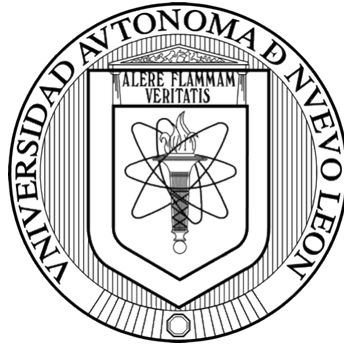


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



TEORÍA DE SITUACIÓN ESPECÍFICA DE CONDUCTAS SEXUALES DE
MUJERES MIGRANTES EN TRÁNSITO EN LA
FRONTERA NORTE DE MÉXICO

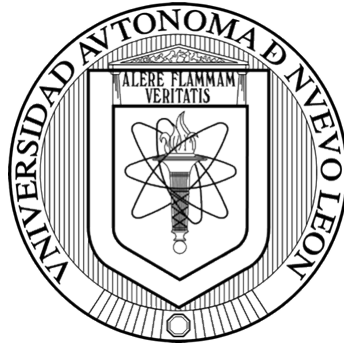
Por

M.E. PATRICIA MARISOL MÁRQUEZ VARGAS

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

SEPTIEMBRE, 2021

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



TEORÍA DE SITUACIÓN ESPECÍFICA DE CONDUCTAS SEXUALES DE
MUJERES MIGRANTES EN TRÁNSITO EN LA
FRONTERA NORTE DE MÉXICO

Por

M.E. PATRICIA MARISOL MÁRQUEZ VARGAS

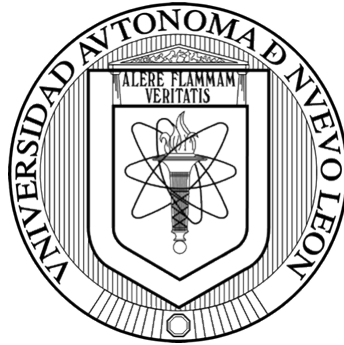
Director de Tesis

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD.

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

SEPTIEMBRE, 2021

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



TEORÍA DE SITUACIÓN ESPECÍFICA DE CONDUCTAS SEXUALES DE
MUJERES MIGRANTES EN TRÁNSITO EN LA
FRONTERA NORTE DE MÉXICO

Por:

M.E. PATRICIA MARISOL MÁRQUEZ VARGAS

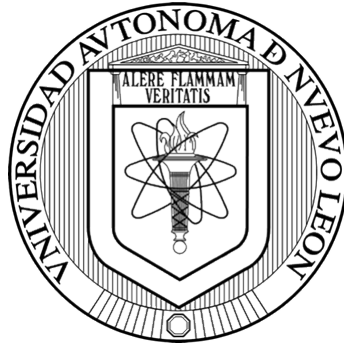
Co-Director de Tesis

DCE. JESUS ALEJANDRO GUERRA ORDOÑEZ

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

SEPTIEMBRE, 2021

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



TEORÍA DE SITUACIÓN ESPECÍFICA DE CONDUCTAS SEXUALES DE
MUJERES MIGRANTES EN TRÁNSITO EN LA
FRONTERA NORTE DE MÉXICO

Por

M.E. PATRICIA MARISOL MÁRQUEZ VARGAS

Asesor Estadístico

DRA. JEYLE ORTIZ RODRIGUEZ

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

SEPTIEMBRE, 2021

TEORÍA DE SITUACIÓN ESPECÍFICA DE CONDUCTAS SEXUALES DE
MUJERES MIGRANTES EN TRÁNSITO EN LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO

Aprobación de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Director de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Presidente

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Secretario

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

1er. Vocal

DCE. Jesús Alejandro Guerra Ordoñez

2do. Vocal

Dra. Jeyle Ortiz Rodríguez

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Tamaulipas por su apoyo financiero para la realización de este doctorado, así como a la Facultad de Enfermería Laredo y sus directivos por la gestión de la beca y su apoyo institucional, especialmente a la Dra. Noemí Selene Alarcón Luna por ser una excelente líder y brindar su apoyo en todo momento.

