otros no. Por ejemplo: P2: *“Uno está propenso a sufrir una enfermedad y tiene que protegerse...tiene que utilizar los métodos, los condones... es muy importante visitar al doctor para que te den condones y te chequen cuando hagas tonteras; hasta si es posible, dejarlo de hacer con mujeres, hacerlo uno solo, lo principal masturbación, que se eviten de problemas, en estos tiempos uno no puede andar con muchas mujeres principalmente porque también todas*

*las mujeres son vagas también, anda haciendo cosas más que uno, bueno en general no puedes hacer sexo sin protección”.*

P4: *“O sea si haces cosas mal, compañero chécate y en los casos que me han hecho pruebas así de sangre, las veces que he estado preso en estados unidos, he salido bien, y si sales mal te apartan...por eso pienso yo que estoy bien o me han hecho creer que estoy bien (ríe)”. P7: “Se debe ir buscando como instruir a la gente que se cuide que se proteja, que al momento de hacer sexo tenga cuidado, cuídate y cuida a los demás, usar condones y cuidarse y protegerse eso es normal es lo que tienen que hacer porque luego las consecuencias porque si, las drogas y el alcohol te cambian y puedes hacer sexo sin cuidar y cuidarte ¿verdad?, y si la regaste y sabes que las cosas salieron mal debes de ir con el doctor, que te den lo que necesitas”.*

Con esto se pone en evidencia que algunos migrantes en tránsito poseen la capacidad de identificar cuando requieren ayuda del sector salud, sin embargo para lograr esto, se requiere cierto nivel de conocimiento sobre las prácticas sexuales protectoras y de riesgo, cuando y con quién acudir en caso de que se requiera atención en salud sexual, sin embargo no identifican procesos en salud que aportan mayor seguridad y seguimiento como lo es el realizar la prueba rápida del VIH, uso consistente del condón, lo cual puede complicar la toma de decisiones sexuales para el migrante.

## **Categoría II: Deseo de atención**

La presente categoría muestra los factores que predisponen el inicio de una atención en salud sexual, vertidas desde las necesidades sentidas de salud que el migrante en tránsito expresa y las experiencias en el proceso de solicitud real de atención, donde se difunden características de discriminación, para esta población vulnerable.

### **Subcategoría II.1: Necesidades sentidas de salud**

Las necesidades sentidas en salud son aquellas mociones racionales que son susceptibles de satisfacer por el sistema de salud. La necesidad se reduce en la medida

que existe una activa apropiación física e intelectual del satisfactor por parte del migrante en tránsito el cual expone de diversas formas lo que realmente necesita en un momento determinado. Por ejemplo: P10: *“No por si le chequean a uno para ver si tienes coronavirus, es lo que está más peligroso ahorita, lo demás las enfermedades venéreas, son enfermedades viejísimas...”*. P3: *“Pues sí que sería importante que pudieran poner un lugar como para atender, así como a las personas migrantes que dice verdad, para pos algunos andamos bien, pero otros quien sabe”*.

P3: *“Pos eh... que nos den un poquito más de atención y pos la gente necesita a veces ir al hospital, a veces no te quieren atender por no tener papeles, la identificación”*. P9: *“Quien sabe, pues es que no hay especialista, deben de tener especialistas en EU si tienen especialistas. Cuando una persona tiene SIDA, la tienen en un programa donde le dan terapia y mantienen calmado el síndrome del SIDA”*.

P5: *“Que me den ayuda, que inyecten si es posible, que me den pastillas, que me chequen ya, por último, que te digan cómo vas de salud...pienso yo con el pensamiento de llegar al sistema de salud”*. P6: *“Primeramente, una como terapia, juntarnos y decirnos...prevenirnos, no tanto curarnos cuando estamos enfermos, si no prevenirnos antes de enfermarnos, un programa para el inmigrante que necesita, porque hay bastantes personas que sufren eso, pero no sabe por ignorancia es que sucede eso”*. P8: *“Por lo pronto yo digo que es importante es tener una parte donde haya médicos, donde haya baños para todos, aseo personal y oportunidad de trabajo”*.

Se percibe que las necesidades del migrante son más generales en los problemas de salud, señalan el deseo por recibir atención en seguimiento médico y especializado, lugares definidos para poder obtener la ayuda necesaria, intervenciones específicas desde terapia, prevención y promoción de salud, programas enfocados en salud y empleo, lugares para realizar sus necesidades y cumplir con su autocuidado, a su paso por la frontera lo que requieren es un chequeo médico general y no ven como importante la salud sexual.

## **Subcategoría II.2: Discriminación en la salud**

La discriminación por parte de los servicios de salud se puede manifestar con acciones de exclusión, persecución, odio, violencia, rechazo, burla, difamación, ofensa o injuria para limitar o restringir las oportunidades de acceso a los servicios de salud, que en su momento el migrante solicite en los diferentes niveles de atención, el migrante experimenta situaciones que limitan el acceso. Por ejemplo: P2: *“Fijate que ahorita las cosas están muy cambiadas, porque te dicen una cosa y después salen con otras y ningún Estado de México quiere batallar con migrantes y hay por ejemplo estados de puros migrantes, no quieren batallar dicen “Ay son de la calle” “Ay que puro contagio”, pura molestia”*.

P5: *“Pues deberían de llevar a los migrantes a que tengan revisiones sobre eso y por enfermedades venéreas y que el hospital no nos discrimine cuando tengan algún problema de esos”*. P8: *“si claro que sí, no te quieren atender, no solo de eso sino muchas cosas por ser migrante, no te ayudan en nada”*. P11 *“Te piden documentación para todo y si no lo tienes pues no te pueden dar nada, me tocó hace poco que con el nombre solo me dieron unos sobres para un suero”*.

Se puede deducir que la discriminación hacia el migrante en tránsito limita el proceso de búsqueda e intención de atención en salud, que el migrante en su momento pueda requerir, las acciones o formas de realizar el proceso de interacción inicial y de desarrollo por parte del personal de salud son muy específicas y en el caso de esta población vulnerable la forma de trabajo requiere una reestructuración para brindar la atención sin vulnerar sus derechos.

## **Categoría III: Búsqueda de atención**

En este apartado los migrantes en tránsito expresaron las intenciones de búsqueda para utilizar los servicios de salud sexual disponibles en Mexicali, Baja California algunos de ellos hacen hincapié desde su experiencia de encuentro con los servicios de

salud sexuales y otros desde las razones por las cuales no han tenido la intención de utilizar los servicios de salud sexuales.

### **Subcategoría III.1: Intención de utilizar los servicios de salud sexual**

Son los factores predictores para determinar la intención de utilizar o acercarse a los servicios de salud sexual para la población migrante en tránsito, son características que van desde las necesidades en salud que requieren una solución en el momento y tratamiento o de prevención. Por ejemplo, los que sí tienen la intención: P1: *“Para continuar irme a chequear, a estar chequeándome cada determinado tiempo; si yo tengo relaciones con alguien una mujer o algo y me chequean pues o sea hacerme análisis o algo”*.

P5: *“pues depende de lo que yo siento, yo he ido a muchos lugares, ósea el problema de salud... si es sexual, he tenido gonorrea, he tenido chancros... uno que te come, el miembro se lo va comiendo a uno, deja tu eso a mí me lo pego una mujer, orinaba pues cuando yo orinaba, me ha pegado eso como seis veces, y algunas veces, cuando he estado en mi casa y me dicen que tengo que ir y decir lo usted tiene para que lo inyecten o si no hay que buscar a alguien que lo inyecte... una ampicilina”*. P10: *“Porque si es de gravedad la enfermedad yo creo que puede llegar hasta que tumben el pene o algo y ya siendo grande lo, yo me imagino que tiene que ser de inmediato”*.

Con esto se pone en evidencia que la intención de búsqueda y utilización de los servicios de salud sexual no está condicionada por el conocimiento o por la misma necesidad de realizar prevención (reducir riesgos), el migrante solo hasta que existe un problema visible y que genere incomodidad este realizará el acercamiento con los servicios de salud, además de no ser su prioridad.

### **Categoría IV: Inicio de la atención**

En este apartado los migrantes en tránsito mencionaron experiencias de inicio al utilizar los servicios de salud sexual disponibles en Mexicali, Baja California algunos de ellos hacen hincapié desde su experiencia de encuentro.

### **Subcategoría IV.1: Experiencias con los servicios de salud sexual**

Las experiencias con los servicios de salud sexual que tiene el migrante en tránsito son todas aquellas interacciones que un individuo tiene con el sistema de atención de salud. Esto incluye atención de planes de salud, así como el trato del personal de salud y hospitalario. Por ejemplo: P4: *“Pues en la forma que ellos quieran mostrarme sus servicios, una plática, por ejemplo, indagaciones que son un problema, todo un estudiado de salud, oye que tiene, y digo andaba con una mujer en la calle y tengo un problema, me salió una infección, y que me digan “espere aquí en un momento lo checo y le ponemos una inyección”.*

P7: *“yo tengo 2 meses aquí ahorita, hasta ahorita, he venido muchas veces aquí, me gusta Mexicali...aquí me gusta, pero pues no se han presentado aquí...aquí no hay, no se ofrecen apoyos en salud, mucho menos en cosas de sexualidad”.* P10: *“No, si buscas no encuentras, porque si estuviera enfocado, darían información como prevención del SIDA, distribuirán condones, folleto”.*

P13: *“No, yo nunca he tenido algún problema, pero he escuchado a muchachos que sí, que batallan mucho a la hora de tener alguna enfermedad, que agarran con las prostitutas, me cuentan que batallan, como dicen los muchachos, ya de plano están saturados los hospitales, y luego que uno llegue como migrante, con los papeles y eso; mira a mí nunca me tocado, pero escucho, para nosotros no hay ningún programa que nos digan que nos van a ayudar...digo por mis amigos porque a mí nunca me ha pasado, pero me pregunto qué haría, y pues uno no sabe cuándo va a necesitar un hospital, y pues uno no tiene dinero para un doctor particular, o uno que diga es para migrante de bajos recursos; entonces uno va a esos lugares pero no sabes si te van a ayudar, esperanzados pues, y ahí los que se compadecen de uno no son los encargados son gente particular que los mira y le da lástima y me ayudó”.*

Se percibe que las experiencias con los servicios de salud no son muy positivas, debido a que no realizan las actividades bajo un plan organizado para atender a los

migrantes en tránsito, así como un trato del personal careciendo de sentido humano, por estas razones puede que justifique el por qué el migrante decide no buscar atención.

#### **Categoría IV: Continuación de la atención**

En este apartado los migrantes en tránsito expresan motivos por los cuales continuarían o no el utilizar los servicios de salud sexual disponibles en Mexicali, Baja California algunos de ellos hacen hincapié en el significado desde la sexualidad.

#### **Subcategoría V.1: Significado de la sexualidad desde la masculinidad hegemónica**

Es un comportamiento masculino que logra imponerse ante situaciones de desigualdad sus principales características son: ser hombre significa rechazar todo aquello que sea femenino, ser importante, a mayor estatus, mayor poder y por ello más masculino, es así como el modelo de masculinidad hegemónica valora el hecho de ser hombre, el riesgo y la agresividad son sinónimos de la masculinidad y ser duro como el roble, no mostrar sentimientos y denigrar a la mujer. Por ejemplo: P4: *“¿Para qué hacer esas cosas? no pues no tengo problema, yo la verdad mujeres no ando buscando, ni tampoco hombres yo soy hombre completo, hacer sexo y pagar, yo ya no estoy para eso, aparte agarrar una enfermedad, me la llevo bien solo hasta que me muera”*.

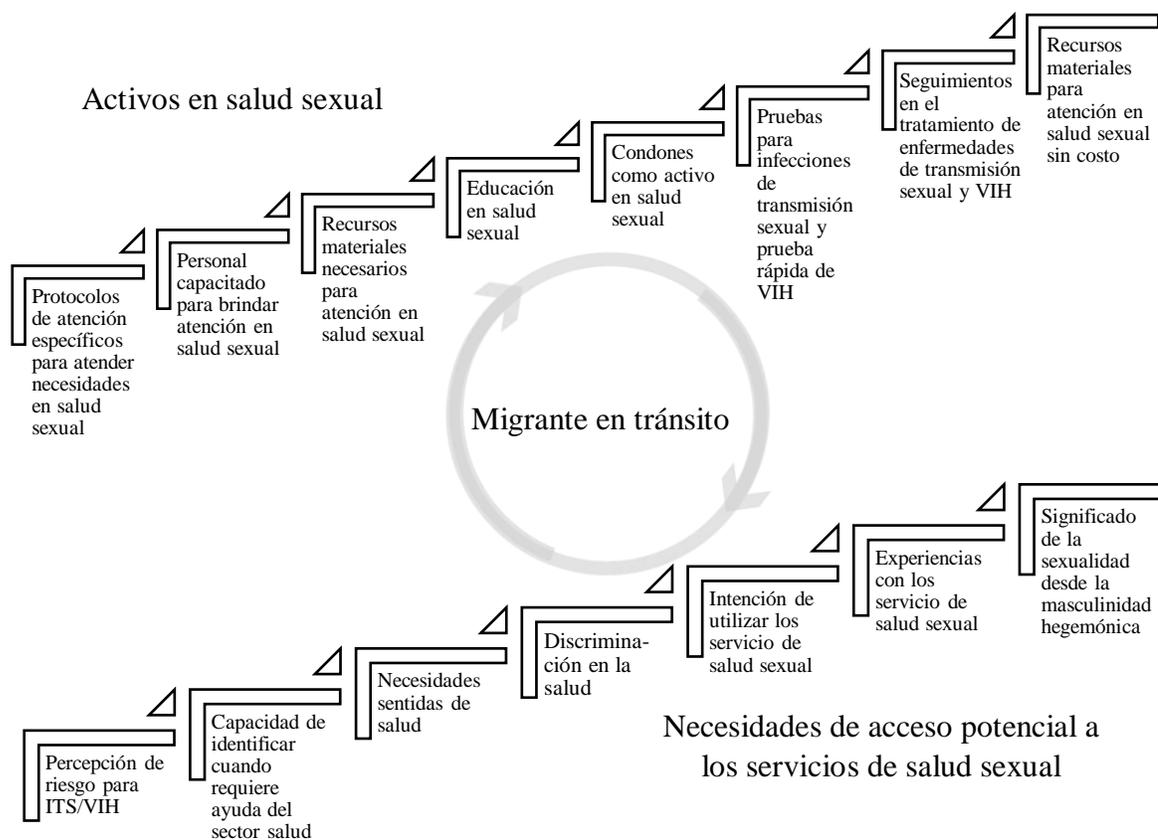
P8: *“No...porque... a lo mejor no son lugares masculinos...como sea, eso nos toca principalmente al hombre y pues a los hombres aquí les vale...mira cómo me puse (bromea)... es la mera neta y pues mucho aquí les interesa, a uno le vale uno sabe cómo cuidarse, no necesitamos nada de eso”*. P9: *“Me da pena ir a preguntar eso, me daría pena ir con cierto problema eso y ya”*.

P11: *“En estos tiempos uno no puede andar con muchas mujeres principalmente porque también todas las mujeres son vagas también, anda haciendo cosas más que uno, bueno en general no puedes hacer sexo sin protección”*. P13: *“Pa que, pues utilizando solo el preservativo, no agarrando mujeres callejeras sin prostitutas, que también que son callejeras, aquellas que son drogadictas, que también tienen infecciones, no tengo que ir siempre con las enfermeras”*.

La continuidad de la atención no está condicionada por la necesidad misma de buscar salud sexual, la masculinidad hegemónica, se identifica como un factor negativo para realizar un apego a los procesos de salud, debido a su proceso de tránsito se vuelve un objetivo primordial el cruzar la frontera dejando de lado las necesidades de salud, tiene que cuidar su figura masculina ante su familia y mantenerse como el hombre que todo lo puede.

### Figura 7

*Contextualización de datos cualitativos (identificación de activos en salud sexual y necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual para migrantes en tránsito)*



*Nota:* síntesis de información obtenida de los apartados cualitativos generados en la fase 4 del mapeo de activos en salud.

## Resultados fase cuantitativa

En esta fase participaron 200 migrantes en tránsito. A continuación, se presentan las características sociodemográficas de los participantes.

### Características sociodemográficas de los participantes

La Tabla 4 reporta los datos sociodemográficos, con respecto al sexo el 84.5% son hombres y 15.5% mujeres, de estos el 81% se identifica como hombre y el 19% como mujer, provienen de las regiones centro y sur de México (58%), del resto, destacan los países de El Salvador con un 8.0%, y Haití con un 6.5%, referente a su estado civil el 40% refiere estar casado, seguido de los que se encuentran en unión libre (26.5%) y solteros (22.0%).

Tabla 4

*Datos sociodemográficos de los participantes (sexo, país de procedencia y estado civil)*

Datos sociodemográficos	<i>f</i>	%
Sexo		
Hombre	169	84.5
Mujer	31	15.5
Te identificas como		
Hombre	162	81
Mujer	38	19
País de procedencia		
México	116	58.0
Belice	6	3.0
Honduras	6	3.0
Colombia	7	3.5
El Salvador	16	8.0
Guatemala	6	3.0
Costa Rica	5	2.5
Panamá	4	2.0
Haití	13	6.5
Nicaragua	1	0.5
Cuba	3	1.5
Venezuela	6	3.0
Ecuador	3	1.5
Perú	8	4.0

*Nota:* *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 200, (continúa).

Tabla 4

*Datos sociodemográficos de los participantes (continuación)*

Datos sociodemográficos	<i>f</i>	%
Estado Civil		
Casado (a)	80	40.0
Unión libre	53	26.5
Soltero (a)	44	22.0
Divorciado (a)	16	8.0
Viudo (a)	7	3.5

*Nota:* *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 200.

En la Tabla 5 se muestra la media de edad en años de los migrantes es de 38.07 con una mínima de 18 y máxima de 64 años, referente a la educación formal poseen una media de 12.06 años.

Tabla 5

*Datos sociodemográficos de los participantes (edad y años de educación formal)*

Datos sociodemográficos	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad en años	200	38.07	36.00	11.99	18	64
Años de educación formal	113	12.06	12.00	4.54	5	24

*Nota:*  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar.

En la Tabla 6 se muestra que 44% de los migrantes en tránsito no poseen estudios, solo el 23.5% contaba con nivel primaria seguido del nivel secundaria con 14.5%; sin embargo, el 6.5% cuenta con una carrera profesional, de esta última el 1% es Lic. en Arquitectura, 2% Lic. en Administración de Empresas y otro 2% Lic. en Derecho, el 93.5% no cuenta con una carrera profesional. Referente a la religión 32% son católicos y 43.5% no poseen una opinión religiosa.

Tabla 6

*Datos sociodemográficos de los participantes (último nivel educativo, profesión y religión)*

Datos sociodemográficos	<i>f</i>	%
Último nivel educativo cursado		
No tengo estudios	88	44.0
Primaria	47	23.5
Secundaria	29	14.5
Preparatoria	23	11.5
Carrera Profesional	13	6.5
Carrera profesional estudiada		
Lic. en Arquitectura	2	1.0
Lic. en Médico General	1	.5
Lic. en Administración de empresas	4	2.0
Lic. en Derecho	4	2.0
Docente de educación secundaria	1	.5
Lic. en Psicología	1	.5
Ninguna	187	93.5
Religión		
Católica	64	32.0
Cristiana	32	16.0
Otra	13	8.5
Ninguna	87	43.5

*Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 200.*

En la Tabla 7 se reportan los datos migratorios, para el 59.5% es su primera vez en proceso de migración para el otro 40.5% ya han tenido otras experiencias de migración, de estos el 62.5% inició su viaje solo y el 37.5% acompañado, con respecto al tiempo en proceso de tránsito el 25.5% tiene hasta cuatro meses, seguido de dos meses (24%), 12 meses (21%) y su principal transporte para llegar a la frontera norte de México es el camión (57.5%), seguido del tren con un 38.5%. En cuanto al tiempo que tenían en México el 27.5% señala que tienen diferentes periodos debido a que entraron a México y EUA; sin embargo, fueron deportados a la brevedad, otros tienen hasta cuatro meses en el país (31%).

### Estadística descriptiva de las variables de estudio

Tabla 7

*Datos migratorios de los participantes (intentos, tiempo migratorio, transporte y tiempo en México)*

Datos migratorios	<i>f</i>	%
Primer intento migratorio		
Sí	119	59.5
No	81	40.5
Salida de tu hogar solo o acompañado		
Solo (a)	125	62.5
Acompañado (a)	75	37.5
Tiempo migratorio desde que saliste de tu casa en la última migración		
Menos de 1 mes	13	6.5
Un mes	22	11.0
Dos meses	48	24.0
Cuatro meses	51	25.5
12 meses	42	21.0
18 meses	12	6.0
24 meses	12	6.0
Principal transporte para llegar a la frontera norte		
Aventón	2	1.0
Automóvil	6	3.0
Camión	115	57.5
Tren	77	38.5
Tiempo en México		
Diferentes periodos (entrada y salida EUA)	55	27.5
Un mes	23	11.5
Dos meses	21	10.5
Tres meses	7	3.5
Cuatro meses	32	16.0
Más de cuatro meses	62	31.0

*Nota:* *f* =frecuencia, % = porcentaje, *n* = 200.

En la Tabla 8 se muestra la edad de inicio de migración con una media de 25.56 años ( $DE = 9.88$ ), y una edad mínima de 8 y máxima de 58 años, referente a los intentos migratorios, los participantes han realizado hasta seis intentos de cruzar la frontera hacia estados unidos, con una media de 2.14 ( $DE = 1.20$ ).

Tabla 8

*Datos migratorios de los participantes (edad de inicio de migración, intentos migratorios)*

Datos migratorios	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad de inicio de migración	200	26.56	25.50	9.88	8	58
Intentos migratorios	200	2.14	2.00	1.20	1	6

*Nota:*  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar.

La Tabla 9 reporta frecuencias y porcentajes de los tiempos de estancia en Mexicali B.C sin intentar cruzar a Estados Unidos, encontrándose hasta 3 semanas (29%), seguido de dos semanas (23.5%) y 1 mes (20%). Así mismo referente al tiempo de estancia en Mexicali B.C intentando cruzar la frontera el 36% tiene más de 1 mes, el 30.5% un poco menos de 1 mes, de estos el 100% no planea quedarse en la ciudad antes mencionada, y el motivo por el cual decidieron migrar es por falta de empleo (40%), mejorar su vida (30%) y ayudar a su familia (29.5%).

Tabla 9

*Datos migratorios de los participantes (tiempo sin intentar cruzar y tiempo intentado cruzar a EUA, permanencia en la ciudad, motivo migratorio)*

Datos migratorios	<i>f</i>	%
Tiempo en la ciudad de Mexicali B.C sin intentar cruzar a Estados Unidos		
Menos de 1 semana	6	3.0
1 semana	38	19.0
2 semanas	47	23.5
3 semanas	58	29.0
1 mes	40	20.0
Más de 1 mes	11	5.5
Tiempo en la ciudad de Mexicali B.C intentando cruzar a Estados Unidos		
Menos de 1 semana	5	2.5
1 semana	4	2.0
2 semanas	17	8.5
3 semanas	22	11.0
1 mes	61	30.5
Más de 1 mes	72	36.0
2 meses	19	9.5

*Nota:* *f* =frecuencia, % = porcentaje, *n* = 200, (continúa).

Tabla 9

*Datos migratorios de los participantes (continuación)*

Datos migratorios	<i>f</i>	%
Planeas quedarte en esta ciudad como destino final		
No	200	100
Motivo por el cual decidiste emigrar		
Por falta de empleo (búsqueda de trabajo)	80	40.0
Mejorar mi vida	60	30.0
Ayudar a mi familia	59	29.5
Vengo huyendo	1	0.5

*Nota:* *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 200.

En cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales de los migrantes en tránsito se muestra una media de 14.06 años (*DE* = 2.57) y la media de cantidad de parejas sexuales desde el inicio de su vida sexual al momento de inicio migratorio es de 3.54 (*DE* = 1.89) parejas sexuales (Tabla 10).

Tabla 10

*Datos de la conducta sexual de los participantes (edad de inicio para relaciones sexuales y cantidad de parejas desde el inicio al momento de migración)*

	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad de inicio para relaciones sexuales	200	14.06	15.00	2.57	10	20
Cantidad de parejas sexuales desde el inicio de su vida sexual hasta el momento de migración	200	3.54	3.00	1.89	1	10

*Nota:*  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar.

En la Tabla 11 se muestran frecuencia y porcentajes de la conducta sexual, el 62.5% de los migrantes refiere que tiene pareja formal (mujer) y 16.5% pareja formal (hombre), y el tipo de relación sexual que practican con mayor frecuencia es el sexo vaginal con un 90%, seguido del anal con 6% y oral con 4%. El 44% respondió que sí ha tenido alguna vez en la vida una infección de transmisión sexual, el 27% no lo sabe, así mismo la infección que adquirieron fue sífilis con un 9%, VIH con un 5.5%, seguido de gonorrea con 4.5%.

Tabla 11

*Datos de la conducta sexual de los participantes (pareja, tipo de relación que más práctica, historial de infecciones de transmisión sexual)*

Conducta sexual	f	%
Tienes pareja (s)		
No tengo pareja	17	8.5
Pareja formal (hombre)	33	16.5
Pareja formal (mujer)	125	62.5
Pareja casual (mujer)	20	10.0
Pareja casual (hombre y mujer)	5	2.5
Tipo de relación sexual que practicas con mayor frecuencia		
Vaginal	180	90.0
Oral	8	4.0
Anal	12	6.0
Has tenido alguna infección de transmisión sexual en la vida		
Si	53	26.5
No	86	43
No lo se	61	30.5
Cual fue esa infección de transmisión sexual		
Clamidia	3	1.5
Gonorrea	9	4.5
Sífilis	18	9
Tricomoniasis	4	2
Virus del herpes simple (VPH)	4	2
Virus del papiloma humano (VPH)	4	2
VIH	11	5.5
No lo sé	61	30.5
Ninguna	86	43

*Nota:* f =frecuencia, % = porcentaje, n = 200.

En cuanto a si se encuentran en una relación de pareja durante su proceso de tránsito migratorio el 51% respondió que sí, con un tiempo de relación íntima de hasta 1 mes (22%), 2 meses (17%) y 3 meses (12%), (Tabla 12).

Tabla 12

*Datos de la conducta sexual de los participantes (relación de pareja durante su tránsito migratorio y tiempo de relación íntima con su pareja durante su tránsito migratorio)*

Conducta sexual	f	%
Actualmente te encuentras en una relación sin considerar tu pareja formal		
Si	102	51.0
No	98	49.0

*Nota:* f =frecuencia, % = porcentaje, n = 200, (continúa).

Tabla 12

*Datos de la conducta sexual de los participantes (continuación)*

Conducta sexual	<i>f</i>	%
Tiempo de relación íntima con tu pareja sin considerar tu pareja formal		
1 mes	44	22.0
2 meses	34	17.0
3 meses	24	12.0
No tengo pareja	98	49.0

*Nota:* *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 200.

La media de edad de inicio de relaciones sexuales de los migrantes es de 14.06 años (*DE* = 2.57), con una edad mínima de 10 años y máxima de 20. Respecto a las prácticas sexuales, se identificó una media de 4.27 (*DE* = 6.09) relaciones sexuales en los últimos tres meses y una media del uso de condón de 1.29 (*DE* = 2.56) veces en el mismo periodo de tiempo; lo que permite observar la diferencia en la cantidad de relaciones sexuales protegidas y aquellas de riesgo, encontrando una media de relaciones sexuales sin uso de condón de 2.98 (*DE* = 4.97) en los últimos tres meses (Tabla 13).

Tabla 13

*Prácticas sexuales del migrante en tránsito de los últimos tres meses*

Variable	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad de inicio de relaciones sexuales	14.06	15.00	2.57	10	20
Cantidad de relaciones sexuales en los últimos tres meses	4.27	1.00	6.09	0	27
Cantidad en que tú y tu pareja utilizaron el condón durante los últimos tres meses	1.29	.00	2.56	0	15
Cantidad de exposición al riesgo por no utilizar condón en sus relaciones sexuales en los últimos tres meses	2.98	.00	4.97	0	22

*Nota:* *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 200.

En cuanto los consumos de drogas lícitas de alguna vez en la vida se muestran al alcohol con 100%, y para tabaco un 58% de los migrantes lo ha consumido, además para el consumo en los últimos siete días de las drogas antes mencionadas se puede observar un consumo de 58.5% en alcohol y 39% para tabaco. Con respecto a las drogas ilícitas

destaca el consumo del último mes de la marihuana con un 24.5%, cocaína 14.5%, heroína 6% y cristal 10%.

Tabla 14

*Prevalencias de consumo de drogas lícitas e ilícitas del migrante en tránsito*

	Consumo de alcohol		Tabaco, cigarrillos		Marihuana		Cocaína (chiva)		Heroína		Cristal	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alguna vez en la vida	200	100	116	58.0	71	35.5	41	20.5	33	16.5	35	17.5
En el último año	200	100	110	55.0	71	35.5	41	25.5	29	14.5	33	16.5
En el último mes	175	87.5	100	50.0	49	24.5	29	14.5	12	6.0	20	10.0
En los últimos siete días	117	58.5	78	39.0	34	17.0	23	11.5	2	1.0	7	3.5

*Nota:* *f* =frecuencia, % = porcentaje, *n* = 200.

### Consistencia interna de los instrumentos

La Tabla 15 reporta la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el presente estudio, donde la Escala de percepción de riesgo de ITS/VIH, Sub escala de actitud hacia la prueba rápida del VIH, Reactivos para aprobación social del uso de condón, Escala de autoeficacia para las conductas de riesgo del VIH, Sub escala de intención para el uso del condón, Cuestionario de conducta de sexo seguro y Cuestionario para medir uso consistente del condón se muestra que las escalas generales tuvieron una consistencia interna aceptable mayor a .70 (Gray, Grove & Sutherland, 2016). Sin embargo, la Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual y el Cuestionario para medir el realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista un riesgo reportaron Alpha de Cronbach entre .58 y .63.

Tabla 15

*Consistencia de los instrumentos*

Instrumentos	Alpha de Cronbach
Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual	.58
Escala de percepción de riesgo de ITS/VIH	.77
Escala de actitud del uso del condón formato corto	.66
Subescala de actitud hacia la prueba rápida del VIH	.80
Reactivos para aprobación social del uso de condón	.76
Reactivo para aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH	.79
Subescala de autoeficacia para el uso constante del condón	.70
Escala de autoeficacia para las conductas de riesgo del VIH	.83
Escala de comunicación sexual protectora en salud sexual	.67
Subescala de intención para el uso del condón	.84
Reactivos para intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo	.85
Cuestionario de conducta de sexo seguro	.75
Cuestionario para medir uso consistente del condón	.85
Cuestionario para medir el realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista un riesgo	.63

*Nota:* n =muestra total.

En la Tabla 16 se presenta la distribución de las variables continuas del estudio, la edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas, además de las puntuaciones de forma general y por subescalas de cada uno de los instrumentos utilizados. Al utilizar la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, se encontró que la mayoría de las variables no presentan distribución normal, por lo que se decidió el uso de estadística no paramétrica para dar respuesta a los

objetivos de estudio.

Tabla 16

*Prueba de normalidad para las variables continuas*

Variable	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>D<sup>a</sup></i>	<i>p</i>
Edad	200	38.07	36.00	11.99	18	64	.085	.001
Escolaridad	200	4.99	5.00	5.25	0	17	.269	.001
Exposición a situaciones de riesgo sexual previas	200	2.98	.00	4.97	0	22	.315	.001
Conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH	200	22.82	23.00	2.74	17	31	.098	.001
Percepción del riesgo para ITS/VIH	200	23.09	23.00	6.00	8	38	.095	.001
Actitud hacia el uso de condón	200	31.30	31.00	3.81	22	42	.089	.001
Actitud para realizar prueba rápida del VIH	200	7.37	8.00	1.15	2	8	.363	.001
Aprobación social para el uso de condón	200	8.21	8.00	1.92	4	12	.123	.001
Aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH	200	16.50	17.00	3.03	11	24	.174	.001
Control percibido para el uso consistente del condón	200	8.46	9.00	3.10	3	15	.181	.001
Control percibido para sexo seguro	200	33.39	33.00	4.20	20	45	.114	.001
Comunicación sexual con la pareja	200	2.58	2.00	1.76	0	7	.170	.001

*Nota:* *n* = muestra total, *n<sup>b</sup>* = muestra de migrantes que utilizaron condón en los últimos tres meses,  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *D<sup>a</sup>* = Estadístico de Normalidad, *p* = significancia observada, (continúa).

Tabla 16

*Prueba de normalidad para las variables continuas (continuación)*

Variable	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>D</i> <sup>a</sup>	<i>p</i>
Intención del uso de condón	200	9.94	10.00	2.04	3	15	.168	.001
Intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo	200	9.40	9.00	2.06	3	12	.145	.001
Conducta sexual segura	200	51.08	51.00	6.23	39	73	.185	.001
Uso consistente del condón	69 <sup>b</sup>	2.28	2.00	.45	2	3	.447	.001
Realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo	200	1.88	2.00	.44	0	2	.532	.001

*Nota:* *n* = muestra total, *n*<sup>b</sup> = muestra de migrantes que utilizaron condón en los últimos tres meses,  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *D*<sup>a</sup> = Estadístico de Normalidad, *p* = significancia observada.

## Estadística inferencial

De acuerdo con el objetivo uno que planteó identificar la relación de las variables edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con la percepción del riesgo para ITS/VIH, actitud hacia el uso de condón y actitud para realizar la prueba rápida del VIH, se realizó una prueba de correlación de *Spearman* (Tabla 17). La cual reporta que la edad se correlaciona positivamente con la actitud para realizar la prueba rápida del VIH ( $r_s = .176, p < .05$ ), por lo que a mayor edad, mayores serán las actitudes para realizar la prueba rápida del VIH, además la percepción del riesgo para ITS/VIH se correlacionaron negativamente con la actitud para realizar la prueba rápida del VIH ( $r_s = -.208, p < .001$ ), a menor percepción del riesgo para ITS/VIH, mayores serán las actitudes para realizar la prueba rápida del VIH, el resto de las variables no presentaron relación significativa.

Tabla 17

*Coefficiente de correlación de Spearman de las variables edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con la percepción del riesgo para ITS/VIH, actitud hacia el uso de condón y actitud para realizar la prueba rápida del VIH*

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. Edad	1						
2. Escolaridad	-.077	1					
3. Exposición a situaciones de riesgo sexual previas	.069	-.072	1				
4. Conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH	.011	.019	.016	1			
5. Percepción del riesgo para ITS/VIH	-.031	-.022	-.123	-.003	1		
6. Actitud hacia el uso de condón	-.016	-.045	-.018	-.121	-.114	1	
7. Actitud para realizar la prueba rápida del VIH	.176*	.039	.039	-.011	-.208**	.004	1

*Nota:*  $n = 200$  muestra total, \* = la correlación es significativa al nivel de .05, \*\* = la correlación es significativa al nivel de .01.

En lo que se refiere al objetivo dos el cual fue determinar la relación de edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con la aprobación social para el uso del condón y aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH, se realizó una prueba de correlación de *Spearman* (Tabla 18), los resultados indican que, la escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y conocimiento sobre salud sexual no presentan relación significativa. Sin embargo, la aprobación social para el uso de condón se correlacionó positivamente con la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH ( $r_s = .496, p < .001$ ), lo que significa que, a mayor aprobación social para el uso de condón mayores serán las aprobaciones sociales para realizar la prueba rápida del VIH.

Tabla 18

*Coefficiente de correlación de Spearman de las variables de edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con la aprobación social para el uso del condón y aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH*

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Edad	1					
2. Escolaridad	-.077	1				
3. Exposición a situaciones de riesgo sexual previas	.069	-.072	1			
4. Conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH	.011	.019	.016	1		
5. Aprobación social para el uso del condón	-.029	.108	-.024	-.222	1	
6. Aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH.	-.069	.106	-.055	-.137	.496**	1

*Nota:*  $n = 200$  muestra total, \* = la correlación es significativa al nivel de .05, \*\* = la correlación es significativa al nivel de .01.

El objetivo tres planteó conocer la relación de las variables de edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con el control percibido para el uso consistente del condón y el control percibido para sexo seguro. Se realizó una prueba de correlación de *Spearman* (Tabla 19), en cuanto al conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH se correlaciona negativamente con el control percibido para el uso consistente del condón ( $r_s = -.196, p < .001$ ) y el control percibido para sexo seguro ( $r_s = -.241, p < .001$ ).

Lo anterior significa que a menor conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH, mayores serán el control percibido para uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro. El control percibido para el uso consistente del condón se correlaciona positivamente con el control percibido para sexo seguro ( $r_s = .184, p < .001$ ), lo que significa que, a mayor control percibido para el uso consistente mayor será el control percibido para sexo seguro, el resto de las variables no presentaron relación significativa

Tabla 19

*Coefficiente de correlación de Spearman de las variables de edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con el control percibido para el uso consistente del condón y el control percibido para sexo seguro*

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Edad	1					
2. Escolaridad	-.077	1				
3. Exposición a situaciones de riesgo sexual previas	.069	-.072	1			
4. Conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH	.011	.019	.016	1		
5. Control percibido para el uso consistente del condón	-.004	-.021	.107	-.196**	1	
6. Control percibido para sexo seguro	-.011	.149*	.075	-.241**	.184**	1

*Nota:*  $n = 200$  muestra total, \* = la correlación es significativa al nivel de .05, \*\* = la correlación es significativa al nivel de .01.

En lo que se refiere al objetivo cuatro el cual planteó establecer la relación de las variables de percepción de riesgo para ITS/VIH y la actitud hacia el uso del condón con la aprobación social para el uso del condón y el control percibido para el uso consistente del condón, se realizó una prueba de correlación de *Spearman* (Tabla 20), en la cual se muestra que la actitud hacia el uso del condón se correlaciona positivamente con la aprobación social para el uso del condón ( $r_s = .193, p < .001$ ) y el control percibido para el uso consistente del condón ( $r_s = .250, p < .001$ ).

Lo anterior indica que, mayor actitud hacia el uso del condón, mayor será la aprobación social para el uso del condón y mayor control percibido para el uso consistente del condón. De la misma manera, la aprobación social para uso del condón se relaciona positivamente con el control percibido para uso consistente del condón ( $r_s = .192, p < .001$ ), así mismo mayor aprobación social para el uso del condón, mayor control percibido para el uso consistente del condón, el resto de las variables presentaron relación significativa.

Tabla 20

*Coefficiente de correlación de Spearman de las variables de percepción de riesgo para ITS/VIH y la actitud hacia el uso del condón con la aprobación social para el uso del condón y el control percibido para el uso consistente del condón*

Variables	1	2	3	4
1. Percepción de riesgo para ITS/VIH	1			
2. Actitud hacia el uso del condón	-.114	1		
3. Aprobación social para el uso del condón	-.060	.193**	1	
4. Control percibido para el uso consistente del condón	-.105	.250**	.192**	1

*Nota:*  $n = 200$  muestra total, \* = la correlación es significativa al nivel de .05, \*\* = la correlación es significativa al nivel de .01.

De acuerdo al objetivo cinco el cual planteó identificar la relación de la percepción del riesgo para ITS/VIH y la actitud para realizar la prueba rápida del VIH con la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH y control percibido para sexo seguro, se realizó una prueba de correlación de *Spearman* (Tabla 21), los resultados permiten identificar que la percepción del riesgo para ITS/VIH se correlaciona negativamente con la actitud para realizar la prueba rápida del VIH ( $r_s = -.208, p < .001$ ) y control percibido para sexo seguro ( $r_s = -.224, p < .001$ ) lo que significa que a menor percepción del riesgo para ITS/VIH, mayor será la actitud para realizar la prueba rápida del VIH y mayor será el control percibido para sexo seguro.

Referente a la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH se correlaciona positivamente con el control percibido para sexo seguro ( $r_s = .238, p < .001$ ), por ello, a mayor aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH, mayor será el control percibido para sexo seguro.

Tabla 21

*Coefficiente de correlación de Spearman de las variables percepción del riesgo para ITS/VIH y la actitud para realizar la prueba rápida del VIH con la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH y control percibido para sexo seguro*

Variables	1	2	3	4
1. Percepción del riesgo para ITS/VIH	1			
2. Actitud para realizar la prueba rápida del VIH	-.208**	1		
3. Aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH	-.146	.112	1	
4. Control percibido para sexo seguro	-.224**	.074	.238**	1

*Nota:*  $n = 200$  migrantes en tránsito, \* = la correlación es significativa al nivel de .05, \*\* = la correlación es significativa al nivel de .01.

En lo que se refiere al objetivo seis para determinar la correlación de variables percepción de riesgo para ITS/VIH ( $r_s = -.002, p < .983$ ) y la actitud hacia el uso de condón ( $r_s = .101, p < .156$ ) con la intención del uso consistente del condón, no mostraron correlación significativa. Para el objetivo siete, conocer la correlación para las variables de percepción de riesgo para ITS/VIH ( $r_s = -.050, p < .481$ ) y la actitud para realizar la prueba rápida del VIH ( $r_s = -.047, p < .510$ ) con la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo, no mostraron correlación significativa.

Además, los objetivos ocho y nueve no presentaron correlación significativa, ejemplo de ello son las variables aprobación social para el uso del condón con la intención del uso consistente del condón ( $r_s = .117, p < .098$ ) del objetivo ocho. Así mismo el objetivo nueve identificar la relación de la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH con la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo ( $r_s = .110, p < .122$ ).

Para el objetivo diez, se planteó determinar la relación de las variables aprobación social para el uso del condón y aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH con la comunicación sexual con la pareja, a través de una prueba de correlación de *Spearman* (Tabla 22), en cuanto a la aprobación social para el uso de condón no presenta relación significativa con la comunicación sexual con la pareja ( $r_s = .059, p < .047$ ). Sin embargo, en lo que se refiere a la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH y la comunicación sexual con la pareja se relacionan significativamente ( $r_s = -.193, p < .001$ ), lo que significa que a mayor aprobación social para realizar prueba rápida de VIH mayor comunicación sexual con la pareja.

Tabla 22

*Coefficiente de correlación de Spearman de las variables aprobación social para el uso del condón y aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH con la comunicación sexual con la pareja*

Variables	1	2
1. Aprobación social para el uso del condón	1	
2. Aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH	.496**	1
3. Comunicación sexual con la pareja.	.059	.193**

*Nota:*  $n = 200$  migrantes en tránsito, \* = la correlación es significativa al nivel de .05, \*\* = la correlación es significativa al nivel de .01.

Para el objetivo 11, conocer la relación de las variables control percibido para el uso consistente del condón con la intención del uso consistente del condón no presentaron relación significativa ( $r_s = .073$ ,  $p = .308$ ).

De acuerdo al objetivo 12 el cual planteó establecer el efecto de las variables de control percibido para sexo seguro con la intención del uso consistente del condón y la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo, se realizó un modelo de regresión lineal con método *bootstrap*, los resultados permiten identificar que el control percibido para sexo seguro tiene efecto positivo y significativo en la intención del uso consistente del condón ( $B = .105$ ,  $p < .002$ ), (Figura 8), en la Tabla 23 se muestra el modelo el cual fue significativo ( $F_{(1,198)} = 9.63$ ,  $p < .002$ ) con una varianza explicada del 4.6%. En lo que se refiere a las variables de control percibido para sexo seguro tiene efecto positivo y significativo en la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo ( $B = .130$ ,  $p < .001$ ), (Figura 9), donde el modelo fue significativo ( $F_{(1,198)} = 14.94$ ,  $p < .001$ ) con una varianza explicada del 7.0% (Tabla 24).

Tabla 23

*Modelo de regresión lineal con método bootstrap para control percibido para sexo seguro con la intención del uso consistente del condón*

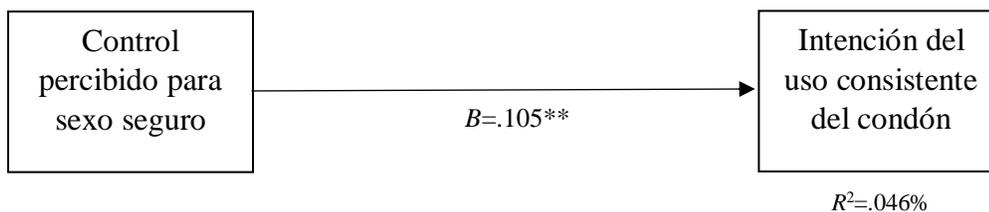
Intención del uso consistente del condón	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor $p$	IC de 95%	
	$B$	Error estándar	$B$		LI	LS
(Constante)	6.439	1.137				
Control percibido para sexo seguro	.105	.034	2.15	.002	.038	.171
Modelo 1	$F_{(1,198)} = 9.63, R^2 = .046, p < .002$					

*Nota:*  $B$ = beta,  $p$  = significancia observada, IC = Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= Límite superior,  $n$ = 200.