A mi Director de Tesis, la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres por compartir su conocimiento y experiencia en investigación, por su exigencia, motivación y apoyo a lo largo de este proceso, por ser un ejemplo de liderazgo, disciplina, organización y compromiso para mí, por guiarme y apoyarme en todo momento.

A mi Co-Director de tesis, el Dr. Jesús Guerra Ordoñez por compartir su tiempo, conocimiento y experiencia que contribuyeron a mi perfil y crecimiento como investigadora durante el desarrollo del estudio, así como por su apoyo durante la estancia de investigación a distancia y sus acertados consejos que me mantuvieron motivada a lo largo de la implementación del proyecto.

A mi jurado de tesis, la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis y la Dra. Jeyle Ortiz Rodríguez por sus valiosas y atinadas aportaciones para consolidar el presente proyecto de investigación.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo por su excelente labor en el departamento de posgrado y alentar la culminación del estudio, a mis profesores del programa de Doctorado, por contribuir en ampliar mis conocimientos.

A los líderes de los albergues y casas de migrantes de la ciudad, en especial a la Sra. Micaela Ortiz, el Lic. Raúl Zaldívar, director del Instituto Tamaulipeco para los migrantes y el Lic. Julián Moreno, Representante Local del Instituto Nacional de Migración por permitirme el acceso durante la recolección de datos y muy especialmente a las mujeres migrantes que participaron en el estudio, gracias por su colaboración y compartir sus historias.

Dedicatoria

A Dios por siempre mostrarme que sus planes son mejores que los míos y darme soporte, paciencia, perseverancia y sabiduría para culminar esta meta profesional.

A las mujeres migrantes por esa tenacidad y valentía para buscar mejores oportunidades de vida.

A mi familia por su apoyo, paciencia y comprensión a lo largo de esta preparación académica y personal.

A mis padres Luis y Rosy por su ejemplo de constancia, fe y amor, los cuales me han ayudado a crecer y esforzarme por alcanzar mis objetivos. Este logro es un reflejo de su amor incondicional.

A mis hermanos, Cristina, David y Gerardo por su paciencia y comprensión en las noches de desvelo, por compartir conmigo cada logro, alegría y locura que propongo, pero sobre todo por compartir cada lección de vida.

A mis amigos y el resto de mi familia que se mantuvieron esperando mi regreso a casa posterior a cada estancia, que rezaron por mí y conmigo durante muchos momentos difíciles, me escucharon, apoyaron y motivaron a lo largo de este proyecto.

Resumen

Patricia Marisol Márquez Vargas
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Septiembre, 2021

Título del Estudio: TEORÍA DE SITUACIÓN ESPECÍFICA DE CONDUCTAS SEXUALES DE MUJERES MIGRANTES EN TRÁNSITO EN LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO

Número de páginas: 215

Candidato a obtener el grado de Doctor
en Ciencias de Enfermería

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

Propósito y método de estudio: Determinar las interrelaciones y efectos directos e indirectos de las variables que integran las propiedades de la transición (conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual), facilitadores e inhibidores personales, comunidad (estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales, conocimiento sobre el VIH/sida y apoyo comunitario) e indicadores del proceso (negociación del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro) sobre las conductas sexuales de mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México. Se trata de un estudio transversal correlacional con diseño de comprobación de modelo. La población de estudio fueron mujeres migrantes en tránsito en la ciudad de Nuevo Laredo del estado de Tamaulipas, el tamaño de la muestra se calculó a través del programa *Soper* con un total de 241 participantes en base a Modelos de Ecuaciones Estructurales con 11 variables latentes y 66 variables de medición, tamaño de efecto mediano de 0.3, nivel de poder estadístico de 0.8 y una probabilidad del 90%. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Los instrumentos utilizados presentaron características psicométricas aceptables y fueron aplicados a lápiz y papel y a través de la plataforma QuestionPro. Se utilizó el paquete estadístico SPSS y AMOS para el análisis de la información. Se realizó estadística descriptiva e inferencial, análisis psicométrico de los instrumentos, prueba de normalidad con el estadístico Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors, análisis de correlación con el coeficiente Rho de *Spearman* y modelos de ecuaciones estructurales de acuerdo con los objetivos. Los pasos que se siguieron para Modelos de Ecuaciones Estructurales fueron: especificación, identificación, estimación de parámetros, evaluación y modificación del modelo. Para la estimación de parámetros se utilizaron los índices de bondad de ajuste: Error cuadrático medio de aproximación ($RMSEA \leq .08$), el índice de Tucker-Lewis ($TLI \geq .90$) y el índice comparativo de ajuste ($CFI \geq .90$). Se utilizó la estimación de máxima verosimilitud (MLE) y los valores de $p < .05$ se consideraron significativos.

Contribución y conclusiones: La media de edad fue 30.81 años ($DE = 8.17$) y los años de estudio en 10.44 ($DE = 4.03$). El modelo final estuvo conformado las variables de conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual (propiedades de la transición), estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales y apoyo comunitario (facilitadores e inhibidores personales y comunidad) y negociación

del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro (indicadores del proceso), las cuales explicaron el 46 % de la varianza total de la conducta sexual ($\chi^2 = 1885.26, p < .01, CFI = .84, TLI = .83, RMSEA = .05$) Dentro de los resultados se observó que la autoeficacia para el sexo seguro ($\beta = .45, p < .01$) fue el mayor predictor de la conducta sexual seguido de la negociación del uso del condón ($\beta = .21, p < .05$) y la responsabilidad con la salud sexual ($\beta = .21, p < .05$) con significancia estadística. El efecto directo y total de la responsabilidad con la salud sexual sobre la conducta sexual fue de .11 ($\beta = .21, p < .05$). El efecto directo y total de la negociación del uso del condón hacia la conducta sexual fue de .15 ($\beta = .21, p < .05$). El efecto directo y total de la autoeficacia para el sexo seguro sobre la conducta sexual fue de .24 ($\beta = .45, p < .01$). La literatura muestra estudios basados en modelos predictivos y teorías conceptuales donde se observó que la mayoría de las variables coincide con las que fueron analizadas en el presente estudio, por lo que considera importante que puedan ser llevadas a la práctica de enfermería por medio de intervenciones culturalmente adaptadas a la población migrante, que además incluyan un enfoque de género. En futuros estudios es la posibilidad de ampliar la muestra e incluir variables de tipo social como violencia o discriminación dadas las condiciones de doble desventaja social a las que se enfrentan las mujeres migrantes.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	11
Teoría de las transiciones	13
Naturaleza de la transición	14
Tipos de transiciones	14
Patrones de transición	15
Propiedades de la transición	16
Condiciones de la transición: facilitadores e inhibidores	17
Patrones de respuesta	18
Teoría de situación específica de conductas sexuales de mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México	24
Estudios relacionados	28
Variables sociodemográficas	29
Propiedades de la transición	37
Conciencia del riesgo del VIH/sida	37
Responsabilidad con la salud sexual	38
Facilitadores e inhibidores personales y comunidad	39
Estereotipos de género en el comportamiento sexual	39
Actitudes sexuales	41
Conocimiento sobre el VIH	43
Apoyo comunitario	45
Indicadores del proceso	46

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Negociación del uso del condón	46
Autoeficacia para el sexo seguro	47
Modelos que explican la conducta sexual	49
Definición de términos	51
Objetivo General	53
Objetivos específicos	53
Capítulo II	
Metodología	55
Diseño de estudio	55
Población, muestra y muestreo	55
Criterios de inclusión	56
Criterios de eliminación	56
Instrumentos	56
Variables sociodemográficas	56
Propiedades de la transición	57
Conciencia del riesgo del VIH/sida	57
Escala de percepción del riesgo para VIH	57
Responsabilidad con la salud sexual	57
Escala de conciencia sobre salud sexual	57
Facilitadores e inhibidores personales y comunidad	58
Estereotipos de género en el comportamiento sexual	58
Escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual	58

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Actitudes sexuales.	58
Escala breve de actitudes sexuales: subescala de permisividad	58
Conocimiento sobre el VIH/sida	59
Cuestionario de conocimientos sobre VIH	59
Apoyo comunitario	60
Escala de calidad del servicio de centros de atención secundaria de salud: subescala de accesibilidad	60
Indicadores del proceso	60
Negociación del uso del condón	60
Escala de autoeficacia para el uso del condón: subescala de persuasión verbal	60
Autoeficacia para el sexo seguro	61
Escala de autoeficacia para prevenir el sida: subescala de capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el preservativo	61
Variable dependiente	61
Conducta sexual	61
Cuestionario de conducta de sexo seguro	61
Procedimiento de recolección de datos	62
Consideraciones éticas	65
Análisis de datos	66
Modelo de ecuaciones estructurales (MEE)	67

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Especificación e identificación del modelo	68
Capítulo III	
Resultados	74
Estadística descriptiva	74
Datos sociodemográficos	74
Variables migratorias	77
Variables sexuales	79
Variables del modelo	82
Propiedades psicométricas de los instrumentos	85
Análisis factorial confirmatorio (AFC) de la escala de conciencia sobre salud sexual	85
Análisis factorial confirmatorio (AFC) de la escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual	86
Análisis factorial exploratorio (AFE) del cuestionario de conducta de sexo seguro	89
Análisis factorial confirmatorio (AFC) del cuestionario de conducta de sexo seguro	90
Consistencia interna de los instrumentos	99
Prueba de normalidad	100
Estadística inferencial	100
Primer objetivo específico: análisis de correlación rho de spearman	100
Propiedades de la transición	104

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Facilitadores e inhibidores personales y comunidad	106
Indicadores del proceso	107
Modelo de ecuaciones estructurales (MEE)	110
Modelos de medida	110
Consistencia interna de instrumentos en modelos de medida	128
Segundo objetivo específico	130
Tercer objetivo específico	135
Cuarto objetivo específico	137
Quinto objetivo específico	142
Objetivo general	149
Capítulo IV	
Discusión	154
Limitaciones	171
Conclusiones	172
Recomendaciones	173
Referencias	177
Apéndices	194
A. Preguntas filtro	195
B. Cédula de datos sociodemográficos	196
C. Escala de percepción de riesgo para VIH	199
D. Escala de conciencia sobre salud sexual	201
E. Escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual	202
F.- Escala breve de actitudes sexuales	205

Tabla de Contenido

Contenido	Página
G.- Cuestionario de conocimientos sobre VIH	206
H.- Escala de calidad de servicios de centros de atención	208
I.- Escala de autoeficacia para el uso del condón	209
J.- Escala de autoeficacia para prevenir el sida	211
K.- Cuestionario de conducta de sexo seguro	212
L.- Consentimiento informado	215

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Medidas de tendencia central de variables sociodemográficas	75
2. Frecuencias de variables sociodemográficas	75
3. Medidas de tendencia central de variables migratorias	78
4. Frecuencias de variables migratorias de lugares de procedencia	78
5. Frecuencias de variables migratorias	80
6. Frecuencias de variables sexuales y de consumo de alcohol	81
7. Medidas de tendencia central de las propiedades de la migración	82
8. Medidas de tendencia central de los facilitadores e inhibidores	83
9. Medidas de tendencia central de los indicadores del proceso	84
10. Análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax de la escala de conciencia sobre la salud sexual	86
11. Análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax de la escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual	87
12. Análisis factorial exploratorio con rotación Varimax del cuestionario de comportamiento de sexo seguro	91
13. Análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax del cuestionario de comportamiento de sexo seguro	95
14. Consistencia interna de instrumentos y subescalas	99
15. Correlación de Spearman de variables sociodemográficas y propiedades de la transición	101
16. Correlación de Spearman de variables sociodemográficas y facilitadores e inhibidores personales y comunidad	103