### Figura 8

*Modelo de control percibido para sexo seguro con la intención del uso consistente del condón*

#### Control conductual percibido



*Nota:* Efecto de variables

Tabla 24

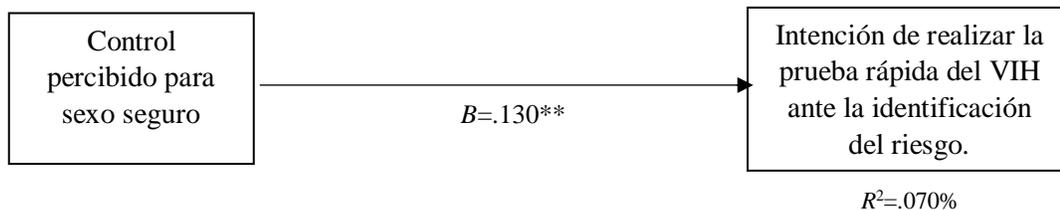
*Modelo de regresión lineal con método bootstrap para control percibido para sexo seguro con la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo*

Intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo.	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		IC de 95%	
	<i>B</i>	Error estándar	<i>B</i>	Valor <i>p</i>	LI	LS
(Constante)	5.067	1.131				
Control percibido para sexo seguro	.130	.034	.256	.001	.064	.196
Modelo 1	$F_{(1,198)} = 14.94, R^2 = .070, p < .001$					

*Nota:* *B*= beta, *p* = significancia observada, IC = Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= Límite superior, *n*= 200.

**Figura 9**

*Modelo de control percibido para sexo seguro en la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo*

**Control conductual percibido**

*Nota:* Efecto de variables.

Para el objetivo 13 se realizó un modelo de regresión lineal con método *bootstrap* para identificar el efecto las variables de control percibido para conducta sexual segura y uso consistente del condón, se identificó que estas variables no contribuyen al modelo ( $p > .005$ ). De la misma manera el objetivo 14 de las variables control percibido para sexo seguro ante las variables de conducta sexual segura y realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo, uso consistente del condón y no contribuyen al modelo planteado ( $p > .005$ ), además no se identificó un efecto mediador entre las variables propuestas de los objetivos 13 y 14.

Para conocer la relación de las variables comunicación sexual con la pareja con el control percibido para el uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro del objetivo 15, se realizó una correlación de *Spearman* (Tabla 25), donde los resultados que se identificaron fueron que la comunicación sexual con la pareja se correlaciona positivamente con el control percibido para el uso consistente del condón ( $r_s = .330, p < .001$ ) lo que significa que a mayor comunicación sexual con la pareja mayor será el control percibido para el uso consistente del condón. En lo que se refiere a el control percibido para sexo seguro ( $r_s = .218, p < .001$ ) este se correlaciona positivamente lo que significa que, a mayor comunicación sexual con la pareja, mayor será el control percibido para sexo seguro.

Tabla 25

*Coefficiente de correlación de Spearman con método bootstrap de las variables comunicación sexual con la pareja con el control percibido para el uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro*

Variables	1	2
1. Comunicación sexual con la pareja	1	
2. Control percibido para el uso consistente del condón	.330**	1
3. Control percibido para sexo seguro	.218**	-.132

*Nota:*  $n = 200$  migrantes en tránsito, \* = la correlación es significativa al nivel de .05, \*\* = la correlación es significativa al nivel de .01.

Para el objetivo 16 se realizó un modelo de regresión lineal con método *bootstrap* para establecer el efecto de las variables de comunicación sexual con la pareja con la conducta sexual (uso consistente del condón, realizar prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo, conducta sexual segura). En la Tabla 26 se muestra que la variable de comunicación sexual con la pareja con el uso consistente del condón fue significativo ( $F_{(1,67)} = 6.497, p < .013$ ) con una varianza explicada del 8.8% en donde se observa que la comunicación sexual con la pareja ( $B = .086, p < .001$ ) tiene efecto positivo y significativo en el uso consistente del condón (Figura 10).

Así mismo en la Tabla 27, se puede identificar que el modelo fue significativo ( $F_{(1,198)} = 37.26, p < .001$ ) con una varianza explicada del 15.8%; donde la comunicación sexual con la pareja tiene efecto positivo y significativo en la conducta sexual segura ( $B = 1.402, p < .001$ ), (Figura 11). Además, se realizó el mismo proceso para la variable de realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo sin embargo esta no presentó efecto ( $p > .005$ ).

Tabla 26

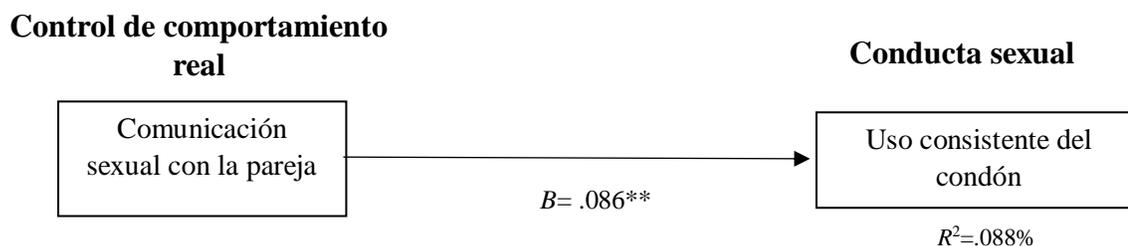
*Modelo de regresión lineal con método bootstrap para las variables de comunicación sexual con la pareja con el uso consistente del condón*

Uso consistente del condón	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		IC de 95%	
	<i>B</i>	Error estándar	<i>B</i>	Valor <i>p</i>	LI	LS
(Constante)	2.490	.095				
Comunicación sexual con la pareja	.086	.034	.297	.013	-.153	-.019
Modelo 1	$F_{(1,67)} = 6.497, R^2 = .088, p < .013$					

*Nota:* *B* = beta, *p* = significancia observada, IC = Intervalo de confianza, LI = Límite inferior, LS = Límite superior, *n* = 200.

**Figura 10**

*Modelo del control percibido para sexo seguro con el uso consistente del condón*



*Nota: Efecto de variables.*

**Tabla 27**

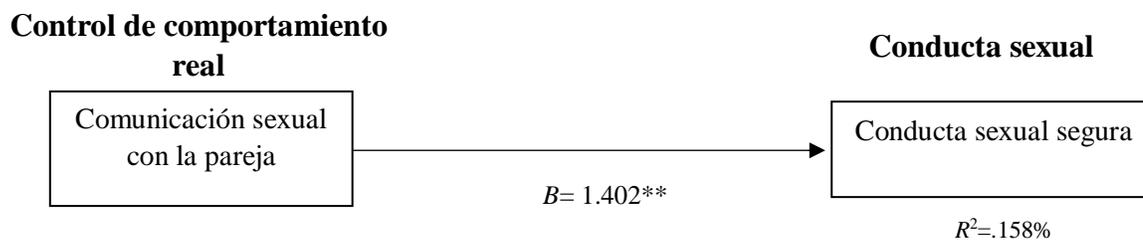
*Modelo de regresión lineal con método bootstrap para las variables de comunicación sexual con la pareja con la conducta sexual segura*

Conducta sexual segura	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		IC de 95%	
	B	Error estándar	B	Valor p	LI	LS
(Constante)	47.460	.719				
Comunicación sexual con la pareja	1.402	.230	.398	.001	.949	1.855
Modelo 1	$F_{(1,198)} = 37.26, R^2 = .158, p < .001$					

*Nota: B= beta, p = significancia observada, IC = Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= Límite superior, n= 200.*

**Figura 11**

*Modelo de control percibido para sexo seguro con la conducta sexual segura*



*Nota: Efecto de variables.*

Para el objetivo 17 se realizó un modelo de regresión lineal con método *bootstrap* para identificar el efecto de las variables de intención del uso consistente del condón con la conducta sexual (uso consistente del condón y conducta sexual segura) (Tabla 28). Los resultados indican que el modelo fue significativo ( $F_{(6,263)} = 3.69, p < .002$ ) con una varianza explicada del 6.6%; donde la intención del uso del condón tiene efecto positivo y significativo en la conducta sexual segura ( $B = .784, p < .001$ ), (Figura 12); se realizó un modelo de regresión para la variable de intención del uso consistente del condón con el uso consistente del condón sin embargo este no presenta contribución al modelo ( $p > .005$ ).

Tabla 28

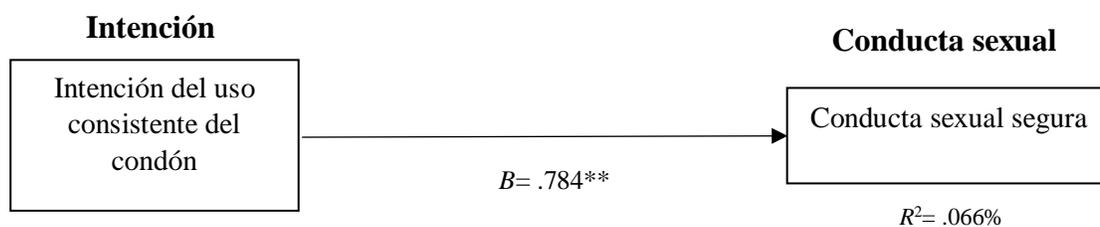
*Modelo de regresión lineal con método bootstrap para las variables de intención del uso consistente del condón con la conducta sexual segura*

Conducta sexual segura	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		IC de 95%	
	<i>B</i>	Error estándar	<i>B</i>	Valor <i>p</i>	LI	LS
(Constante)	43.295	2.122				
Intención del uso consistente del condón	.784	.209	.257	.001	.371	1.196
Modelo 1	$F_{(2,66)} = 14.039, R^2 = .066, p < .001$					

*Nota:* B= beta, *p* = significancia observada, IC = Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= Límite superior, *n*= 200.

**Figura 12**

*Modelo de intención del uso consistente del condón con la conducta sexual segura*



*Nota:* Efecto de variables.

Para el objetivo 18 se realizó un modelo de regresión lineal con método *bootstrap* para determinar el efecto de la variable intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo, con las variables de realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo, uso consistente del condón y conducta sexual segura, para esta última (Tabla 29) el modelo fue significativo ( $F_{(1,198)} = 15.40, p < .001$ ) con una varianza explicada del 7.2%; donde la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo tiene efecto positivo y significativo en la conducta sexual segura de los migrantes ( $B = .812, p < .001$ ) (Figura 13). No obstante, las variables de realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo y uso consistente del condón no contribuye al modelo ( $p > .005$ ).

Tabla 29

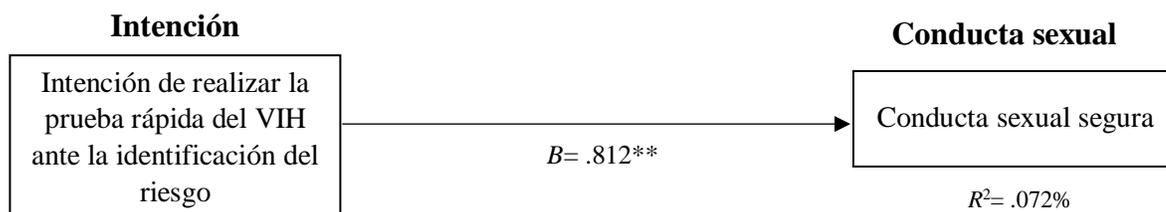
*Modelo de regresión lineal con método bootstrap para las variables de intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo con la conducta sexual segura*

Conducta sexual segura	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		IC de 95%	
	B	Error estándar	B	Valor <i>p</i>	LI	LS
(Constante)	43.448	1.992				
Intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo	.812	.207	.269	.001	.404	1.220
Modelo 1	$F_{(1,198)} = 15.40, R^2 = .072, p < .001$					

*Nota:* B= beta, p = significancia observada, IC = Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= Límite superior, n= 200.

**Figura 13**

*Modelo de Intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo con la conducta sexual segura*



*Nota:* Efecto de las variables.

En la Figura 14 se puede observar Modelo de Conducta Sexual Segura para ITS/VIH del migrante en tránsito donde la edad se correlaciona positivamente con la actitud para realizar la prueba rápida del VIH ( $r_s = .176, p < .05$ ), la percepción del riesgo para ITS/VIH se correlacionaron negativamente con la actitud para realizar la prueba rápida del VIH ( $r_s = -.208, p < .001$ ), el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH se correlaciona negativamente con el control percibido para el uso consistente del condón ( $r_s = -.196, p < .001$ ) y el control percibido para sexo seguro ( $r_s = -.241, p < .001$ ), además el control percibido para el uso consistente del condón se correlaciona positivamente con el control percibido para sexo seguro ( $r_s = .184, p < .001$ ).

Así mismo la actitud hacia el uso del condón se correlaciona positivamente con la aprobación social para el uso del condón ( $r_s = .193, p < .001$ ) y el control percibido para el uso consistente del condón ( $r_s = .250, p < .001$ ), de la misma manera, la aprobación social para uso del condón se relaciona positivamente con el control percibido para uso consistente del condón ( $r_s = .192, p < .001$ ). La percepción del riesgo para ITS/VIH se correlaciona negativamente con la actitud para realizar la prueba rápida del VIH ( $r_s = -.208, p < .001$ ) y control percibido para sexo seguro ( $r_s = -.224, p < .001$ ), referente a la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH se correlaciona positivamente con el control percibido para sexo seguro ( $r_s = .238, p < .001$ ), también la

aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH y la comunicación sexual con la pareja se relaciona significativamente ( $r_s = -.193, p < .001$ ), en igual forma la comunicación sexual con la pareja se correlaciona positivamente con el control percibido para el uso consistente del condón ( $r_s = .330, p < .001$ ) y el control percibido para sexo seguro ( $r_s = .218, p < .001$ ) este se correlaciona positivamente.

En lo que se refiere a el control percibido para sexo seguro tiene efecto positivo y significativo en la intención del uso consistente del condón ( $B = .105, R^2 = .046\%, p < .002$ ), y la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo ( $B = .130, R^2 = .070\%, p < .001$ ), por su parte la comunicación sexual con la pareja tiene efecto significativo en el uso consistente del condón ( $B = .086, R^2 = .088\%, p < .001$ ) y en la conducta sexual segura ( $B = 1.402, R^2 = .158\%, p < .001$ ), la intención del uso del condón y la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo tiene efecto positivo y significativo en la conducta sexual segura respectivamente ( $B = .784, R^2 = .066\%, p < .001$ ), ( $B = .812, R^2 = .072\%, p < .001$ ).



## Capítulo IV

### Discusión

El propósito del presente estudio fue determinar los activos para la salud en población migrante en tránsito, así como las principales necesidades de acceso potencial de los servicios de salud sexual y los factores determinantes de la conducta sexual en población migrante en tránsito a partir del Modelo de activos para la salud (Morgan & Ziglio, 2007), este modelo permite permear un sustento teórico para explicar los factores que determinan la conducta sexual del migrante en tránsito por ello se utilizó la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1991).

En este capítulo se discuten los principales resultados obtenidos de cada objetivo planteado tanto cualitativo como cuantitativo, además se presentan algunas limitaciones del estudio, las conclusiones y finalmente recomendaciones para futuras investigaciones.

#### **Mapeo de activos en salud sexual**

De acuerdo con el primer objetivo cualitativo el cual plantea explorar los activos en salud sexual disponibles para población migrantes en tránsito. Existen algunas consideraciones muy específicas que dificultan el proceso de acceso a los activos en salud sexual para la población migrante en tránsito; primero, no se cuenta con protocolos de atención en salud sexual específicos para migrantes, lo cual también complica la capacitación constante de la salud sexual en materia de condiciones migratorias, segundo se les puede proporcionar toda una atención integral de educación en salud sexual, materiales específicos como es el condón y pruebas rápidas del VIH de manera gratuita, no obstante, el requerir un seguimiento de tratamiento, consultas específicas y otro tipos de pruebas en materia de salud sexual generaría un costo debido a que no cuentan con un registro de seguridad social.

Lo anterior da peso a lo señalado por Cofiño et al. (2016) y Leyva, Infante y Quintino (2016), es necesario la identificación de activos en salud para equilibrar realidades para el fortalecimiento de actividades de prevención y promoción de

infecciones de transmisión sexual dirigida a la población migrante en tránsito. Aunado, a la carencia de programas integrales en salud, orientados a fortalecer y/o garantizar el acceso a los servicios de salud sexual en las poblaciones altamente vulnerables, esto ofrece una visión general de los facilitadores y las fortalezas desde los servicios de salud, así como la percepción del personal de salud del contexto para poder ser incorporado en estrategias de mejora de la salud y bienestar de este grupo poblacional (Guerra et al., 2019).

La relevancia de los resultados a la hora de su implementación en el contexto migratorio ha dado como supuestos diversos temas para abordar, si bien, el modelo de activos permite influir en estrategias políticas en todos los niveles, desde el regional hasta el internacional, la especificidad de una población vulnerable podría generar mayor impacto en las estrategias de primer nivel de atención en salud sexual. Por ello, se vuelve prioritario que el personal sanitario explote el Programa de Acción Específico - VIH y otras ITS / 2020-2024, además de los entornos de prevención y promoción, con el objetivo de fortalecer activos en salud civiles, públicos y estatales que brinden atención y asistencia a personas migrantes y con ello buscar mayor cohesión con las comunidades en tránsito, relación activos en salud y personas migrantes (Leyva et al., 2016).

Para el caso de la frontera norte de México, la elaboración de un mapeo de activos (Figura 6) de salud sexual, permite explorar diversas oportunidades de atención comunitaria como lo son de prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH y otras ITS enfocadas a población migrante, acorde a la percepción del enfoque del personal de salud que realiza actividades en el primer nivel de atención al cuidado del migrante. De igual forma, fue posible tener la visión de aquellas barreras o áreas de oportunidad referentes al acceso por parte de la población migrante a estos activos en salud sexual: fortalecer el seguimiento y asegurar el tratamiento de ITS y VIH; atención gratuita, dado que se requiere un registro de seguro en salud para no generar ningún cobro, personal capacitado en perspectiva de

migración que contemplen necesidades de idioma, usos y costumbres, y otras problemáticas sociales del migrante.

Esto coincide con lo señalado por la política europea para la salud y bienestar, denominada Horizonte 2020; donde incorporó el enfoque de mapeo de activos en salud con el objetivo de mejorar la salud para todos y reducir la desigualdad, incluyendo entre sus líneas de acción dirigirse a la resiliencia comunitaria, la inclusión y la cohesión social, así como promocionar los activos para el bienestar (OMS, 2017). Es así, que el mapeo que se genera con este modelo funge como elemento trascendente para la generación de rutas críticas de trabajo colaborativo y toma de decisiones para el personal de salud, además de volverse un referente de consulta y de educación para la población objetivo facilitando la adquisición de información y fomentando en su comunidad el acceso a los servicios de salud necesarios conforme a la necesidad como es el caso de la salud sexual.

### **Identificar las principales necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de los migrantes en tránsito.**

En lo que se refiere al segundo objetivo cualitativo que requiere explorar las principales necesidades de acceso potencial de los servicios de salud sexual que expresan tener los migrante en tránsito, desde el inicio de su proceso migratorio, se identificaron cinco categorías y siete subcategorías, las cuales tienen relación con el enfoque de acceso potencial y la teoría de la conducta planeada. Referente a la primera categoría: necesidad de atención, posee dos subcategorías percepción de riesgo para ITS/VIH y capacidad de identificar cuando requiere ayuda del sector salud. La percepción de riesgo para ITS/VIH del migrante en tránsito es limitada los resultados muestran que el migrante tiene desconocimiento de factores de riesgo y protectores de las prácticas sexuales.

Además, que no le da la importancia a este tema, aun y cuando el migrante identifica que debe de usar el condón en todas las relaciones sexuales, no tener sexo con

diferentes parejas y no usar drogas, sigue realizando estas prácticas, y refiriendo que no necesita los servicios de salud sexual. Sin embargo, también existen migrantes en tránsito que poseen alta percepción del riesgo para ITS/VIH, donde se genera más intención por utilizar el condón, seguimiento individual de su estado de salud sexual y realizar las pruebas necesarias para evitar riesgos.

Lo anterior se confirma con lo señalado por otros autores, donde mencionan que una baja percepción del riesgo para ITS/VIH genera una frecuencia mayor de riesgo para realizar prácticas sexuales de riesgo, y no existe la necesidad de atención por parte de los servicios de salud sexual (Kramer et al. 2014; Luo et al., 2018). Los migrantes en tránsito que, si poseen percepción del riesgo para ITS/VIH, no se limitan en la necesidad de utilizar los servicios de salud sexual (Jung, Kwon & Oh, 2017; Li et al., 2019).

Este precedente tiene fundamento en las experiencias y desarrollo de la vida sexual del migrante en tránsito principalmente por las áreas del conocimiento, experiencias sexuales previas, actitudes conductuales, normativas subjetivas, así mismo la nula necesidad de utilizar los activos en salud sexual. Todo lo anterior pueden afectar la forma en la cual percibir los factores de riesgo sexuales a los cuales se encuentra expuesto constantemente, por ello hoy en día son más los migrantes que evaden una atención en salud sexual, jerarquizan sus objetivos migratorios antes que su salud, lo cual deja claro por qué se consideran una población vulnerable (Leyva-Flores, Infante, Serván-Mori, Quintino, & Silverman-Retana, 2015).

Lo anterior coincide con la subcategoría capacidad de identificar cuando requiere ayuda del sector salud por parte del migrante en tránsito, los resultados describen que el migrante que ya se encontró expuesto a situaciones de riesgo de prácticas sexuales, tiene mayor conocimiento protector en salud sexual, y sabe a dónde acudir para que le brinden atención en salud sexual. Además, posee la capacidad de solicitar ayuda al sector salud, sin embargo, no tienen el conocimiento de nombrar sus necesidades en atención de salud sexual por su nombre y esto puede dificultar hasta limitar la necesidad de atención.

Esto coincide con lo que menciona Tarkang y Pencille (2018) la intención de usar el condón, realizar prácticas sexuales seguras, percepción del riesgo, conocimiento, aumenta la probabilidad de solicitar ayuda a los servicios de salud. Ahora bien, el hecho de que el migrante no pueda expresar sus necesidades de atención podría limitar el acceso a los servicios de salud, simplemente por no pasar vergüenza y que otros se enteren del motivo por el cual solicita la atención en salud sexual (Joshi, Simhada & Prescott, 2011).