Lista de Tablas

Tabla	Página
17. Correlación de Spearman de variables sociodemográficas e indicadores de proceso y conducta sexual	104
18. Correlación de Spearman de variables del modelo de conductas sexuales de mujeres migrantes en tránsito	108
19. Variables observadas de las propiedades de la transición	111
20. Cargas factoriales, <i>R</i> cuadrada e índices de bondad de ajuste de las propiedades de la transición	113
21. Variables observadas de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad	116
22. Cargas factoriales, <i>R</i> cuadrada e índices de bondad de ajuste de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad	119
23. Variables observadas de los indicadores de proceso	123
24. Cargas factoriales, <i>R</i> cuadrada e índices de bondad de ajuste de los indicadores del proceso	124
25. Variables observadas de la conducta sexual	126
26. Cargas factoriales, <i>R</i> cuadrada e índices de bondad de ajuste de la conducta sexual	127
27. Alfa de Cronbach de los instrumentos en los modelos de medida	128
28. Coeficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del segundo objetivo específico	130
29. Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del segundo objetivo específico	133
30. Coeficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del tercer objetivo específico	135

Lista de Tablas

Tabla	Página
31. Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del tercer objetivo específico	136
32. Coeficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del cuarto objetivo específico	138
33. Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del cuarto objetivo específico	139
34. Coeficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del quinto objetivo específico	142
35. Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del quinto objetivo específico	146
36. Coeficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del objetivo general	149
37. Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del objetivo general	150

Tabla de Figuras

Figura	Página
1. Teoría de las transiciones	14
2. Subestructuración teórica	23
3. Modelo de la teoría de situación específica de las conductas sexuales de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México	27
4. Modelo hipotético de ecuaciones estructurales para el segundo específico	69
5. Modelo hipotético de ecuaciones estructurales para el tercer objetivo específico	70
6. Modelo hipotético de ecuaciones estructurales para el cuarto objetivo específico	71
7. Modelo hipotético de ecuaciones estructurales para el quinto objetivo específico	72
8. Modelo hipotético de ecuaciones estructurales para el objetivo general	73
9. Modelo de medida de las propiedades de la transición	115
10. Modelo de medida de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad	122
11. Modelo de medida de los indicadores de proceso	125
12. Modelo de medida de la conducta sexual	128
13. Modelo de ecuaciones estructurales segundo objetivo	134
14. Modelo de ecuaciones estructurales tercer objetivo	137
15. Modelo de ecuaciones estructurales cuarto objetivo	141
16. Modelo de ecuaciones estructurales quinto objetivo	148
17. Modelo de ecuaciones estructurales objetivo general	152
18. Modelo de la Teoría de situación específica de conductas sexuales de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México	153

Capítulo I

Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el subsecuente desarrollo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) son problemas graves para la salud pública en el mundo por sus repercusiones físicas, sociales, culturales y económicas sin respetar sexo, raza o nivel social. Actualmente, las investigaciones respecto a la disminución del VIH/sida, se han enfocado a grupos de población clave como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero y trabajadoras del sexo comercial, especialmente por sus comportamientos específicos de mayor riesgo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017), sin embargo, dadas las circunstancias de vida, otros grupos de poblacionales pueden ser particularmente vulnerables y tener mayor riesgo de adquirir el VIH/sida, como las mujeres principalmente debido a factores biológicos, culturales y sociales (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2019).