El fundamento de la capacidad de identificar cuando requiere ayuda del sector salud del migrante en tránsito, es complicado, sin dejar de ser mucha responsabilidad para personas con nivel educativo bajo, miedo a las deportaciones y poca experiencia de interacción con los servicios de salud, por ello se requiere una estructuración en la atención, protocolos específicos y seguimientos individuales que permitan el aprovechamiento y adecuación a las necesidades sexuales del migrante (Leyva & Quintino, 2013).

Para la segunda categoría, deseo de atención se describe el inicio de una atención en salud sexual, se analizaron dos subcategorías: necesidades sentidas de salud y discriminación en la salud. Los resultados señalan que las necesidades sentidas de salud del migrante en tránsito tienen más un enfoque general de su estado de salud más que específico en salud sexual, destacan el deseo por seguimiento médico especializado en enfermedades crónicas, terapia psicológica, empleo, lugares para realizar sus necesidades básicas (baños) y cumplir con su autocuidado para no enfermarse a su paso por la frontera.

Esto es relevante a lo que señala la Ley de Migración, 2011 “los migrantes independientemente de su situación migratoria, tendrán derecho a recibir de manera gratuita y sin restricción alguna, cualquier tipo de atención médica” en respuesta existen diversos programas nacionales, estatales e internacionales enfocados a facilitar la atención médica efectiva, además de la oportunidad de tratar los casos del VIH, SIDA e

ITS de migrantes (programa sectorial de salud, programa especial de migración y reglas de operación IMSS), entonces tendría que hacerse la pregunta detonante, ¿qué está pasando con la atención, existe o no?, de aquí la importancia del modelo de activos para la salud y la identificación de los activos disponibles, deja en evidencia las realidades sanitarias y necesidades sentidas de la población migrante.

El entendimiento de este apartado es complicado, el deseo de atención en salud sexual existe y es real, además de las necesidades sentidas son amplias, los mismos migrantes en tránsito son muy objetivos a lo que “deberían” de brindarles el sector salud, pero también está el otro lado de la moneda, lo que se encuentra escrito, no se visualiza en la realidad del que hacer de salud, o tal vez no impacta como debería, tal vez se requiere analizar más a detalle las inequidades de acceso a la atención médica y asistencia sanitaria en la sociedad de tránsito y las repercusiones que esto conlleva en las franjas fronterizas (Organización Internacional de la Migración [OIM], 2020) .

En cuanto a la subcategoría discriminación de la salud, destaca que el migrante en tránsito a la hora de iniciar y tener la intención de acercarse a los servicios de salud esta acción se limita, debido a las acciones que el sistema generalista de salud ha establecido, los programas tienen un diagrama de inicio que no todas las personas pueden seguir y más un migrante en tránsito que no sabe siquiera con quien dirigirse y no tiene un registro en la unidad de salud para recibir atención oportuna, ahora migrante señala que el trato del personal de salud debería de considerar una atención específica al idioma, con empatía y sentido humano esto sin vulnerar los derechos humanos del migrante.

Esto no coincide con lo incorporado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud [CNPSS] (2014) donde destaca que los migrantes recibirán una Carta de Derechos y obligaciones y la póliza de afiliación, precisándoles que durante su trayecto pueden tener acceso a los servicios de salud que pudieran llegar a requerir, y con esto evitar una discriminación de salud, poder ser atendido de acuerdo con los derechos

establecidos por la constitución mexicana. Es complicado de explicar, hoy en día al año 2021, todas las personas que solicitan un servicio de salud tienen sus complicaciones de acceso, ahora hablando en específico de un migrante en tránsito que tiene un desconocimiento total de los procesos, no posee papeles de identificación, hablan otro idioma y tiene dificultad de expresión, por ello las medidas sanitarias deberían de cambiar y volverse más humanitarias y adaptativas a la diversidad poblacional (Mera-Lemp, Bilbao & Martínez-Zelaya, 2020).

En lo que se refiere a la categoría búsqueda de atención, esta posee una subcategoría la cual es intención de utilizar los servicios de salud sexual, los resultados señalan que la intención de búsqueda y utilización de los servicios de salud sexual para migrantes en tránsito están condicionados por el conocimiento y la necesidad de prevenir riesgos. Sin embargo, se destaca que el migrante sólo buscará la atención hasta que el problema sea visible o incómodo para su persona, además que no es su prioridad la salud sexual, solicitaría acceso a los activos en salud enfocados principalmente atención para enfermedades crónico-degenerativas, pero no a los de salud sexual.

Esto coincide con diversos autores que señalan que solo hasta que el conocimiento del migrante aumente en temas de prevención, se permitirá recibir información por parte del sistema de salud, además de realizar procedimientos rápidos de detección como puede ser la prueba rápida del VIH. Por otro lado, la confirmación de que el migrante suele acercarse al personal de salud solo hasta que su problema se vuelve crónico y este limita su proceso migratorio impedirá que los modelos curativos se eliminen (Li et al., 2019; Tarkang & Pencille, 2018).

Estos datos podrían explicarse desde el objetivo y condición migratoria por la cual el migrante este pasando, estudios señalan que los migrantes por sí solos buscan la atención en salud sexual y dan continuidad a los procesos de seguimiento de manera independiente, sin embargo estos estudios están enfocados en población que no se encuentra en tránsito, a diferencia de los que aún se encuentran en tránsito su prioridad es

llegar a su lugar de destino y sobreponen toda necesidad en salud (Cianelli et al., 2017; Ehrlich et., 2017).

La categoría inicio de la atención, con la subcategoría experiencias con los servicios de salud sexual, los resultados destacan que en primera instancia para el migrante no es una prioridad su salud sexual, sin embargo, las experiencias que señalan no son muy positivas, debido a que el sistema de salud no realiza sus actividades bajo un plan organizado (resolver necesidades de salud), el trato personal no se realiza con sentido humano, y muchas veces se requiere de documentación, además de generar un costo en la atención por no ser una persona registrada a la unidad, además destacan que existe muy poca información sobre el tema de salud sexual, aceptan que existe disponibilidad de condones pero en ciertos lugares.

El analizar el inicio de la atención es complicado porque son muchos los factores que pueden intervenir, desde el enfoque individual del migrante en tránsito, como el interés y la misma existencia o no de la necesidad en salud sexual. El otro factor es el nivel de atención de enfoque del sistema de salud que esté brindando la atención, es un hecho que existe el, primer, segundo y tercer nivel de atención, pero al ser más lógicos, el primer nivel debería de atender las necesidades en salud sexual, por ello lo anterior no coincide con lo dispuesto en el Plan de Acción en Asuntos Migratorios 2018 donde destaca el proceso por quienes serán atendidos.

En este caso los migrantes en tránsito deberían de ser atendidos por los servicios de salud de las Casas de Migrantes donde recibirán la atención necesaria y los migrantes en tránsito diagnosticados con VIH podrán tomar tres distintas decisiones cuando conocen su situación de salud. Continúan el viaje hacia Estados Unidos; retornan a su país de origen; o permanecen en la comunidad para integrarse al Programa de atención del VIH, siendo esto una base para que las experiencias sean distintas a la realidad (Leyva, Infante & Gómez, 2015).

Para la categoría de continuación de la atención, sobresale el significado de la sexualidad desde la masculinidad hegemónica, los resultados señalan que la continuidad de la atención no está condicionada por los mismos servicios de salud, al contrario son más por aspectos personales de masculinidad del migrante, debido a que para ellos el realizar un proceso de salud y más en salud sexual puede causar pena, pérdida de su masculinidad, verse expuesto a situaciones que no podría afrontar, dándole más valor al cuidado de su figura fuerte ante la familia y mantenerse como el hombre que todo lo puede, añadido a ello el objetivo principal durante cierto periodo para el migrante en tránsito es cruzar.

Esto coincide con lo dispuesto por Gualda (2015) la masculinidad hegemónica es un obstáculo para acceder a la salud, debido a que el hombre genera un comportamiento de imposición a través de la autosuficiencia, la belicosidad heroica, la autoridad y la valoración de la jerarquía (sobre las mujeres y los varones que no se ajustan a este ideal, es decir, aquello que detestan una masculinidad subordinada), todo esto podría dar como resultado riesgos para el mismo y su pareja.

Esto podría explicar el por qué el migrante en tránsito no da seguimiento a sus problemas de salud, evade los sistemas de salud y los activos en salud sexual disponibles, al ser una figura que podría resolver necesidades de su familia no tiene derecho a equivocarse y debe cumplir con su objetivo rápidamente de llegar a su lugar de destino migratorio para iniciar a laborar y enviar dinero dejando en segundo término su salud. Además, el migrante que decide tener encuentros sexuales durante su tránsito podría buscar imponer su masculinidad y generará conductas sexuales de riesgo con tal de resolver sus necesidades sexuales (Gualda, 2015).

### **Factores determinantes de la conducta sexual en población migrantes en tránsito**

Los datos del estudio fueron recolectados de una muestra de 200 migrantes en tránsito del Estado de Baja California, Mexicali, frontera norte de México.

De acuerdo con el primer objetivo se enfocó a determinar la relación de la edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con la percepción del riesgo para ITS/VIH, actitud hacia el uso de condón y actitud para realizar la prueba rápida del VIH. Se identificó que, a mayor edad del migrante en tránsito, mayores serán las actitudes para realizar la prueba rápida del VIH.

Los datos son similares a los reportados por Giorgio et al. (2017a) donde destaca que hombres migrantes de edades entre los 35 a 54 se realizan frecuentemente la prueba rápida del VIH; sin embargo, poseen más probabilidad de ser VIH positivo. No obstante, la explicación puede tener relación con que el migrante en tránsito está consciente de la exposición al riesgo sexual que ha tenido en los últimos meses y este puede estar relacionado a su vez con la experiencia que le brinda la edad, dando como resultado una mayor actitud positiva para realizar la prueba rápida del VIH (Giorgio et al., 2017b).

Además, se observa que en los migrantes en tránsito que poseen una menor percepción del riesgo para ITS/VIH, poseen mayores actitudes para realizar la prueba rápida del VIH. Esto difiere con Kinney et al. (2015) debido a que en su estudio determinaron que en migrantes trabajadores de Carolina del Norte que poseen mayor percepción de riesgo del VIH que los migrantes en tránsito, generan una mayor actitud para realizar la prueba rápida del VIH.

Este hallazgo posiblemente se explique debido a la diferencia del proceso migratorio, los penúltimos mencionados se encuentran establecidos en Estados Unidos y tienen mayor oportunidad de acceder a los servicios de salud sexual de alguna manera u otra, a diferencia el migrante en tránsito se encuentra expuesto a constantes prácticas sexuales de riesgo y poco acceso con los servicios de salud sexual durante su proceso de

tránsito migratorio (Lee, Yu, & Zhou, 2019). En lo que se refiere a la escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas, conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH y actitud hacia el uso de condón no presentaron relación significativa con las variables de actitud hacia la conducta.

Con respecto al segundo objetivo se determinó la relación de la edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con la aprobación social para el uso del condón y aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH. Se reportó que a mayor aprobación social para el uso de condón, mayores serán las aprobaciones sociales para realizar la prueba rápida del VIH, esto coincide con Kuehne et al. (2018) y Thapa et al. (2017), con esto se puede confirmar que la misma comunidad de migrantes en tránsito se protege como grupo de apoyo y motivan el realizar la prueba rápida del VIH, basada en la experiencia de cuidado utilizando el condón y realizar visitas a los servicios de salud para realizar la prueba, esto puede representar una minoría de la población, pero asegura que una educación continua y contacto con los activos en salud sexual puede marcar la diferencia.

Esto puede tener fundamento con una actitud positiva para realizar la prueba rápida del VIH, además de una alta percepción de riesgo para ITS/VIH que algunos de los migrantes en tránsito posean y aconsejen a otros para motivar conductas sexuales seguras (Kinney, Lea, Kearney, & Amaya, 2015). La edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas, y conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH no presentaron correlación significativa con las variables de norma subjetiva.

De acuerdo con el tercer objetivo se determinó la relación de la edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas y el conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH con el control percibido para el uso consistente del condón y el control percibido para sexo seguro. Se encontró que a menor conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH, mayores serán el control percibido para uso consistente del

condón y control percibido para sexo seguro. Sin embargo, en otro orden de ideas Li et al. (2019) y Song et al. (2015) señalan que un bajo conocimiento tiene más probabilidades de realizar conductas sexuales de riesgo (no uso de condón, relaciones extramatrimoniales, antecedentes de ITS/VIH y consumo de drogas) y con ello un menor control percibido para uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro.

Aunque en otro sentido el conocimiento no determina el control percibido para uso consistente del condón y conducta sexual segura, debido a que el conocimiento del migrante en tránsito sobre salud sexual para ITS/VIH es limitado y las variables de control percibido para sexo seguro como lo menciona la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 2002, 2005), se pueden explicar por las experiencias previas sexuales, la actitud hacia la conducta, y norma subjetiva del migrante en tránsito (Guerra-Ordoñez et al., 2017b; Huang et al., 2016; Shen et al., 2019; Tarkang & Pencille, 2018), además que existe poca literatura que fundamente la relación del conocimiento con el control conductual percibido. La edad, escolaridad, exposición a situaciones de riesgo sexual previas no presentaron correlación significativa.

Para dar respuesta al cuarto objetivo se estableció la relación de la percepción de riesgo para ITS/VIH y la actitud hacia el uso del condón con la aprobación social para el uso del condón y el control percibido para el uso consistente del condón. La percepción de riesgo para ITS/VIH no presentó correlación significativa; sin embargo, referente a las otras variables se reporta que, a mayor actitud hacia el uso del condón, mayor será la aprobación social para el uso del condón. Esto coincide con la literatura debido a que diversos autores señalan que a menor actitud hacia el uso del condón menor será la aprobación del uso del condón (Kocken, Van Dorst & Schaalma, 2005; Roy et al., 2013; Wu et al., 2014).

De la misma forma la actitud hacia el uso del condón se relaciona significativamente con el control percibido para uso consistente del condón, esto coincide con Kocken, Van Dorst y Shaalma (2005), quienes señalan que a mayor actitud positiva

para el uso de condón más mayor control percibido para el uso consistente del condón. Esto se puede explicar con apoyo de las conductas positivas probatorias de utilizar el condón de manera consistente, además que el migrante en tránsito muchas veces viaja en grupo y puede obtener información por sus compañeros y crear otra idea del uso del condón para sus prácticas sexuales, conocer las unidades que brindan los activos para salud sexual podría potencializar su autocuidado sexual (Shehadeh, Rubens, Attonito & Jennings, 2018).

Para el quinto objetivo se identificó la relación de la percepción del riesgo para ITS/VIH y la actitud para realizar la prueba rápida del VIH con la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH y control percibido para sexo seguro. Se encontró que a menor percepción del riesgo para ITS/VIH mayor será la actitud para realizar la prueba rápida del VIH, esto coincide con diversos autores que destacan que al poseer una baja percepción del riesgo mayor será la actitud del migrante en tránsito para realizar la prueba rápida del VIH (Kinney et al., 2015; Kramer, et al., 2014; Lee et al., 2019; Tohme, Egan, Friedman & Stall, 2016).

El poseer una baja percepción del riesgo para ITS/VIH aumenta el control percibido para sexo seguro, este hallazgo coincide con otros autores que señalan el aumento del control percibido para sexo seguro con una baja percepción del riesgo (Cianelli et al., 2017; Guerra-Ordoñez et al., 2017b). Este resultado es esperado debido a que una menor percepción de riesgo en el migrante en tránsito expone al migrante a diferentes prácticas sexuales de riesgo, como el no uso de condón, sexo con diferentes parejas, características de la pareja que pueden poner en riesgo la salud (sexo servidoras, consumidoras de drogas), entre otras, y esto ejercerá un cambio de conducta al punto de realizar las pruebas rápidas del VIH con mayor frecuencia y realizar sexo seguro en todas sus relaciones sexuales (Luo et al., 2018).

Referente al objetivo sexto no se encontró correlación significativa de las variables percepción de riesgo para ITS/VIH y la actitud hacia el uso de condón con la

intención de uso consistente del condón. Este resultado no coincide con los hallazgos de Ye et al. (2012) quienes señalan que una alta percepción del riesgo se relaciona con una actitud positiva y uso consistente del condón, esto puede explicarse debido a que son otros los factores que explican la intención del uso consistente del condón del migrante en tránsito, además de que el migrante no posee una intención muy marcada por utilizar el condón en todas sus relaciones sexuales, puede existir la limitación de acceso a los activos en salud sexual como son los condones, no llevar un condón en cada encuentro sexual y no utilizar el condón en todas sus relaciones sexuales (Wang et al., 2019).

En el objetivo séptimo planteado no se observó relación significativa de la percepción de riesgo para ITS/VIH y la actitud para realizar la prueba rápida del VIH con la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo. Esto no coincide con lo reportado por otros autores que sí señalan que existe una relación significativa entre las variables propuestas para este objetivo (Ehrlich et al., 2007; Kynney et al., 2015; Liu et al., 2018; Wang, Li, Stanton & McGuire, 2010). Esto se puede deber a que realmente la condición migratoria de tránsito limita en su totalidad la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo, dicho de otra forma como se muestra en la identificación de necesidades de acceso a la salud sexual, al migrante en tránsito no le interesa el procedimiento esto debido al objetivo que tiene planteado el migrante de llegar a su destino, además del difícil acceso a los servicios de salud para realizar la prueba y una baja percepción del riesgo para ITS/VIH.

Para el octavo objetivo no se identificó una relación significativa de las variables de aprobación social para el uso del condón con la intención del uso consistente del condón. Este resultado no coincide con lo reportado por Ye et al. (2012) los cuales señalan que el apoyo social y comunitario de aprobación social para uso de condón es un factor predictivo de la intención del uso consistente del condón. Tal vez esto se pueda explicar por la baja percepción del riesgo para ITS/VIH, las múltiples parejas, condición migratoria de tránsito que vive el migrante y la falta de condones disponibles a su

alcance, y otros factores son los que explican la aprobación social como lo indica la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 2002; Deb et al., 2019).

En el objetivo noveno planteado no se observó una relación significativa de la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH con la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo. El factor social para realizar la prueba no es un factor predictor para tener la intención de realizarla, no se encontró evidencia en la literatura que fundamenta la idea contraria; sin embargo, referente a la Teoría de la Conducta Planeada, muchas veces no es necesario o no está condicionado el tener una intención para realizar una conducta (Ajzen, 2002, 2005).

En lo que se refiere al objetivo número diez el cual plantea determinar la relación de la aprobación social para el uso del condón y aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH con la comunicación sexual con la pareja. Los resultados muestran que la aprobación social para el uso de condón no presenta relación significativa con la comunicación sexual con la pareja.

Sin embargo, en lo que se refiere a la aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH y la comunicación sexual con la pareja se relaciona significativamente, esto coincide con lo reportado por con Sevoyan y Agadjanian (2015) y Xiao et al. (2013), debido a que muestran que la comunicación social aumenta cuando existe una aprobación con las familias y la misma pareja de realizar la prueba rápida del VIH. Esto resulta peculiar debido a que una aprobación social de uso de condón y realizar la prueba rápida del VIH pueden aumentar la comunicación sexual en la pareja para realizar las dos conductas; sin embargo, se puede explicar que a diferencia de una prueba rápida del VIH que es un examen específico y requiere atención de salud sexual, el uso de condón en el migrante en tránsito puede estar condicionado por otros determinantes masculinos, como la masculinidad hegemónica, el discurso de no sentir lo mismo, el no utilizarlo constantemente y no llevar nunca un condón (Roy, 2013).

El objetivo número 11 no presentó relación significativa entre las variables propuestas de control percibido para uso consistente del condón con la intención del uso consistente del condón. Este resultado no coincide con reportes de otros autores quienes señalan que el poseer un control percibido para uso consistente del condón se relaciona con la intención del uso consistente del condón de manera sistemática (Ahmed, 2013; Shen et al., 2019; Tarkang y Pencille, 2018). Esto se puede explicar debido a que la población migrante de los estudios antes mencionados se encontraba de manera permanente en el lugar de destino, la condición migratoria en tránsito puede dificultar la intención del uso consistente del condón por características como el acceso a ellos, llevarlos en algún lugar seguro durante su tránsito, y usarlo de manera consistente (Connors et al., 2017).

Para el objetivo 12 se requirió identificar el efecto de control percibido para sexo seguro con la intención del uso consistente del condón y la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo. Los resultados muestran que el control percibido para sexo seguro tiene efecto positivo y significativo en la intención del uso consistente del condón y la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo.

Esto es similar a lo reportado por Cianelli et al. (2017) y Guerra-Ordóñez et al. (2017b), quienes identificaron que un control percibido para sexo seguro tiene efecto en el uso consistente del condón y en la intención la prueba rápida. Lo anterior podría atribuirse a que los migrantes en tránsito que tienen un control percibido para sexo seguro se les facilita el llevar a cabo el uso del condón de manera consistente, debido que identifican los riesgos de las prácticas sexuales, poseen una alta percepción del riesgo para ITS/VIH y se apoyan de los servicios de salud para poder adquirir lo necesario como son los condones (Huang et al. 2016).

Para el objetivo número 13 el cual plantea identificar el efecto de control percibido para el uso consistente del condón con la conducta sexual protectora para

ITS/VIH (conducta sexual segura y uso consistente del condón), los resultados mostraron que estas variables no contribuyen al modelo (no tienen un efecto mediador). Estos resultados no coinciden con los hallazgos de otros autores, para Shen et al. (2019) y Tarkang y Pencille (2018) la variable de control percibido genera un efecto significativo en el uso consistente del condón y la conducta sexual segura del migrante.

Sin embargo, en el presente estudio la muestra de migrantes en tránsito que utilizaron el condón consistentemente en los últimos tres meses es muy reducida, por lo que se requiere seguir investigando al respecto. Además, que los factores como el poco acceso a los servicios de salud sexual limitan la adquisición de información y de condones para la población migrante en tránsito a diferencia de un migrante que tiene mayor tiempo de estancia en el lugar de destino (Cianelli et al., 2017; Conners et al., 2017).

De la misma forma para el objetivo número 14 las variables control percibido para sexo seguro ante las variables de realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo, uso consistente del condón y conducta sexual segura no contribuyen al modelo planteado (no tienen un efecto mediador). Estos resultados son cuestionables debido que en la literatura de la Teoría de la Conducta Planeada el control percibido para sexo seguro genera efecto en la intención del migrante en tránsito, seguido de la intención se generará la conducta sexual y al mismo tiempo el control percibido puede generar la conducta misma (Ajzen, 2002, 2005), además que el migrante en tránsito del presente estudio realmente no usa de manera consistente el condón y no realiza la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo.

Para responder al objetivo 15 se identificó la relación de la comunicación sexual con la pareja con el control percibido para el uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro. Se encontró que a mayor comunicación sexual con la pareja

mayor será el control percibido para el uso consistente del condón y mayor será el control percibido para sexo seguro.

Esto es similar a lo reportado por Jesmin y Cready (2016) y Sevoyan y Agadjanian (2015), señalan que la comunicación sexual con la pareja es fundamental para el control percibido del uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro, esto podría explicarse debido a que la comunicación establece un dialogo entre los involucrados para debatir el uso del condón en todas las relaciones sexuales, aumenta el conocimiento, realizan prácticas sexuales seguras (no usar drogas, y no tener diferentes parejas). Además de poseer el derecho de negarse cuando alguno no desee realizar alguna actividad sexual que no esté de acuerdo (Guerra-Ordoñez et al., 2017a; Xiao et al., 2013).

En lo que se refiere al objetivo 16 se estableció el efecto de la comunicación sexual con la pareja con la conducta sexual (uso consistente del condón, realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo, conducta sexual segura). Los resultados muestran que la comunicación sexual con la pareja tiene un efecto positivo y significativo con las variables de uso consistente del condón y la conducta sexual segura, esto coincide con lo dispuesto por Connors et al. (2017), los cuales señalan que tanto hombres como mujeres dialogan el uso consistente del condón en todas su relaciones sexuales, lo cual queda a su decisión el utilizarlo o no, en lo que se refiere a la conducta sexual segura Tarkang y Pencille (2018), señalan que la comunicación sexual con la pareja genera una negociación del uso del condón y rechazo al sexo con sus parejas, si estos se niegan a usar condones existe una mayor probabilidad de usar condones de manera consistente.

De modo que se podría entender que la comunicación sexual con la pareja como control de comportamiento real, puede generar entre las parejas y comunidad migrante el desarrollo de conductas que permean en su totalidad con las prácticas sexuales del migrante en tránsito, volviéndose un factor protector base para una conducta sexual

segura y control conductual percibido para sexo seguro y uso consistente del condón (Guerra-Ordoñez et al., 2017a; Wang et al., 2019). Sin embargo, la variable realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo no presentó efecto con la comunicación sexual.

Para el objetivo 17 se identificó el efecto de la intención del uso consistente del condón con la conducta sexual segura (uso consistente del condón y conducta sexual segura). Los resultados muestran que, la intención del uso del condón tiene efecto positivo y significativo en la conducta sexual segura, coincidiendo con lo expuesto por Ahmed (2013) y Ye et al. (2012) donde la intención fue un predictor para conductas sexuales seguras, sin embargo, para la variable uso consistente del condón no presenta contribución al modelo.

La explicación puede tener base en la intención de siempre llevar un condón, saber cómo utilizarlo, y tener el conocimiento suficiente para seleccionar de manera adecuada a su pareja. En lo que respecta al uso consistente del condón la diferencia se encuentra en la totalidad de migrantes en tránsito que realmente cumplen con los factores antes mencionados, además que es complicado generalizar los resultados por la condición de “tránsito” (Tarkang & Pencille, 2018).

Siguiendo con el objetivo número 18 se determinó el efecto de la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo en la conducta sexual (realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo, uso consistente del condón y conducta sexual segura). Los resultados muestran que la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo tiene efecto positivo y significativo en la conducta sexual segura de los migrantes, no obstante, las variables de realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo y uso consistente del condón no contribuyen al modelo.

Estos resultados muestran la complejidad, debido a que la literatura señala que para que exista una conducta de realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista

una percepción de riesgo, primero el migrante debe tener cierta mayoría de edad y estar establecido, el sexo femenino es el principal en realizar la prueba (considerando que el migrante masculino es el que más se presenta en los estudios), un nivel educativo alto, conocimiento sobre salud sexual, aprobación social y actitud positiva para realizar la prueba rápida del VIH (Dias, Gama, Severo & Barros, 2011, Deering et al., 2015; Hall et al., 2019).

Lo anterior podría explicarse con los siguientes datos, primero el migrante en tránsito muchas veces desconoce la prueba rápida del VIH, son más hombres que mujeres en el proceso migratorio dicho de otra forma impera el migrante masculino, además poseen un bajo nivel de escolaridad y de conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH, también una baja percepción del riesgo, y a pesar que se encuentran expuestos a situaciones de riesgo constantemente, no es de su interés el realizarse la prueba rápida, por lo cual solo existirá una intención que podrá tener relación con ciertos factores de protección, pero está muy distante de volverse una conducta, añadido a ello el acceso a la prueba por parte de los servicios de salud puede ser complicado (Liu et al., 2018; Zhussupov et al., 2015).

### **Limitaciones del estudio**

El acceso a la población migrante en “tránsito” es complicado, por su objetivo de traslado migratorio y sentirse a unos metros de la frontera, su estancia duraba poco en la ciudad de Mexicali, debido a que la mayoría se dirige a la ciudad de Tijuana (distancia de 117 kilómetros).

Añadido a lo anterior, la contingencia COVID-19 afectó también los procesos migratorios, por una parte, estaba prohibido estar en calles por semáforo rojo en Mexicali, cuando el semáforo cambió a amarillo se inició el proceso de recolección de datos, aun así, los arribos de migrantes fueron limitados.

El nivel de conocimiento y de formular ideas por parte de los migrantes es limitado, lo que dificultaba obtener la información, a pesar de que se explicaban las preguntas a detalles sus ideas cambiaban constantemente, de la misma manera existen términos de la conducta sexual que cambiaban por su lugar de procedencia, el tiempo para la recolección de datos por cada migrante podía durar 60 minutos o más.

El diseño del estudio fue transversal, este diseño tiene el inconveniente de aportar datos de un momento único en el tiempo, es decir, si se examina a la misma población en otro momento, los resultados obtenidos pueden ser diferentes, además de haber realizado un muestreo por conveniencia, lo cual no permite generalizar los resultados. Otro aspecto que se considera una limitación en el presente estudio es que una pequeña proporción de los participantes manifestó el uso del condón, esto dificultó tener una muestra representativa para analizar el uso consistente del condón.

## **Conclusión**

Con base en las etapas del Modelo de Activo para la salud se concluye que:

Etapa 1) Preparación y Contextualización: se estableció la población de interés: migrantes en tránsito, la finalidad fue determinar los activos para la salud en población migrante en tránsito, así como las principales necesidades de acceso potencial de los servicios de salud sexual y los factores determinantes de la conducta sexual en población migrante en tránsito, se realizaron los acuerdos de trabajo colaborativo necesarios con los responsables de instituciones gubernamentales, públicas y civiles para el logro de las actividades del modelo de activos para la salud.

Etapa 2 y 3) recogida de información y análisis, interpretación y presentación de la información recogida: en este apartado se lograron tres finalidades, primero se realizó el mapeo de activos y se identificaron los activos en salud sexual disponibles para migrantes en tránsito, se obtuvo un mapa el cual muestra las unidades de salud que

brindan activos en salud sexual, con la ayuda del uso de imágenes de mapas desplazados con coordenadas específicas a través de una foto de satélite se muestra la ubicación de interés, conjuntamente se reflejan calles, colonias y unidades de salud (Figura 6).

Conforme a los activos en salud sexual disponibles para la población migrante en tránsito se concluye que existen algunas consideraciones específicas que dificultan el proceso de acceso a los servicios de salud, la vinculación con la comunidad y el uso de algunos activos en salud sexual dirigido a la población; primero, no se cuenta con protocolos de atención en salud sexual específicos para migrantes, lo cual también complica la capacitación constante de la salud sexual en materia de condiciones migratorias, segundo se les puede proporcionar toda una atención integral de educación en salud sexual, materiales específicos como es el condón y pruebas rápidas del VIH de manera gratuita, no obstante, el requerir un seguimiento de tratamiento, consultas específicas y otro tipos de pruebas en materia de salud sexual generaría un costo debido a que no cuentan con un registro de seguridad social, es decir los activos en salud sexual específicos para población migrante, existen, pero son limitados, además de que son de difícil acceso para ellos.

Referente a la segunda finalidad la cual requiere identificar las principales necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de los migrantes en tránsito se puede concluir que de la categoría necesidades de atención se identificó a la percepción del riesgo para ITS/VIH y a la capacidad de identificar cuando requiere ayuda del sector salud como unas de las principales necesidades del acceso a los servicios de salud sexual, en lo que se refiere a la categoría de deseo de intención las limitantes son las necesidades sentidas de salud y discriminación en la salud del migrante en tránsito.

Así mismo, de las categorías búsqueda de atención, inicio de la atención y continuación de la atención, se identificaron algunas necesidades de acceso potencial

como lo son la intención de utilizar los servicios de salud sexual, experiencias con los servicios de salud sexual y masculinidad hegemónica respectivamente.

Para la tercera finalidad, la cual fue identificar los factores determinantes para la conducta sexual del migrante en tránsito se concluye que:

Una mayor edad del migrante en tránsito, se relaciona con las actitudes positivas para realizar la prueba rápida del VIH, también se identificó que a menor percepción del riesgo para ITS/VIH, mayores serán las actitudes para realizar la prueba rápida del VIH, por otro lado, una mayor aprobación social para el uso de condón muestra una mayor aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH. También se identificó que a menor conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH, mayor será el control percibido para uso consistente del condón y control percibido para sexo seguro.

A mayor actitud hacia el uso del condón, mayor será la aprobación social para el uso del condón, de la misma manera una mayor actitud positiva para el uso de condón mayor será el control percibido para el uso consistente del condón. Referente a la percepción del riesgo para ITS/VIH una baja percepción se relaciona con una mayor actitud para realizar la prueba rápida del VIH y mayor control percibido para sexo seguro.

La aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH y la comunicación sexual con la pareja se relacionan significativamente, y el control percibido para sexo seguro tiene efecto positivo y significativo en la intención del uso consistente del condón y la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo. Además, a mayor comunicación sexual con la pareja mayor será el control percibido para el uso consistente del condón y mayor será el control percibido para sexo seguro, asimismo la comunicación sexual con la pareja tiene un efecto positivo y significativo con las variables de uso consistente del condón y la conducta sexual segura.

Por último, se observó que las variables de intención del uso del condón y la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo tienen un efecto positivo y significativo en la conducta sexual segura de los migrantes.

### **Recomendaciones**

Realizar un estudio de intervención donde se consideren las variables significativas y la utilización del Modelo de activos para la salud en la conducta sexual del migrante en tránsito.

Para la práctica de enfermería los resultados son relevantes para la prevención y promoción de salud sexual, se recomienda desarrollar un protocolo de atención en salud sexual específico para la población migrante en tránsito reestructurando y asegurando que se consideren las necesidades de acceso a los servicios de salud, además de utilizar el mapeo de activos de salud para informar al migrante de los lugares donde puede recibir ayuda en salud sexual y poco a poco se difunda la información entre la misma población para hacer más regular los acercamientos hacia la unidad, conjunto a ello, al conocer las variables que influyen en la conducta sexual del migrante en tránsito se podrá realizar un proceso más objetivo y resolutivo a las necesidades.

De la misma manera las unidades que funcionan como principales receptoras de migrantes deberán de enfocar sus esfuerzos en mejorar los activos en salud, por un lado se requiere generar un protocolo específico de atención y seguimiento en servicios de salud sexual para el migrante en tránsito, lo que dará como resultado subsecuente una capacitación educacional a todo el personal de enfermería. Además, la educación continua para el migrante se deberá de integrar como pilar importante debido a que el nivel de conocimiento del migrante sobre el tema es limitado, de la misma manera realizar entregas frecuentes de condones para modificar conductas del uso consistente del condón y realizar los seguimientos necesarios.

Se debe considerar a los migrantes con alguna ITS/VIH como principal población objetivo en los seguimientos, para fortalecer los conocimientos y brindar las herramientas necesarias para evitar conductas sexuales de riesgo, de allí también la importancia de instaurar módulos de atención en los puntos de llegada o de mayor afluencia de los migrantes y poder captar a la mayor población posible (considerar el mapeo de activos en salud) enfatizando que no existen costos para los procesos antes mencionados que puedan convertirse en una limitante para el acceso a la atención.

## Referencias

- Ahmed, M. (2013). Determinants of condom use and HIV prevention among East African immigrants in Minnesota. ETD Collection for University of Texas, El Paso. Retrieved from <https://digitalcommons.utep.edu/dissertations/AAI3565889>
- Akinsulure-Smith, A. M. (2014). Exploring HIV Knowledge, Risk and Protective Factors Among West African Forced Migrants in New York City. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(3), 481–491. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9829-1>
- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior*. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50(2), 179-211. Elsevier
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1987). *Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology*. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.
- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior*. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50(2), 179-211. New York: Academic Press.
- Ajzen, I. (2002). *Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior*. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683. Milton-Keynes, England: Open University Press / McGraw-Hill.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior (2nd.Edition)*. Milton-Keynes, England: Open University Press / McGraw-Hill.

- Ajzen, I. (2012). *La teoría del comportamiento planificado*. En PAM Lange, AW Kruglanski y ET Higgins (Eds.), *Manual de teorías de la psicología social* (Vol. 1, pp. 438-459). Londres, Reino Unido: Sage
- Ajayi, A. I., Ismail, K. O., & Akpan, W. (2019). Factors associated with consistent condom use: a cross-sectional survey of two Nigerian universities. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7543-1>
- Althoff, M. D., Anderson-Smits, C., Kovacs, S., Salinas, O., Hembling, J., Schmidt, N., & Kissinger, P. (2013). Patterns and Predictors of Multiple Sexual Partnerships Among Newly Arrived Latino Migrant Men. *AIDS and Behavior*, 17(7), 2416–2425.
- Alvarez, C., Villarruel, A. M., Zhou, Y., & Gallegos, E. (2010). Predictors of condom use among Mexican adolescents. *Research and Theory for Nursing Practice*, 24(3), 187–196.
- Arco, D. A., Monge, S., Azcoaga, A., Rio, I., Hernando, V., Gonzalez, C., & Amo, J. Del. (2013). Editor's Choice: HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 23(6), 1039.
- Arsenijević, J., Burtscher, D., Ponthieu, A., Severy, N., Contenta, A., Moissaing, S., & Venables, E. (2018). "I feel like I am less than other people": Health-related vulnerabilities of male migrants travelling alone on their journey to Europe. *Social Science & Medicine*, 209, 86–94.
- Auli, N. C., Mejía-Lancheros, C., Berenguera, A., & Pujol-Ribera, E. (2015). Risk perception of sexually transmitted infections and HIV in Nigerian commercial sex workers in Barcelona: a qualitative study. *BMJ open*, 5 (6), e006928.

- Brafford, L. J., & Beck, K. H. (1991). Development and Validation of a Condom Self-Efficacy Scale for College Students. *Journal of American College Health*, 39(5), 219–225.
- Bamford, L., Ellenberg, J. H., Hines, J., Vinnard, C., Jasani, A., & Gross, R. (2014). Factors associated with a willingness to accept rapid HIV testing in an urban emergency department. *AIDS and Behavior*, 18(2), 250–253.
- Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M., & Cofiño, C. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 180–183.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>
- Brown, W., Carballo-Diéguez, A., John, R. M., Schnall, R., & Schnall, R. (2016). Information, Motivation, and Behavioral Skills of High-Risk Young Adults to Use the HIV Self-Test. *AIDS and Behavior*, 20(9), 2000–2009.  
<https://doi.org/10.1007/s10461-016-1309-x>
- Brown, I. S. (1984). Development of a scale to measure attitude toward the condom as a method of birth control. *The Journal of Sex Research*, 20(3), 255–263.  
<https://doi.org/10.1080/00224498409551224>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2013). Cap. Población y muestras de investigación. *Investigación en Enfermería*, 5ª Edición, Elsevier Saunders. Pp. 296-333.
- Caballero-Hoyos, R., Torres-Lopez, T., Pineda-Lucatero, A., Navarro-Nuñez, C., Fosados, R., & Valente, T. W. (2008). Between Tradition and Change: Condom Use with Primary Sexual Partners Among Mexican Migrants. *AIDS and Behavior*, 12(4), 561–569.

- 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. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0280-4>
- Caro-Murillo, A. M., Castilla Catalán, J., & Amo Valero, J. del. (2010). Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 81–88.
- Catania, J. A., Dolcini, M. M., Coates, T. J., Kegeles, S. M., Greenblatt, R. M., Puckett, S., & Miller, J. (1995). Predictors of Condom Use and Multiple Partnered Sex among Sexually-Active Adolescent Women: Implications for AIDS-Related Health Interventions. *The Journal of Sex Research*. Taylor & Francis, Ltd. <https://doi.org/10.2307/3812980>
- Cámara de diputados del H. Congreso de la unión, Secretaria de Servicios Parlamentarios (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, última reforma publicada DOF 02-04-2014. México: Secretaría de Servicios Parlamentarios, p.1-31. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y SIDA en México [CENSIDA] (2018). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 1er. trimestre del 2018, 1, 1–23. Retrieved from
- Chowdhury, D., Saravanamurthy, P. S., Chakrabarty, A., Purohit, S., Iyer, S. S., Agarwal, A., & Mishra, P. (2018). Vulnerabilities and risks of HIV infection

among migrants in the Thane district, India.

<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.07.019>

Cianelli, R., Villegas, N., McCabe, B. E., de Tantillo, L., & Peragallo, N. (2017). Self-efficacy for HIV Prevention Among Refugee Hispanic Women in South Florida. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(4), 905–912.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Second Edition).

Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., & Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?. *Gaceta Sanitaria*, 30, 93–98.

Consejo Nacional de Población-Unidad de Política Migratoria (COEDS.) (2015). *Prontuario sobre movilidad y migración internacional. Dimensiones del fenómeno en México*. México: Coeditores. Disponible en <http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/2801/1/images/Prontuario%20sobre%20movilidad%20y%20migraci%C3%83%C2%B3n%20internacional.pdf>

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2014). Otorgan Seguro Popular a Migrantes. Disponible en: <http://www.seguropopular.gob.mx/index.php/component/content/article?layout=edit&id=341>.

Connors, E. E., Swanson, K., Morales-Miranda, S., Fernández Casanueva, C., Mercer, V. J., & Brouwer, K. C. (2017). HIV Risk Behaviors and Correlates of Inconsistent Condom Use Among Substance Using Migrants at the Mexico/Guatemala Border. *AIDS and Behavior*, 21(7), 2033–2045.

- Costa, P., & Itelvino, L. (2018). Grounded Theory com Utilização do Software Atlas.Ti: Um Exemplo Empírico de Estudo sobre Estratégia de Ascensão do Empreendedorismo Inovador em Negócios Sociais. *Revista Ibero Americana de Estratégia*, 17(3), 14-40. doi:10.5585/ijsm.v17i3.2683
- Dankhe, G. (1986). *Metodología de la investigación (segunda edición)*. México, D.F.: McGraw Hill.
- Davis, A., Terlikbayeva, A., Terloyeva, D., Primbetova, S., & El-Bassel, N. (2017). What Prevents Central Asian Migrant Workers from Accessing HIV Testing? Implications for Increasing HIV Testing Uptake in Kazakhstan. *AIDS and Behavior*, 21(8), 2372–2380.
- Dai, W., Gao, J., Gong, J., Xia, X., Yang, H., Shen, Y., & Pan, Z. (2015). Sexual behavior of migrant workers in Shanghai, China. *BMC Public Health*, 15, 1067.
- Deb, A. K., Deb, M., Saha, M. K., Chakraborty, S., Bhattacharya, S. K., & Detels, R. (2009). HIV Transmission Potential Among Local and Migrant Factory Workers in Kolkata, India. *AIDS and Behavior*, 13(5), 928–938.
- Denner, J., Organista, K. C., Dupree, J. D., & Thrush, G. (2005). Predictors of HIV Transmission Among Migrant and Marginally Housed Latinos. *AIDS and Behavior*, 9(2), 201–210.
- Deering, K. N., Montaner, J. S., Chettiar, J., Jia, J., Ogilvie, G., Buchner, C., & Shannon, K. (2015). Successes and gaps in uptake of regular, voluntary HIV testing for hidden street- and off-street sex workers in Vancouver, Canada. *AIDS Care*, 27(4), 499–506.
- De Jesus, M., Taylor, J., & Maine, C. (2016). A one-size-fits-all HIV prevention and education approach: Analyzing and interpreting divergent HIV risk perceptions

between African American and East African immigrant women in Washington, DC. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000386>

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.

Dias, S., Gama, A., Severo, M., & Barros, H. (2011). Factors associated with HIV testing among immigrants in Portugal. *International Journal of Public Health*, 56(5), 559–566.

Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1993). Subtraction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87. *Emergente en la antropología. Desacatos* (35) pp. 13-28. Recuperado en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-92742011000100002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742011000100002)

Ehrlich, S. F., Organista, K. C., & Oman, D. (2007). Migrant Latino Day Laborers and Intentions to Test for HIV. *AIDS and Behavior*, 11(5), 743–752. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9182-7>

Ferreira, M., Bento, M., Chaves, C., & Duarte, J. (2014). The Impact of self-concept and Self-esteem in Adolescents' Knowledge about HIV/AIDS. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 112, 575–582.

Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Orgilés, M., & Sierra, J. C. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atencion Primaria*, 46(10), 558–564. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.007>

- Espada, J. P., Ballester, R., Huedo-Medina, T. B., Secades-Villa, R., Orgilés, M., & Martínez-Lorca, M. (2013). Development of a new instrument to assess AIDS-related attitudes among Spanish Youngsters, 29, 83–89.  
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.132301>
- Facundo, G., R., García, S. B., Rodríguez, L., & Alonso Castillo, M. M. (2014). Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontera Norte*, 26(51), 53-74.
- Ford, K., & Holomyong, 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(4), 919–927.
- Ford, K., Chamrathirong, A., Apipornchaisakul, K., Panichapak, P., & Pinyosinwat, T. (2014). Social Integration, AIDS Knowledge and Factors Related to HIV Prevention Among Migrant Workers in Thailand. *AIDS and Behavior*, 18(2), 390–397. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0410-7>
- Ford, K., & Chamrathirong, A. (2007). Sexual Partners and Condom Use of Migrant Workers in Thailand. *AIDS and Behavior*, 11(6), 905–914.
- Flores Palacios, F. (2014). Vulnerabilidad y representación social de género en mujeres de una comunidad migrante. *Península*, 9(2), 41–57.
- Frenk, J. (1985). Concept and measurement of accessibility. *Salud pública de México*, 27(5), 438.
- Galletly, C. L., Lechuga, J., Glasman, L. R., DiFranceisco, W., Broaddus, M. R., Dickson-Gomez, J. B., & Montenegro, J. I. (2019). HIV Testing and Mistaken Beliefs about Immigration Laws. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 1–8.

- Giorgio, M., Townsend, L., Zembe, Y., Cheyip, M., Guttmacher, S., Kapadia, F., & Mathews, C. (2017a). The Relationship Between Social Support, HIV Serostatus, and Perceived Likelihood of Being HIV Positive Among Self-Settled Female, Foreign Migrants in Cape Town, South Africa. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(4), 883–890.
- Giorgio, M., Townsend, L., Zembe, Y., Cheyip, M., Guttmacher, S., Carter, R., & Mathews, C. (2017b). HIV Prevalence and Risk Factors Among Male Foreign Migrants in Cape Town, South Africa. *AIDS and Behavior*, 21(3), 949–961.
- Gillespie, B. J. (2017). Sexual Synchronicity and Communication Among Partnered Older Adults. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(5), 441–455.
- Givaudan, M., Vijver, F. J. R., & Poortinga, Y. H. (2005). Identifying Precursors of Safer-Sex Practices in Mexican Adolescents with and Without Sexual Experience: An Exploratory Model. *Journal of Applied Social Psychology*, 35(5), 1089–1109. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2005.tb02161.x>
- Grayman, J. H., Nhan, D. T., Huong, P. T., Jenkins, R. A., Carey, J. W., West, G. R., & Minh, T. T. (2005). Factors Associated with HIV Testing, Condom Use, and Sexually Transmitted Infections Among Female Sex Workers in NhaTrang, Vietnam. *AIDS and Behavior*, 9 (1), 41–51.
- Guerra-Ordoñez, J. A., Benavides-Torres, R. A., Zapata-Garibay, R., Onofre-Rodríguez, D. J., Márquez-Vega, M. A., & Zamora-Carmona, G. (2017a). Facilitating and Inhibiting Factors of Sexual Behavior among Migrants in Transition from Mexico to the United States. *Frontiers in Public Health*, 5, 149.
- Guerra-Ordoñez, J. A., Benavides-Torres, R. A., Onofre-Rodríguez, D. J., Márquez-Vega, M. A., Guerra-Rodríguez, G. M., & Wall, K. M. (2017b). Self-efficacy and

Coping as Correlates of Migrant Safe Sexual Behavior to Prevent HIV. The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: *JANAC*, 28(5), 761–769.

<https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.05.008>

Guerra, J. A. I., Verdejo, I. C., Mota, S. P., Calvo, C. B., Andrés, I. G., & Antolín, M. J.

D. V. (2018). La salud comunitaria basada en activos para la salud. Un modelo que no cala en el quehacer cotidiano. *Revista Enfermería C y L*, 10 (1), 17-22

Guo, Y., Li, X., Liu, Y., Jiang, S., & Tu, X. (2014). Disclosure of same-sex behavior by young Chinese migrant men: context and correlates. *Psychology, Health &*

*Medicine*, 19(2), 190–200. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.793367>

Gualda, S. M. G. (2015) La masculinidad hegemónica como obstáculo para el acceso a

la salud de los varones en la provincia de Neuquén. Vol II., 2015, disponible en:

[https://www.academia.edu/40425285/La\\_masculinidad\\_hegem%C3%B3nica\\_como\\_obst%C3%A1culo\\_para\\_el\\_acceso\\_a\\_la\\_salud\\_de\\_los\\_varones\\_en\\_la\\_provincia\\_de\\_Neuqu%C3%A9n?auto=citations&from=cover\\_page](https://www.academia.edu/40425285/La_masculinidad_hegem%C3%B3nica_como_obst%C3%A1culo_para_el_acceso_a_la_salud_de_los_varones_en_la_provincia_de_Neuqu%C3%A9n?auto=citations&from=cover_page)

Hall, B. J., Yang, X., Huang, L., Yi, G., Chan, E. W. W., Tucker, J. D., & Latkin, C. A.

(2019). Barriers and Facilitators of Rapid HIV and Syphilis Testing Uptake Among Filipino Transnational Migrants in China. *AIDS and Behavior*.

<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02449-0>

Hanna, K. (1999). An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. *Journal of Pediatric Nursing*, 14, (1), 59-66.

Hu, Y., Lu, H., Raymond, H. F., Sun, Y., Sun, J., Jia, Y., & Ruan, Y. (2014). Measures of Condom and Safer Sex Social Norms and Stigma Towards HIV/AIDS Among Beijing MSM. *AIDS and Behavior*, 18(6), 1068–1074.

- Huang, W., Dong, Y., Chen, L., Song, D., Wang, J., Tao, H., & Operario, D. (2016). HIV risk and sexual health among female migrants in China. *Health Promotion International*, 31(3), 595.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Instituto de Estudios y Divulgación Sobre Migración (INEDIM), (2017) Flujos migratorios y migración internacional. Disponible en <https://www.estudiosdemigracion.org/2017/04/13/estadisticas-2/>
- Jesmin, S. S., & Cready, C. M. (2016). Community Influences on Married Women's Safer Sex Negotiation Attitudes in Bangladesh: A Multilevel Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 45(2), 383–393.
- Jemmott, J., Jemmott, L., & Fong, G. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health* 3(82), 372-377.
- Joshi, S., Simkhada, P., & Prescott, G. J. (2011). Health problems of Nepalese migrants working in three Gulf countries. *BMC International Health and Human Rights*, 11(1), 3.
- Jung, M., Kwon, D., & Oh, J. (2017). Associated with Differences in Sexual Risk-Taking Behaviors Among Migrants in South Korea. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(1), 24–32.
- Kapadia, F., Siconolfi, D. E., Barton, S., Olivieri, B., Lombardo, L., & Halkitis, P. N. (2013). Social support network characteristics and sexual risk taking among a racially/ethnically diverse sample of young, urban men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1819–1828.

- Kakoko, D. C., Åstrøm, A. N., Lugoe, W. L., & Lie, G. T. (2006). Predicting intended use of voluntary HIV counselling and testing services among Tanzanian teachers using the theory of planned behaviour. *Social Science & Medicine*, 63(4), 991–999.
- Kinney, S., Lea, C. S., Kearney, G., Kinsey, A., & Amaya, C. (2015). Predictors for Using a HIV Self-Test Among Migrant and Seasonal Farmworkers in North Carolina. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(7), 8348–8358.
- 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.
- Kocken, P., van Dorst, A., & Schaalma, H. (2005). The relevance of cultural factors in predicting condom-use intentions among immigrants from the Netherlands Antilles. *Health Education Research*, 21(2), 230–238.
- Kramer, M. A., van Veen, M. G., Op de Coul, E. L. M., Coutinho, R. A., & Prins, M. (2014). Do sexual risk behaviour, risk perception and testing behaviour differ across generations of migrants?. *The European Journal of Public Health*, 24(1), 134–138.
- Kissinger, P., Kovacs, S., Anderson-Smits, C., Schmidt, N., Salinas, O., Hembling, J., & Shedlin, M. (2012). Patterns and Predictors of HIV/STI Risk Among Latino Migrant Men in a New Receiving Community. *AIDS and Behavior*, 16(1), 199–213. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-9945-7>
- Kuehne, A., Koschollek, C., Santos-Hövenner, C., Thorlie, A., Müllerschön, J., MputuTshibadi, C., & Bremer, V. (2018). Impact of HIV knowledge and stigma

on the uptake of HIV testing - Results from a community-based participatory research survey among migrants from sub-Saharan Africa in Germany. *PloS One*, 13(4), e0194244.

Kuznetsov, L., Mattered, U., Crispin, A., Ruzicka, T., Zippel, S. A., & Kuznetsov, A. V.

(2013). Knowledge, Attitude and Behavioral Intention to Act Regarding HIV Infection and Prevention in Immigrants from the Former Soviet Union in Germany: A Comparative Study with the Native Population. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(1), 68–77.

Lauby, J., Bond, L., Eroglu, D. & Batson, H. (2006) Decisional Balance, Perceived Risk and HIV Testing Practices. *AIDS and Behavior*. doi. 10.1007/s10461-005-9029-7.

Liu, X., Jingguang, T., Erasmus, V., van Genugten, L., Sun, X., & Richardus, J. H.

(2014). Cognitive and socio-environmental correlates of condom use among internal migrants in Shenzhen, China: a structural equation model approach. *BMC Infectious Diseases*, 14(S2), P13. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-S2-P13>

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(1), 195.

Leyva, F. R., Infante, X. C., & Quintino Pérez, F. (2016). Migrantes en tránsito por México: *Situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud* (1.ª ed., Vol. 1) [Libro electrónico]. D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública.

Leyva R, Infante C, Quintino F, Domínguez J, & Santos E (2016). Migración y redes sociales para la salud sexual y reproductiva: experiencias del Programa Conjunto

de Migrantes en Tránsito por México. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

[https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/180724\\_Migracion\\_y\\_redes\\_ISBN.pdf](https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/180724_Migracion_y_redes_ISBN.pdf)

Leyva-Flores, R., Caballero García, M., & Infante Xibille, C. (2010). Migración y desarrollo (Vol. 8). Red Internacional de Migración y Desarrollo. Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-75992010000200005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-75992010000200005)

Leyva-Flores, R., Infante-Xibille, C., Servan-Mori, E., Quintino-Pérez, F., & Silverman-Retana, O. (2015). HIV Prevalence Among Central Americans Migrants in Transit Through Mexico to the USA, 2009-2013. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1482-1488.

Leyva-Flores, R., Quintino-Pérez, F., Figueroa-Lara, A., Cuadra, M., Smith, D., & García, C. (2013). Acceso a servicios de prevención de ITS y VIH en trabajadoras sexuales en zonas fronterizas de Centroamérica. *Salud pública de México*, 55, S31-S38.

Leyva, R., Infante C, & Gómez M. (2015) Acceso de la población migrante a la atención integral del VIH, Sida e ITS en los servicios de salud de los estados de Chiapas, Oaxaca y Tabasco, 2015. Proyecto CENSIDA 051; 2015. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/498523/Migraci\\_n\\_y\\_VIH\\_2019\\_No14.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/498523/Migraci_n_y_VIH_2019_No14.pdf)

Ley de Migración. (2011). Consultado el 13 de septiembre de 2015 en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LMigra\\_301014.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LMigra_301014.pdf).

- Lee, J., Yu, G., & Zhou, Y. (2019). Complex Patterns Across the Migration Process and Associated HIV Testing and Risk Behaviors among Latino Immigrants. *International Journal of Behavioral Medicine*, 26(2), 175–184.
- Liu, Y., Vermund, S. H., Ruan, Y., Liu, H., Zhang, C., Yin, L., & Qian, H.-Z. (2018). HIV testing and sexual risks among migrant men who have sex with men: findings from a large cross-sectional study in Beijing, China. *AIDS Care*, 30(1), 86–94.
- Liu, X., Jingguang, T., Erasmus, V., van Genugten, L., Sun, X., & Richardus, J. H. (2014). Cognitive and socio-environmental correlates of condom use among internal migrants in Shenzhen, China: a structural equation model approach. *BMC Infectious Diseases*, 14(S2), P13. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-S2-P13>
- Long, L., Abraham, C., Paquette, R., Shahmanesh, M., Llewellyn, C., Townsend, A., & Gilson, R. (2016). Brief interventions to prevent sexually transmitted infections suitable for in-service use: A systematic review Keywords: Systematic review Sexual health Sexual risk reduction STI reduction Young people Men who have sex with men (MSM). *Preventive Medicine*, 91, 364–382.
- Luo, M., Zhu, L., Dong, Y., Wang, Z., Shen, Q., Mo, D., & Cai, Y. (2018). Sexual compulsivity and its relationship with condom less sex among unmarried female migrant workers in Shanghai, China: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 18(1), 181.
- Macaya Pascual, A., Ferreres Riera, J., & Campoy Sánchez, A. (2016). Behavioral Interventions for Preventing Sexually Transmitted Infections and Unintended

- Pregnancies: An Overview of Systematic Reviews. *Actas Dermosifiliogr* (Vol. 107). <https://doi.org/10.1016/j.adengl.2016.02.021>
- Martín, M. J., Manuel Martínez, J., Rojas, D., & De Citar, F. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Rev Panam Salud Publica* (Vol. 29). Retrieved from
- Matlin, S. A., Depoux, A., Schütte, S., Flahault, A., & Saso, L. (2018). Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews*, 39(1), 27.
- Markosyan, K. M., Babikian, T., DiClemente, R. J., Hirsch, J. S., Grigoryan, S., & del Rio, C. (2007). Correlates of HIV Risk and Preventive Behaviors in Armenian Female Sex Workers. *AIDS and Behavior*, 11(2), 325–334.
- Matlin, S. A., Depoux, A., Schütte, S., Flahault, A., & Saso, L. (2018). Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews*, 39(1), 27.
- Mergenova, G., Shaw, S. A., Terlikbayeva, A., Gilbert, L., Gensburg, L., Primbetova, S., & El-Bassel, N. (2017). Social Support and HIV Risks Among Migrant and Non-Migrant Market Workers in Almaty, Kazakhstan. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(4), 809–817.
- Mera-Lemp, M. J., Bilbao, M., & Martínez-Zelaya, G. (2020). Discriminación, aculturación y bienestar psicológico en inmigrantes latinoamericanos en Chile. *Revista de Psicología*, 29(1).
- Morán Arribas, M., Rivero, A., Fernández, E., Poveda, T., & Caylá, J. A. (2018). Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso

a la atención sanitaria. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36, 3–9.

Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model.

*Promotion & Education*, 14(2\_suppl), 17–22.

<https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>

McCoy, H. V., Shehadeh, N., Rubens, M., & Navarro, C. M. (2014). Newcomer Status as a Protective Factor among Hispanic Migrant Workers for HIV Risk. *Frontiers in public health*, 2, 216

McMahon, T., & Ward, P. R. (2012). HIV among immigrants living in high-income countries: a realist review of evidence to guide targeted approaches to behavioural HIV prevention. *Systematic Reviews*, 1(1), 56.

De la Rubia, J. M., Montero, C. V., & Rodríguez, D. J. O. (2016). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Influencias Situacionales para Conducta Sexual en Hombres que tienen Sexo con Hombres. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1-18.

[www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com](http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com)

Muñoz-Laboy, M., Martínez, O., Guilamo-Ramos, V., Draine, J., Garg, K. E., Levine, E., & Ripkin, A. (2017). Influences of Economic, Social and Cultural Marginalization on the Association Between Alcohol Use and Sexual Risk Among Formerly Incarcerated Latino Men. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(5), 1073–1087.

Muñoz A. & Nicanor A (2011). El estudio exploratorio. Mi aproximación al mundo de la investigación cualitativa. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29 (3),

492-499. ISSN: 0120-5307. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222406019.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) “VIH/Sida.”

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013) A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

2013 Disponible en: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf>

<file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). Promoción de la salud de los migrantes: informe de la Secretaría (No. EB140/24).

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273279/B140\\_24-sp.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273279/B140_24-sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016) “Infecciones de transmisión sexual”

[http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR), (2016) Situación de los migrantes en tránsito. Disponible en

[https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/StudyMigrants/OHCHR\\_2016\\_Report-migrants-transit\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/StudyMigrants/OHCHR_2016_Report-migrants-transit_SP.pdf)

Organización Internacional de la Migración (OIM). (2020). Informe sobre las migraciones en el mundo 2020 en:

[https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2020\\_es.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf)

Organista, K. C., Organista, P. B., de Alba G., J. E. G., Morán, M. A. C., & Carrillo, L. E. U. (1997). Survey of Condom-Related Beliefs, Behaviors, and Perceived

- Social Norms in Mexican Migrant Laborers. *Journal of Community Health*, 22(3), 185–198.
- Organista, K. C., Organista, P. B., Bola, J. R., García de Alba, J. E., & Castillo Morán, M. A. (2000). Predictors of condom use in Mexican migrant laborers. *American Journal of Community Psychology*, 28(2), 245–265.
- Platt, L., Grenfell, P., Fletcher, A., Sorhaindo, A., Jolley, E., Rhodes, T., & Bonell, C. (2013). Systematic review examining differences in HIV, sexually transmitted infections and health-related harms between migrant and non-migrant female sex workers. *Sexually Transmitted Infections*, 89(4), 311–319.
- Patel, S. N., Wingood, G. M., Kosambiya, J. K., McCarty, F., Windle, M., Yount, K., & Hennink, M. (2014). Individual and Interpersonal Characteristics that Influence Male-Dominated Sexual Decision-Making and Inconsistent Condom Use Among Married HIV Serodiscordant Couples in Gujarat, India: Results from the Positive JeevanSaathi Study. *AIDS and Behavior*, 18(10), 1970–1980.
- Pottie, K., Lotfi, T., Kilzar, L., Howeiss, P., Rizk, N., Akl, E. A., & Morton, R. (2018). The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Screening for HIV in Migrants in the EU/EEA: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph15081700>
- Polit, D., & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (R. M. Palacios & G. D. Féher, Trads). México, D.F.: McGraw-Hill. (Trabajo original publicado en 1999).
- Puri, M., & Cleland, J. (2006). Sexual behavior and perceived risk of HIV/AIDS among young migrant factory workers in Nepal. *Journal of Adolescent Health*, 38(3), 237-246. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.10.001>

- 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.
- Penna, L. H. G., Ribeiro, L. V., Ramos, K. Á. D. A., Félix, F. D. O., & Guedes, C. R. (2016). Empoderamento de adolescentes femininas brigadas: saúde sexual naperspectiva do Modelo Teórico de Nola Pender [Empowerment of female adolescents at shelters: sexual health in terms of the Theoretical Model of Nola Pender]. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(5), 27403.
- Peragallo, N., De Forge, B., O'Campo, P., Lee, S., Kim, Y., Cianelli, R., & Ferrer, L. (2005). A Randomized clinical trial of an HIV-risk-reduction intervention among low-income latina women. *Nursing Research*, March/April, vol 54: 52, pp 108-118.
- Quinn-Nilas, C., Milhausen, R. R., Breuer, R., Bailey, J., Pavlou, M., DiClemente, R. J., & Wingood, G. M. (2016). Validation of the Sexual Communication Self-Efficacy Scale. *Health Education & Behavior*, 43(2), 165–171.
- Quintal López, & Ligia Vera Gamboa. (2014). Migración, Etnia y Género: Tres elementos claves en la comprensión de la vulnerabilidad social ante el VIH/SIDA en población maya de Yucatán. *Península*, 9(2), 99-129. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/peni/v9n2/v9n2a5.pdf>
- Rangel, F., Y. (2018). Los riesgos para la salud mental de “las que esperan” en el contexto de la migración. *Presencia*, 14, e11826. Retrieved from <http://ciberindex.com/p/p/e11826>
- Rangel, M. G., Martinez-Donate, A. P., Hovell, M. F., Sipan, C. L., Zellner, J. A., Gonzalez-Fagoaga, E., & Magis-Rodriguez, C. (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.

<https://doi.org/10.1007/s10461-012-0196-z>

Rangel, F., Y. & Costero G., M. (2016). Los riesgos para la salud sexual y reproductiva en un grupo históricamente vulnerable: Un estudio sobre las experiencias y percepciones de mujeres parejas de migrantes. *Revista de El Colegio de San Luis*, VI (12), 160-184.

Rangel Flores, Y. (2016). Sexual violence as a limiting factor on the perception and management of the risk of HIV in women married to migrants. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1141.2782>

Ragsdale, K., Gore-Felton, C., Koopman, C., & Seal, D. W. (2009). Relationship power, acculturation, and sexual risk behavior among low-income Latinas of Mexican or Puerto Rican ethnicity. *Sexuality Research and Social Policy*, 6(1), 56–69

Ricketts, T. C., & Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nursing outlook*, 53(6), 274-280.

Roy, T., Anderson, C., Evans, C., Rahman, M. S., & Rahman, M. (2013). Cross-cultural adaptation of the short-form condom attitude scale: validity assessment in a subsample of rural-to-urban migrant workers in Bangladesh. *BMC Public Health*, 13(1), 240.

Rowell-Cunsolo, T. L., Cortes, Y. I., Long, Y., Castro-Rivas, E., & Liu, J. (2017). Acceptability of Rapid HIV Testing Among Latinos in Washington Heights, New York City, New York, USA. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(4), 861–867. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0525-9>

- Santos-Hövenner, C., Marcus, U., Koschollek, C., Oudini, H., Wiebe, M., Ouedraogo, O. I., & Krause, G. (2015). Determinants of HIV, viral hepatitis and STI prevention needs among African migrants in Germany; a cross-sectional survey on knowledge, attitudes, behaviors and practices. *BMC Public Health*, 15(1), 753.
- Schutz, M., Godin, G., Kok, G., Vézina-Im, LA. (2011). Determinants of condom use among HIV-positive men who have sex with men. *International Journal of STD & AIDS*. 22 (6), 391-397.
- Sevoyan, A., & Agadjanian, V. (2015). Male labour migration, spousal communication, and STI treatment in Armenia. *Culture, Health & Sexuality*, 17(3), 296–311.
- Shehadeh, N., Rubens, M., Attonito, J., & Jennings, T. (2018). Social Support and Its Impact on Ethnic Identity and HIV Risk among Migrant Workers. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 5(1), 96–103.
- Shen, Q., Wang, Y., Wang, Z., Wang, Y., Luo, M., Wang, S., & Shang, M. (2019). Understanding condom use among unmarried female migrants: a psychological and personality factors modified information-motivation-behavioral skills model. *BMC Public Health*, 19(1), 223.
- Smith, K. W., McGraw, S. A., Costa, L. A., & McKinlay, J. B. (1996). A self-efficacy scale for HIV risk behaviors: development and evaluation. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 8(2), 97–105.
- Song, Y., Kang, D., Wang, G., Wei, C., Tao, X., Huang, T. & Ma, W. (2015). HIV/AIDS-related Knowledge and Behaviors Among Rural Married Migrant Women in Shandong Province, China: A Comparison Study. *Archives of Sexual Behavior*, 44(2), 367–374.

- Štulhofer, A., Graham, C., Božičević, I., Kufirin, K., & Ajduković, D. (2009). An Assessment of HIV/STI Vulnerability and Related Sexual Risk-Taking in a Nationally Representative Sample of Young Croatian Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 209–225.
- Tang, J., Gao, X., Yu, Y., Ahmed, N. I., 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), 917.
- Tarkang, E. E., & Pencille, L. B. (2018). Psychosocial predictors of consistent condom use among migrant road construction workers in the Southwest Region of Cameroon using the Health Belief Model. *Pan African Medical Journal*, 29, 215.
- Terragni, L., Beune, E., Stronks, K., Davidson, E., Qureshi, S., Kumar, B., & Diaz, E. (2018). Developing culturally adapted lifestyle interventions for South Asian migrant populations: a qualitative study of the key success factors and main challenges. *Public Health*, 161, 50–58.
- Thapa, S., Thapa, D. K., Buve, A., Hannes, K., Nepal, C., & Mathei, C. (2017). HIV-Related Risk Behaviors Among Labor Migrants, Their Wives and the General Population in Nepal. *Journal of Community Health*, 42(2), 260–268.
- 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(1), 122.
- Tohme, J., Egan, J. E., Friedman, M. R., & Stall, R. (2016). Psycho-social Correlates of Condom Use and HIV Testing among MSM Refugees in Beirut, Lebanon. *AIDS and Behavior*, 20(S3), 417–425.

- Valverde, E. E., Painter, T., Heffelfinger, J. D., Schulden, J. D., Chavez, P., & DiNenno, E. A. (2015). Migration Patterns and Characteristics of Sexual Partners Associated with Unprotected Sexual Intercourse Among Hispanic Immigrant and Migrant Women in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1826–1833.
- Van Rossem, R., & Meekers, D. (2011). Perceived social approval and condom use with casual partners among youth in urban Cameroon. *BMC Public Health*.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-632>
- 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 and Behavior*, 14(4), 891–903.
- Wang, Y., Cochran, C., Xu, P., Shen, J. J., Zeng, G., Xu, Y., & Lu, F. (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(1), 158.
- Wang, W., Chen, R., Ma, Y., Sun, X., Qin, X., & Hu, Z. (2018). The impact of social organizations on HIV/AIDS prevention knowledge among migrants in Hefei, China. *Globalization and Health*, 14(1), 41.
- Wang, W., & Muessig, K. E. (2017). Social network correlates of HIV risk-related behaviors among male migrants in China. *BMC Public Health*, 17(1), 459.
- Wang, Y., Jia, M., Yuan, D., Liang, A., Zhang, Z., Jiang, X., & Cai, Y. (2019). Assessing consistent condom use among migrant men who have sex with men in Shanghai, China: validation of an information–motivation–behavioral skills model. *BMC Infectious Diseases*, 19(1), 462.

- Weine, S., Bahromov, M., Loue, S., & Owens, L. (2013). HIV Sexual Risk Behaviors and Multilevel Determinants Among Male Labor Migrants from Tajikistan. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(4), 700–710.
- Wu, J.-Q., Wang, K.-W., Zhao, R., Li, Y.-Y., Zhou, Y., Li, Y.-R., & Ji, M. (2014). Male Rural-to-Urban Migrants and Risky Sexual Behavior: A Cross-Sectional Study in Shanghai, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), 2846–2864.
- 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.
- 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.
- Younge, S. N., Salem, D., & Bybee, D. (2010). Risk Revisited: The Perception of HIV Risk in a Community Sample of Low-Income African American Women. *Journal of Black Psychology*, 36(1), 49–74.
- Zhang, J., Wu, J., Li, Y., Zhou, Y., Li, Y., Zhao, R., & Chen, J. (2018). Influence Factors of Sexual Activity for Internal Migrants in China. *Sexual Medicine*, 6(2), 97–107.
- Zhang, H., Liao, M., Nie, X., Pan, R., Wang, C., Ruan, S., & Jiang, B. (2011). Predictors of consistent condom use based on the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) model among female sex workers in Jinan, China. *BMC Public Health*, 11(1), 113. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-113>

Zhussupov, B., McNutt, L.-A., Gilbert, L., Terlikbayeva, A., & El-Bassel, N. (2015).

Migrant Workers in Kazakhstan: Gender Differences in HIV Knowledge and Sexual Risk Behaviors. *AIDS and Behavior*, 19(7), 1298–1304.

Zoboli, F., Martinelli, D., Di Stefano, M., Fasano, M., Prato, R., Santantonio, T. A., &

Fiore, J. R. (2017). Correlation between knowledge on transmission and prevention of HIV/STI and proficiency in condom use among male migrants from Africa and Middle East evaluated by a Condom Use Skills score using a wooden penile model. *BMC Research Notes*, 10(1), 216.

## **Apéndices**

### Apéndice A.

#### Operacionalización de variables cualitativas para identificar las principales necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de los migrantes en tránsito

Categoría/constr-ucto	Abrevia-ción	Reactivos	Temas	Fuente teórica
Necesidad de atención; es definida por la percepción y actitud que tiene el migrante sobre su salud sexual y la capacidad que tiene para identificar cuando requiere ayuda del sector salud.	NDA	1. Podrías compartir conmigo ¿Qué significado tiene para ti la salud sexual?	<p><b>Actitud hacia la conducta</b></p> <p>-Percepción de riesgo para ITS/VIH</p> <p>La percepción del riesgo para VIH/ITS se considera como el desconocimiento del problema por ello su percepción del riesgo es limitada. Además, cuando el migrante se infecta por alguna ETS o paga por sexo la percepción del riesgo aumenta y con ello la intención del uso de condón en sus relaciones sexuales, lo cual es cuestionable, sin embargo una baja percepción del riesgo se relaciona con actitudes negativas hacia el uso del condón.</p> <p>-Actitud hacia el uso de condón</p> <p>Una actitud positiva hacia el uso de condón aumenta la</p>	<p>Kramer, Van Veen, Op de Coul, Coutinho, y Prins (2014). Jung, Kwon, y Oh (2017). Pinedo et al. (2014). Roy, Anderson, Evans, Rahman, y Rahman (2013). Kocken, van Dorst, y</p>

		<p>2. ¿En tu estancia en esta ciudad has observado que exista apoyo en salud sexual? ¿Cómo se presenta este apoyo y por quienes?</p>	<p>probabilidad de usarlo en sus relaciones sexuales futuras, además una baja percepción del riesgo se relaciona con actitudes negativas hacia el uso del condón. Una actitud positiva hacia conductas sexuales de riesgo como son los encuentros con sexo servidora se asocia con múltiples parejas sexuales donde no utilizan el condón de manera consistente.</p> <p>-Actitud para realizar la prueba rápida del VIH</p> <p>Las actitudes positivas para realizar prueba rápida del VIH se relacionan con haber consultado a un médico en el último año; así mismo, el conocer donde realizar la prueba de VIH aumenta la probabilidad de hacer la prueba del</p>	<p>Schaalma (2005). Wu et al. (2014). Tohme, Egan, Friedman, y Stall (2016). Kinney, Lea, Kearney, Kinsey, y Amaya (2015). Lee, Yu, y Zhou (2019).</p>
--	--	--	--	--

			<p>VIH (conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH). Otro rasgo de la actitud positiva para realizar la prueba rápida del VIH es la percepción de riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual como es el VIH, además, se debe agregar que los migrantes que experimentaron una actitud positiva de migración tienen más probabilidad de realizar la prueba rápida del VIH.</p>	
<p>Deseo de atención: es definida por los motivos de intención que un migrante tiene para conseguir una solución a sus necesidades en salud sexual.</p>	DDA	<p>3. ¿Ha intentado buscar atención en salud sexual? ¿Por qué?</p>	<p><b>Intención</b></p>	

<p>Búsqueda de atención; es definida por la intención que un migrante tiene para acercarse o investigar donde puede resolver sus necesidades en salud sexual</p>	<p>BDA</p>	<p>4. ¿Cuáles serían los motivos por el cual buscarías atención en salud sexual?</p> <p>5. ¿Has experimentado o acercamiento con hospitales o instituciones para solicitar algún servicio de salud sexual?</p> <p>En caso que tu respuesta sea si, podrías relatarme esta</p>	<p>-Intención del uso consistente del condón</p> <p>Los factores predictores de la intención de uso de condón son el apoyo social y comunitario, percepción del riesgo de contraer VIH/SIDA si no se utiliza el condón, percepción de los beneficios del uso del condón para protección. De la misma forma la autoeficacia para sexo seguro y las conductas sexuales previas influye en la intención del uso del condón.</p>	<p>Deb et al. (2009). Ye et al. (2012). Ahmed (2013).</p>
--	------------	---	--	---

		<p>experiencia.</p> <p>En caso que tu respuesta sea no que crees que sucedería</p> <p>6. ¿Cómo fue tu experiencia en la búsqueda de atención en salud sexual?</p> <p>7. ¿Culés serían los motivos por los cuales no buscarías atención en salud sexual?</p>	<p>-Intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo</p> <p>Los factores predictores de la intención de realizar la prueba rápida del VIH ante la identificación del riesgo son edades mayores a 30 años, sexo anal reciente sin condón, percepción de riesgo de VIH/ITS, bajo nivel educativo, realizar actividades sexuales de riesgo, no haber realizado la prueba rápida del VIH con anterioridad y no usar condón en sus últimas relaciones sexuales.</p>	<p>Liu et al. (2018).</p> <p>Wang, Li, Stanton, y McGuire (2010).</p> <p>Ehrlich et al. (2007).</p>
--	--	---	--	---

		8. ¿Crees que por ser una persona migrante intervino para tener acceso o se te negara la atención en salud sexual?		
Inicio de la atención: es definida por los motivos de intención que un migrante tiene para llevar a cabo el inicio y continuación de atención a sus necesidades en salud sexual.	IDA	9. ¿Qué esperas del servicio de salud en atención sexual?  10. En tu opinión ¿Qué tipo de atención consideras que deban de proporcionar las		

		instituciones a la población migrante en relación a la salud sexual?		
Continuación de la atención: es definida por los motivos que un migrante tiene dar continuidad a su atención de necesidades en salud sexual	CDA	11. Cuando tengas una necesidad en atención de salud sexual ¿A dónde acudirías para recibir atención?, si no va a ningún servicio, ¿Por qué no buscarías atención?, ¿Qué cambios se tendrían que producir para	<p><b>Conducta</b></p> <p>-Conducta sexual segura</p> <p>La conducta sexual protectora se asocia con mayor conocimiento del VIH y percepción de riesgo para VIH. La percepción de que el uso sistemático del condón (conducta sexual protectora) podría prevenir la transmisión del VIH se asoció con mayor probabilidad de usar el condón de manera consistente. La conducta sexual protectora se asocia con una mayor conducta de comunicación sexual con la pareja como el negociar el uso del condón y rechazar el sexo con sus parejas si se niegan a usar el condón.</p> <p>-Uso consistente del condón</p>	Tarkang y Pencille (2018). Guerra-Ordoñez et al. (2017a). Wang et al. (2019). Connors et al. (2017). Dai et al. (2015).

		<p>acudir a solicitar atención en salud sexual?</p> <p>12. ¿Cómo darías continuidad a tu necesidad en atención de salud sexual debido a tu condición como migrante?</p>	<p>El uso consisten del condón en la población migrante se asocia con la intención de uso consistente del condón, conocimiento sobre salud sexual, percepción del riesgo para ITS/VIH, nivel educativo, actitud positiva de uso del condón, aprobación social para utilizar el condón, comunicación sexual con la pareja, autoeficacia para sexo seguro y realizar la prueba rápida del VIH en caso de percibir riesgo.</p> <p>-Realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo</p> <p>El realizar la prueba del VIH cada vez que exista una percepción de riesgo se asocia positivamente con edades mayores a 25 años, sexo femenino, mayor nivel educativo, conocimiento sobre salud sexual, aprobación social para realizar la prueba del</p>	<p>Markosyan et al. (2007).</p> <p>Dias, Gama, Severo, y Barros (2011).</p> <p>Deering et al. (2015).</p> <p>Hall et al. (2019).</p>
--	--	---	---	--

			VIH, actitud positiva para realizar la prueba y conductas sexuales de riesgo.	
--	--	--	---	--

*Nota:* se describen las categorías, abreviaciones, reactivos, temas y fuente teórica de las variables cualitativas



## Apéndice B

### Hoja de verificación para identificar los activos en salud disponibles para población migrante en tránsito

Unidad que brinda Servicios en Salud:			
Responsable de la unidad:			
Nivel de atención o especialización en salud:			
Publico:		Privado:	
Migrantes atendido en el último año:			
Apoyo más solicitado (educación continua, pruebas, condones):			
Seguimiento de migrantes:			
Favor de responder si o no a la siguiente solicitud de información, pretendemos conocer cuáles son los activos disponibles en Mexicali, Baja California para atender las necesidades en salud sexual de la población migrante en tránsito:			
REACTIVOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1- ¿Se dispone de protocolos de atención específicos para atender necesidades en salud sexual?			
2- ¿Se cuenta con protocolos específicos para población migrante?			
3- ¿Cuentan con personal capacitado para brindar la atención necesaria en población con necesidades en salud sexual?			
4- ¿La atención proporcionada por personal capacitado incluye a población migrante?			
5- ¿Cuenta con los recursos materiales necesarios para brindar la atención en salud sexual?			
6- ¿Un migrante puede solicitar materiales en salud sexual?			
7- ¿Proporcionan educación continua en salud sexual?			
8- ¿Un migrante puede recibir educación continua en salud sexual?			
9- ¿Cuenta con material específico “Condomes” para proporcionar a la población migrante que los solicite?			
10- ¿En caso de que migrantes soliciten condones, se les puede proporcionar?			

<p>11- ¿Cuentan con pruebas para infecciones de transmisión sexual y prueba rápida del VIH para población que lo requiera?</p> <p>12- ¿Se les pueden proporcionar estas pruebas a un migrante que las solicite?</p>			
<p>13- ¿Brindan seguimiento para el tratamiento de ITS y VIH?</p> <p>14- ¿Para la población migrante brindan seguimiento de ITS y VIH?</p>			
<p>15- ¿Los servicios en salud sexual que se proporcionan a la población tienen algún costo?</p> <p>16- ¿Para un migrante tendría algún costo?</p>			
<p>Observaciones por parte del responsable que desee agregar:</p>			



**Apéndice C**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**Consentimiento informado para personal de instituciones**

**Título de proyecto: Modelo de activos para la salud en la conducta sexual de migrantes en tránsito**  
**Autor: Arodi Tizoc Márquez**  
**Director de Tesis: Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis**

**Introducción/Objetivo del estudio:**

Se me ha invitado a participar en la investigación que lleva como propósito conocer los diversos activos (recursos) en salud que pueden existir en la comunidad como lo son; intangibles (servicios médicos), personas, instituciones, asociaciones formales, asociaciones informales, económicos y culturales, que apoyen de cualquier manera al migrante en tránsito, pero sobre todo en sus necesidades sexuales. Dicha investigación es un requisito para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Todos los datos obtenidos serán utilizados con fines científicos. Las conductas sexuales de riesgo están relacionadas con enfermedades de transmisión sexual como el VIH, los migrantes en tránsito son una población vulnerable que requiere atención en estas circunstancias y muchas veces no saben a dónde acudir o donde solicitar apoyo. Es por ello que es de interés conocer mi opinión sobre algunas preguntas relacionadas al tema y obtener los datos necesarios.

**Descripción del Estudio/Procedimientos:**

Para la recolección de datos se agendará una cita según mi disponibilidad, mi participación es anónima por lo cual la información que proporcione no incluirán datos personales. La sesión será realizada por el investigador principal, se trabajará con una hoja de verificación para conocer los activos disponibles y que facilite la expresión sobre la temática. Es importante resaltar que al llevar a cabo el proceso se cuidará que solo se traten temas relacionados con el objetivo del estudio, el tiempo estimado son 20 minutos.

**Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio.**

El riesgo que tengo al participar en esta investigación es mínimo debido a que se abordarán temas sensitivos externos a tu persona, que no afectarán mi integridad física, pero algunas preguntas podrían generarme incomodidad, y si eso sucediera puedo retirarme de la investigación en el momento que lo decida sin que esto tenga repercusiones.

**Beneficios esperados:**

Al participar en esta investigación no recibiré ningún pago sin embargo la información que proporcione servirá para conocer cuáles son las herramientas y apoyos disponibles para subsanar las principales necesidades de salud sexual en personas en migración, añadido a ello esto ayudará a gestionar medidas de prevención en salud.

**Compromisos del Investigador:**

Tendré garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con el proyecto de investigación en el momento que la haga saber.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / AñoDirección  
\_\_\_\_\_

Testigo 2: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / AñoDirección  
\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año



## Apéndice D

### **Guía de entrevista semiestructurada para identificar las necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual en población migrante en tránsito**

1. Podrías compartir conmigo ¿Qué significado tiene para ti la salud sexual?
2. ¿En tú estancia en esta ciudad has observado que exista apoyo en salud sexual?  
¿Cómo se presenta este apoyo y por quienes?
3. ¿Ha intentado buscar atención en salud sexual? ¿Por qué?
4. ¿Cuáles serían los motivos por el cual buscarías atención en salud sexual?
5. ¿Has experimentado acercamientos con hospitales o instituciones para solicitar algún servicio de salud sexual? En caso que tu respuesta sea si, podrías relatarme esta experiencia. En caso que tu respuesta sea no, que crees que sucedería con tu intención de buscar atención en salud sexual
6. ¿Cómo fue tu experiencia en la búsqueda de atención en salud sexual?
7. ¿Culés serían los motivos por los cuales no buscarías atención en salud sexual?
8. ¿Crees que por ser una persona migrante se condicione el poder acceder o negarte la atención en salud sexual?
9. ¿Cómo esperas que sea la atención de los servicios de salud sexual cuando tengas necesidad de buscarla?
10. En tu opinión ¿Qué tipo de atención consideras que deban de proporcionar las instituciones a la población migrante en relación a la salud sexual?
11. Cuando tengas una necesidad en atención de salud sexual ¿A dónde acudirías para recibir atención?, si tu respuesta es negativa de no acudir a ningún servicio, ¿Por qué no buscarías atención?, ¿Qué cambios se tendrían que producir para acudir a solicitar atención en salud sexual?
12. ¿Cómo darías continuidad a tu necesidad en atención de salud sexual debido a tu condición como migrante?
13. ¿Hay algo más que quisieras compartir respecto a tus necesidad de atención de salud sexual?



**Apéndice E**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**Consentimiento informado para migrantes en tránsito de etapa cualitativa**

**Título de proyecto: Modelo de activos para la salud en la conducta sexual de migrantes en tránsito**

**Autor: Arodi Tizoc Márquez**

**Director de Tesis: Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis**

**Introducción/Objetivo del estudio:**

Se me ha invitado a participar en la investigación que lleva como propósito conocer las principales necesidades de acceso potencial a los servicios de salud sexual de migrantes en tránsito, como es mi caso. Dicha investigación es un requisito para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Todos los datos obtenidos serán utilizados con fines científicos. Las conductas sexuales de riesgo están relacionadas con enfermedades de transmisión sexual como el VIH, los migrantes en tránsito son una población vulnerable que requiere atención en estas circunstancias. Es por ello que me han explicado que es importante conocer mi opinión sobre algunas preguntas relacionadas al tema y obtener los datos necesarios.

**Descripción del Estudio/Procedimientos:**

La recolección de datos se realizará en el momento de encuentro o se agendará una cita según mi disponibilidad, mi participación es anónima por lo cual la información que proporcione no incluirá datos personales. La sesión será realizada por el investigador principal, además se trabajará con una guía de preguntas que facilite la expresión y libertad de mis experiencias, opiniones y significados sobre la temática, se utilizarán dos grabadoras de audio. Es importante resaltar que al llevar a cabo la entrevista se cuidará que solo se traten temas relacionados con el objetivo del estudio, además se observará el contexto donde me encuentre, se observará la comunicación no verbal, tal como la postura corporal, expresiones faciales o comentarios, esto se anotará en un diario de notas de campo, el tiempo estimado son 45 minutos.

**Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio.**

El riesgo que tengo al participar en esta investigación es mínimo debido a que se abordarán temas sensitivos sobre sexualidad que no afectarán mi integridad física, pero algunas preguntas podrían generarme incomodidad, y si eso sucediera puedo retirarme de la investigación en el momento que lo decida sin que esto tenga repercusiones.

**Beneficios esperados:**

Al participar en esta investigación no recibiré ningún pago sin embargo sin embargo la información que proporcionaciones servirá para conocer cuáles son las principales necesidades de salud sexual de personas migrantes en tránsito, esto ayudará a gestionar medidas de prevención en salud.

**Compromisos del Investigador:**

Tendré garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con el proyecto de investigación en el momento que la haga saber.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Dirección

\_\_\_\_\_

Testigo 2: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Dirección

\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

\_\_\_\_\_



**Apéndice F**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**Consentimiento informado para migrantes en tránsito de la etapa cuantitativa**

**Título de proyecto: Modelo de activos para la salud en la conducta sexual de migrantes en tránsito**

**Autor: Arodi Tizoc Márquez**

**Director de Tesis: Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis**

**Introducción/Objetivo del estudio:**

Se me ha invitado a participar en la investigación que lleva como propósito conocer la conducta sexual de migrantes en tránsito. Dicha investigación es un requisito para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Todos los datos obtenidos serán utilizados con fines científicos. Las conductas sexuales de riesgo están relacionadas con enfermedades de transmisión sexual como el VIH, los migrantes en tránsito son una población vulnerable que requiere atención en estas circunstancias. Es por ello que me han explicado que es conocer mi opinión sobre algunas preguntas relacionadas al tema y obtener los datos necesarios.

**Descripción del Estudio/Procedimientos:**

La recolección de datos se realizará en el momento de encuentro o se agendará una cita según mi disponibilidad, mi participación es anónima por lo cual la información que proporcione no incluirá datos personales. La actividad que realizaré consistirá en expresar la opinión que tengo de acuerdo a temas dispuestos en las preguntas que se me van a realizar, ejemplo de los temas son: cuales son conductas sexuales que puede tener una persona en proceso migratorio y temas sobre enfermedades de transmisión sexual, no deberé dejar ninguna pregunta sin contestar, sin embargo el autor principal del estudio me apoyará en todo momento para evitar problemas de legibilidad o dudas en las preguntas, el tiempo estimado de llenado y son 45 minutos.

**Riesgos o molestias y aspectos experimentales del estudio.**

El riesgo que tengo al participar en esta investigación es mínimo debido a que se abordarán temas sensitivos sobre sexualidad que no afectarán mi integridad física, pero algunas preguntas podrían generarme incomodidad, y si eso sucediera puedo retirarme de la investigación en el momento que lo decida sin que esto tenga repercusiones.

**Beneficios esperados:**

Al participar en esta investigación no recibiré ningún pago sin embargo la información que proporcione servirá para conocer como son las conductas sexuales de los migrantes en tránsito, esto ayudará a gestionar medidas de prevención en salud.

**Compromisos del Investigador:** Tendré garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con el proyecto de investigación en el momento que la haga saber.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / AñoDirección  
\_\_\_\_\_

Testigo 2: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / AñoDirección  
\_\_\_\_\_Nombre de la persona que obtiene el consentimiento  
\_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

## Apéndice G

### Cédula de datos personales para migrantes

Instrucciones: Esta cédula tiene por objetivo recoger tus datos personales de carácter confidencial y anónimo. Por favor, lee detenidamente y responde las preguntas completando o marcando con una ✓ tu respuesta.

#### *Datos personales*

¿Sexo al nacimiento? Hombre  Mujer

¿Te identificas como...? Hombre  Mujer

¿Cuántos años tienes? \_\_\_\_\_

¿En qué país naciste? \_\_\_\_\_

¿Tus estas? Casado(a)  Unión libre  Soltero(a)  Divorciado (a)  Viudo(a)

¿Número de años de educación formal? (contando desde la primaria) \_\_\_\_\_

-¿Qué nivel educativo es el último que cursaste

Primaria:

Secundaria:

Preparatoria:

Profesional:

¿Cuál profesión estudian? \_\_\_\_\_

¿Qué religión practicas?

Católica

Cristiana

Testigos de Jehová

Ninguna

Otras \_\_\_\_\_

#### *Migración*

¿A qué edad iniciaste a migrar? \_\_\_\_\_

¿Es la primera vez que intentas migrar? Sí  No

¿Cuántas veces has intentado migrar? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo en días llevas migrando desde que saliste de tu casa en la última migración?  
\_\_\_\_\_

¿Cuándo iniciaste a migrar al salir de hogar lo hiciste solo o en compañía?

\_\_\_\_\_

¿Cuál fue tu principal transporte para llegar aquí? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo llevas en este país? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo llevas en esta ciudad (sin intentar cruzar)? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo llevas en esta ciudad (intentando cruzar)? \_\_\_\_\_

¿Planeas quedarte en esta ciudad como tu destino final? Sí  No

¿Por qué motivo decidiste emigrar a otro país/ciudad?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cómo consideras tú condición de migrante actualmente?

-Establecido en esta ciudad

-En tránsito (solo está de pasada en este lugar)

-Deportado

-Subsecuente (voy y vengo, intentaré las veces que sean necesarias para llegar a mi destino)

¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Cuántas parejas sexuales has tenido desde el inicio de tu vida sexual hasta el momento del inicio de migración? \_\_\_\_\_

¿Cuántas parejas sexuales has tenido desde que iniciaste tú migración a la actualidad? \_\_\_\_\_

En el último año ¿Cuántas parejas sexuales has tenido incluyendo tu pareja formal? \_\_\_\_\_

En los últimos tres meses ¿Cuántas parejas sexuales has tenido incluyendo tu pareja formal? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de relación sexual prácticas con mayor frecuencia? (ordena con número)

Vaginal  Anal  Oral

¿Tú tienes pareja (s)?

No tengo pareja

Pareja formal (hombre)

Pareja formal (mujer)

Pareja casual (hombre)

Pareja casual (mujer)

Pareja casual (mujer y hombre)



## Apéndice H

### Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual

(Espada et al., 2014)

Por favor lee las frases acerca del conocimiento sobre salud sexual para ITS/VIH. Luego responde cada pregunta marcando una sola (verdadera y falsa).

Reactivos	Verdadero	Falso
1. El sida es causado por un virus llamado «VIH»		
2. La principal vía de transmisión del VIH en México es a través de las relaciones sexuales		
3. Los animales domésticos pueden transmitir el virus del sida		
4. Una mujer seropositiva embarazada puede transmitir el VIH a su bebé		
5. Las personas seropositivas pueden transmitir el virus del sida aunque no estén enfermas		
6. El VIH se transmite por medio de secreciones vaginales y seminales, y la sangre		
7. El VIH se transmite por el aire		
8. Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o enfermas de sida		
9. Lavar la ropa con la de un seropositivo o enfermo de sida implica riesgo de contraer la enfermedad		
10. Los mosquitos pueden transmitir el virus del sida		
11. Existe riesgo de contraer el VIH por compartir jeringuillas contaminadas		
12. El VIH afecta al sistema inmunológico humano		

13. El virus del sida afecta a todas las células del organismo humano		
14. El período ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH		
15. El anillo vaginal o el DIU son métodos eficaces para evitar el sida		
16. Las píldoras anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales		
17. El preservativo es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH		
18. El preservativo femenino es tan eficaz como el preservativo masculino para evitar la transmisión del virus del sida		
19. Dar un beso húmedo a una persona seropositiva es un riesgo para la transmisión del VIH		
20. Abrazar y besar en la mejilla a una persona seropositiva implica riesgo de transmisión del VIH		
21. Practicar el coito haciendo la «marcha atrás» es una forma segura de practicar sexo sin riesgo de infección por VIH		
22. La prueba de detección del VIH se suele realizar mediante un análisis de sangre		
23. Es posible saber si hay infección por el VIH al día siguiente de una práctica de riesgo		
24. Los tratamientos médicos actuales pueden reducir la cantidad de VIH en el organismo		
25. Actualmente existe una vacuna contra la infección del VIH		

26. Las infecciones y enfermedades que aparecen debido al debilitamiento del sistema inmune por la acción del VIH, se llaman «enfermedades oportunistas»		
27. La gonorrea y la clamidia son dos enfermedades de transmisión sexual comunes		
28. Cuando un chico/a tiene gonorrea o gonococia no es necesario tratar a la pareja		
29. La gonorrea puede pasar sin síntomas en la mujer		
30. La gonorrea se curan solas en la mayoría de los casos		
31. La sífilis es una enfermedad prácticamente desaparecida		
32. La sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se trata precozmente		
33. El contagio de la sífilis actualmente es muy difícil		
34. El contagio por herpes genital solo da síntomas en dicha zona		
35. No es conveniente mantener relaciones sexuales si se tiene una infección por herpes genital		
36. Una vez curado y tratado el herpes genital, no hay peligro de nuevos contagios		
37. El uso de cremas espermicidas durante las relaciones sexuales evita el contagio por clamidias		
38. Las vías de transmisión de la hepatitis B no son bien conocidas		
39. La hepatitis B nunca deja secuelas		

## Apéndice I

### Escala de percepción de riesgo de ITS/VIH (Lauby, Bond, Eroglu & Amp; Batson, 2006)

Las preguntas siguientes se refieren a la percepción de riesgo que usted siente de infectarse con ITS/VIH.

Selecciona solo una respuesta, con la que usted más se identifique.

1. Que tan probable es que actualmente esté infectado con alguna ITS (gonorrea, sífilis y herpes)

1	2	3	4	5
Muy Improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable

2. Que tan probable es que actualmente esté infectado con el VIH.

1	2	3	4	5
Muy Improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable

3. Probabilidad de infectarme con alguna ITS (gonorrea, sífilis y herpes) en mi vida.

1	2	3	4	5
Muy Improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable

4. Probabilidad de infectarme con VIH en mi vida.

1	2	3	4	5
Muy Improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable

5. Probabilidad de que haya hecho cosas para aumentar el riesgo de contraer alguna ITS (gonorrea, sífilis y herpes)

1	2	3	4	5
Muy Improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable

6. Probabilidad de que haya hecho cosas para aumentar el riesgo de contraer el VIH.

1	2	3	4	5
Muy Improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable

7. Probabilidad de que mi pareja sexual contraerá alguna ITS (gonorrea, sífilis y herpes)

1	2	3	4	5
Muy Improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable

8. Probabilidad de que mi pareja sexual contraerá el VIH.

1	2	3	4	5
Muy Improbable	Improbable	Poco probable	Probable	Muy probable

## Apéndice J

### Escala de actitud del uso del condón formato corto

(Roy, Anderson, Evans, Rahman, & Rahman, 2013)

Las siguientes preguntas se refieren a la actitud que tiene hacia el uso del condón

Selecciona una respuesta, con la que usted más se identifique

1. Los condones son incómodos

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo

2. La idea de usar condón no me atrae

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo

3. Usar condones hace que el sexo no sea agradable

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo

4. El uso adecuado de condones mejora el placer sexual

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo

5. Evitaría usar condón si es posible

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo

6. Simplemente no me gusta la idea de usar condones

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo

7. Los hombres que usan condones muestran preocupación y responsabilidad con su (s) pareja (s)

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo

8. Usar condones es poco masculino

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo

9. Los condones son la mejor manera de protegerme del VIH y contra otras ITS

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo

10. La sugerencia de una pareja de usar un condón significa que ella no confía en su pareja

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso/Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo

## Apéndice K

### Subescala de actitud hacia la prueba rápida del VIH

(Espada et al., 2013)

Por favor responda según su creencia acerca de las frases de la actitud hacia la prueba rápida del VIH, los factores de respuesta son: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo.

Reactivos	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Estaría dispuesto a hacerme la prueba rápida del VIH/SIDA si hubiera tenido un comportamiento de riesgo				
2. Recomendaría a un amigo hacerse la prueba rápida del VIH/SIDA si él / ella ha tenido comportamientos de riesgo sexual.				

## Apéndice L

### Reactivos para aprobación social del uso de condón

(Van Rossem & Meekers, 2011)

Por favor responda según su creencia acerca de las frases de la aprobación social para el uso de condón, los factores de respuesta son: desaprobar por completo, desaprueba, indeciso/neutral, aprueba y aprobar por completo

Reactivos	Desaprobar por completo	Desaprueba	Indeciso/neutral	Aprueba	Aprobar por completo
1 ¿Cómo reaccionaría tu pareja actual si le propones usar condón en tus relaciones sexuales?					
2 ¿Cómo reaccionarían tus amigos o compañeros de recorrido si supieran que usas condón en tus relaciones sexuales?					
3 ¿Cómo reaccionaría tu familia si supieran que usas condón en tus relaciones sexuales?					

### Apéndice M

#### Reactivos para aprobación social para realizar la prueba rápida del VIH (Kakoko, Åstrøm, Lugoe, & Lie, 2006)

Por favor responda según su creencia acerca de las frases de la aprobación social de realizar la prueba rápida del VIH, los factores de respuesta son: No probable/en absoluto, No improbable / no probable, probablemente y muy probable.

Reactivo	No probable/en absoluto	No improbable / no probable	Probablemente	Muy probable
1. ¿Qué posibilidad existe de que tu pareja apruebe el asesoramiento sobre VIH cuando asistieras a servicios de atención médica?				
2. ¿Qué posibilidad existe de que tus amigos o compañeros, aprueben el asesoramiento sobre VIH cuando asistieras a servicios de atención médica?				
3. ¿Qué posibilidad existe de que tus familiares aprueben el asesoramiento sobre VIH cuando asistieras a servicios de atención médica?				

Por favor responda según su creencia acerca de las frases de la aprobación social de realizar la prueba rápida del VIH, los factores de respuesta son: No probable/en absoluto, No improbable / no probable, probablemente y muy probable

Reactivo	No probable/en absoluto	No improbable / no probable	Probablemente	Muy probable
4. ¿Qué posibilidad existe de que tu pareja apruebe el realizar la prueba rápida del VIH cuando asistieras a servicios de atención médica?				
5. ¿Qué posibilidad existe de que tus amigos o compañeros, aprueben el realizar la prueba rápida del VIH cuando asistieras a servicios de atención médica?				
6. ¿Qué posibilidad existe de que tus familiares aprueben el realizar la prueba rápida del VIH cuando asistieras a servicios de atención médica?				

## Apéndice N

### Subescala de autoeficacia para el uso constante del condón

(Hanna, 1999)

Favor de responder las preguntas conforme a lo que se acerca a tu sentir de que tan capaz te sientes de usar el condón de forma constante, con la que más te identifiques.

Me siento capaz de:	Muy inseguro	Inseguro	Ni seguro, ni inseguro	Seguro	Muy seguro
1- Poder llevar un condón conmigo, en caso que lo necesite					
2- Poder usar un condón cada vez que tengo sexo					
3- Poder usar un condón nuevo, cada vez que tengo sexo					

## Apéndice O

### Escala de autoeficacia para las conductas de riesgo del VIH

(Smith et al. 1996)

Por favor indique que tan seguro/a se siente de su habilidad para desempeñar las siguientes actividades. Por favor escoja "Para nada seguro (a) = 1", "Algo inseguro (a) = 2", "Ni seguro (a) ni inseguro (a) = 3", "Seguro (a) =4, "Muy seguro (a) = 5".

Reactivos	Para nada seguro (a)	Algo inseguro	Ni seguro (a) ni inseguro (a)	Seguro (a)	Muy seguro (a)
1- ¿Discutir sexo seguro con mi compañero/a?					
2- ¿Comprar condones en la farmacia?					
3- ¿Rehusarse a tener relaciones sexuales con alguien a quien no conoce muy bien?					
4- ¿Usar un condón correctamente si su compañero/a así lo desea?					
5- ¿Rehusarse a inyectar drogas si sus amigos le piden que se inyecte con ellos?					
6- ¿Convencer a su compañero/a que él/ella debe utilizar un condón?					
7- ¿Evitar que su compañero/a tenga sexo anal con usted?					
8- ¿Preguntar a su compañero /a sobre otros compañeros/as sexuales?					
9- ¿Rehusarse a utilizar una aguja que ha sido utilizada por un amigo/a?					

## Apéndice P

### Escala de comunicación sexual protectora en salud sexual

(Peragallo et al., 2005)

Por favor responda unas preguntas sobre cosas que la gente discute con su pareja sexual

En los últimos 3 meses, con su pareja actual

Reactivos	1- SI	0- NO
1. ¿Le ha preguntado a su pareja como se siente sobre el uso de condones, antes de tener relaciones sexuales?		
2. ¿Le ha preguntado a su pareja con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?		
3. ¿Le ha dicho a su pareja con cuántas personas usted ha tenido relaciones sexuales?		
4. ¿Le dijo a su pareja que usted no iba a tener relaciones sexuales sin usar un condón?		
5. ¿Habló con su pareja sobre la necesidad de que ambos se hicieran la prueba del VIH/SIDA?		
6. ¿Antes de tener relaciones, habló con su pareja sobre conocerse mejor antes de tenerlas?		
7. ¿Le preguntó a su pareja si alguna vez él (ella) había tenido una enfermedad sexual como herpes, sífilis o gonorrea?		
8. ¿Le preguntó a su pareja si alguna vez se inyectó drogas, como la heroína o cocaína?		
9. ¿Le ha preguntado a su pareja si ha tenido relaciones homosexuales?		
10. Sí usted tiene o hubiera tenido una relación homosexual, ¿se lo diría a su pareja?		

## Apéndice Q

### Subescala de intención para el uso del condón

(Schutz, Godin, Kok & Vézina-Im, 2011)

Por favor indique que tan seguro/a se siente de su habilidad para desempeñar las siguientes actividades. Por favor escoja "Muy inseguro", "Inseguro", "Ni seguro (a) ni inseguro (a)", "Seguro (a) o "Muy seguro (a)".

Reactivos	Muy inseguro (a)	Inseguro (a)	Ni seguro, ni inseguro (a)	Seguro (a)	Muy seguro (a)
1. En el próximo mes ¿Tienes la intención de usar condón o pedirle a tu pareja que lo use cada vez que tengas sexo?					
2. En el próximo mes ¿Qué tan probable es que uses condón o pedirle a tu pareja que lo use cada vez que tengas sexo?					
3. En el próximo mes ¿Tendrás la determinación de usar condón o pedirle a tu pareja que use lo use cada vez que tengas sexo?					

**Apéndice R**  
**Reactivos para intención de realizar la prueba rápida del VIH**  
**ante la identificación del riesgo**  
**(Kakoko, Åstrøm, Lugoe, & Lie, 2006)**

Por favor responda las frases acerca de la práctica del sexo. Sus respuestas pueden ser:  
 No probable/en absoluto, no improbable / no probable, probablemente y muy  
 probablemente.

Reactivos	No probable/en absoluto	No improbable / no probable	Probablem ente	Muy probable
1. ¿Qué posibilidad existe de que necesites asesoramiento sobre VIH y realizar prueba de VIH rápida la próxima vez que requieras atención médica?				
2. ¿Qué posibilidad existe de que solicites asesoramiento sobre VIH y realizar prueba de VIH rápida la próxima vez que requieras atención médica?				
3. ¿Qué posibilidad existe de que aceptes asesoramiento sobre VIH y realizar prueba de VIH rápida la próxima vez que requieras atención médica?				

## Apéndice S

### Cuestionario de conducta de sexo seguro

(DiIorio, et al., 1993).

Por favor responda las frases acerca de la práctica del sexo. Sus respuestas pueden ser, nunca, a veces, la mayoría del tiempo y siempre.

Reactivos	Nunca	A Veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales.				
2. Uso cocaína u otras drogas antes o durante mis relaciones sexuales.				
3. Me detengo a ponerme un condón o a ponérselo a mi pareja durante los juegos sexuales preliminares.				
4. Le pregunto a posibles compañeros sexuales acerca de sus propios historiales sexuales.				
5. Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual.				

6. Mi pareja y yo usamos espermicida y condón cada vez que tenemos relaciones sexuales.				
7. Tengo relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas intravenosas.				
8. Les pregunto a mis posibles compañeros sexuales acerca de sus historiales de prácticas bisexuales u homosexuales.				
9. Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.				
10. Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozca su historial sexual.				
11. Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando tengo mis genitales irritados o con llagas.				
12. Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual.				

13. Insisto en examinar los genitales de mi pareja sexual para ver si hay presencia de llagas, cortes, o heridas abrasivas.				
14. Si estoy en desacuerdo con la información que mi pareja tiene sobre la práctica de sexo seguro, enseguida doy mi punto de vista.				
15. Practico sexo oral sin usar medidas protectoras como un condón o similar.				
16. Uso guantes de goma durante los juegos sexuales cuando mis manos presentan cortes o abrasiones.				
17. Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.				
18. Practico sexo anal				
19. Les pregunto a mis posibles parejas sexuales acerca de sus historiales del uso de drogas intravenosas.				

20. Si sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual, tengo en mente practicar sexo seguro.				
21. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo.				
22. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.				
23. Me resulta difícil discutir asuntos de sexo con mis parejas sexuales.				
24. Inicio conversaciones sobre sexo seguro con mis posibles parejas sexuales.				
25. Tengo relaciones sexuales con alguien que es bisexual o gay.				
26. Practico sexo anal sin usar condón.				
27. Tomo bebidas alcohólicas antes o durante mis relaciones sexuales.				

## Apéndice T

### Cuestionario para medir uso consistente del condón

(Ajayi, Ismail, & Akpan, 2019)

Por favor responda las frases acerca del uso consistente del condón según su percepción.

	SI	NO
1. ¿Usted o su pareja usaron protección regularmente en cada encuentro sexual en los últimos tres meses?		
2. ¿El tipo de protección que utilizaron fue el condón?		
3. En cada encuentro sexual en los últimos tres meses, ¿siempre usaste un condón?		

## Apéndice U

### Cuestionario para medir el realizar la prueba rápida del VIH cada vez que exista un riesgo

(Rowell-Cunsolo, Cortes, Long, Castro-Rivas, & Liu, 2017)

Por favor responda las frases acerca de la realización de prueba rápida del VIH cada vez que exista un riesgo.

Reactivos	SÍ	NO
1. ¿Si llevara a cabo conductas sexuales de riesgo que pusieran en duda mi estado de salud buscaría realizarse la prueba rápida del VIH y asesoramiento sobre VIH?		
2. ¿Si tuviera la oportunidad de realizarme la prueba rápida del VIH y asesoramiento sobre VIH lo aceptaría?		

## **Resumen Autobiográfico**

Arodi Tizoc Márquez

Candidato a obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

**Tesis:** MODELO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA CONDUCTA SEXUAL DE MIGRANTES EN TRÁNSITO

**Biografía:** Nacido en Culiacán Sinaloa el 10 de julio de 1989. Hijo de la Sra. Digna Graciela Márquez Nungaray, formado, cuidado y educado por la Sra. Digna Graciela Márquez Nungaray.

**Educación:** Egresado de la carrera de Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de Sinaloa (2006-2011) y de la Maestría en Ciencias de Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (2013-2015).

**Experiencia Profesional:** Licenciado en Enfermería en el Hospital Materno Infantil de Culiacán, Sinaloa, y Hospital General de Culiacán, Sinaloa (2011-2013). Profesor de medio tiempo de la Universidad Autónoma de Sinaloa (2015-2016), Escuela Superior de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo/Investigador de la Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Enfermería desde el 2016 a la fecha 2021. Miembro de la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau Internacional Capítulo Tau Alpha desde el 2015 a la fecha 2021.

Integrante del Comité Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación en Salud en Baja California en Enfermería, donde cumpla funciones de evaluación académica de programas educativos en el estado de distintas universidades además de emitir recomendaciones respecto al fortalecimiento de los programas de estudios de dichas unidades, por parte de investigación fortalecer la

calidad de atención y desarrollo de la investigación, a través de la vinculación multidisciplinaria y promover los posgrados en enfermería, conjuntamente promover los convenios de colaboración entre instituciones de salud y educativas para la apertura de campos clínicos (2016- 2019).

-Coordinador de Servicio Social Profesional de la Facultad de Enfermería UABC, donde tengo a mi cargo 250 alumnos o más por año, con una renovación semestral de 125 alumnos por semestre, superviso y fomento el aprendizaje en la formación del recurso humano de enfermería, mi principal actividad es buscar condiciones en la red de sistemas salud para asumir el proceso educativo de calidad en los distintos programas de Servicio Social Profesional, Universitario y Vinculación de los cuales están asignados a las distintas unidades de salud como IMSS, Hospital General, Centros de Salud ISESALUD, Hospital Materno Infantil, ISSSTE, ISSSTECALI, Centros de Integración Juvenil, DIF, Unidades Educativas como “CBTIS y CECYTE”, Módulos de Enfermería en la comunidad, Centros de atención comunitarios entre otros del Estado de Baja California, municipios de Mexicali, Ensenada, Tijuana y periferias, todo este trabajo genera Licenciados en Enfermería con conocimientos renovados para brindar atención en el primer, segundo y tercer nivel en salud y con ello se beneficia a la comunidad y grupos vulnerables (2015-2019)

Actualmente desde 2019 a la fecha 2021 Coordinador del Programa de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Autónoma de Baja California, responsable de una matrícula de 1200 alumnos y 136 docentes.

**Correo electrónico:** arodimarquez@gmail.com