En el 2019, del total de personas que vivían con el VIH (38 millones), el 48 % correspondía a mujeres mayores de 15 años (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [UNAIDS], 2019) quienes, en su mayoría, lo atribuían al contacto heterosexual sin protección (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2021). En América Latina, el número de casos nuevos de infección por el virus del VIH registró un incremento del 21 % del 2010 al 2019 (OPS, 2019); si bien, la población clave, mantiene la incidencia del VIH en esta zona geográfica, las mujeres continúan mostrando las puntuaciones más bajas respecto a indicadores como el conocimiento y la percepción del riesgo relacionado al VIH, así como el acceso a pruebas del VIH y uso del condón (ONUSIDA, 2019). Así mismo, en el Caribe, el 52 % de las personas que viven con el VIH, son mujeres heterosexuales (OPS, 2017).

México es uno de los países del continente americano que concentra gran cantidad de nuevos casos del VIH/sida (Global Burden of Disease Study [GBD], 2018).

En el período 2019-2020, se reportaron 25,822 casos, de los cuales el 15 % eran mujeres mayores de 19 años, siendo la vía sexual (99 %) la principal categoría de transmisión (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2020).

Las investigaciones nacionales revelan resultados positivos en la disminución del riesgo de adquirir el VIH/sida en la mayoría de los estados en el país (CENSIDA, 2018), sin embargo, la situación en la frontera norte es preocupante ya que ha aumentado considerablemente el número de mujeres con el VIH/sida, residentes de esta zona del país (CENSIDA, 2018; Martínez-Donate et al., 2015; Zapata-Garibay, González-Fagoaga, Rangel-Gómez, 2014). Los estados de Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas concentraron el 13 % del total de casos por el VIH, y de ese total, el 12 % corresponde a población femenina (CENSIDA, 2020).

Las mujeres viven en un contexto de desigualdad social, misma que propicia mayor vulnerabilidad de tipo biológico, epidemiológico, social y cultural. A nivel biológico, en las relaciones heterosexuales, la mujer, a diferencia del hombre, tiene de dos a cuatro veces mayor probabilidad de adquirir el VIH (CENSIDA, 2018). Por otra parte, la desigualdad de poder en las relaciones limita la capacidad en la toma de decisiones sobre salud y sexualidad (Ochoa & Sampalis, 2014), así como las normas establecidas por la sociedad respecto a comportamientos culturalmente aceptados sobre concepciones de fidelidad y sumisión que propician conductas sexuales de riesgo (Ibáñez et al., 2017).

En la actualidad, una población susceptible al riesgo de adquirir el VIH/sida son los migrantes, principalmente por su desventaja social como violaciones a sus derechos, acceso limitado a servicios de salud, discriminación y violencia; de manera particular, las mujeres migrantes combinan una vulnerabilidad social y de género (Quintal & Vera, 2015), misma que puede reflejarse en situaciones de violencia física, sexual y psicológica, asaltos y/o robos, riesgo de ser víctima de secuestro, tráfico y trata durante las distintas etapas de la migración. Este contexto promueve distintos tipos de

comportamiento que elevan el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/sida (Hernández, Verdugo, Torres, López & Valle, 2012; Monreal-Gimeno, Terron-Caro & Cárdenas-Rodríguez, 2014; OPS, 2019).

Actualmente, el 49 % de los migrantes internacionales son mujeres mayores de 18 (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2019) quienes son motivadas a marcharse de su lugar de origen por la búsqueda de mejores oportunidades laborales y personales. América Latina ocupa el segundo lugar con el 51.6 % de mujeres migrantes (OIM, 2018). México, al ser frontera con Estados Unidos (EE. UU.), formar parte del corredor migratorio con mayor tránsito del planeta y es territorio de origen, tránsito y retorno de personas (CNDH, 2018); se posiciona en el segundo lugar como uno de los países con mayor número de mujeres migrantes (López, 2020) y en el tercero siendo el país receptor de remesas (OIM, 2018) de las cuales, el 10 % corresponde a mujeres repatriadas.

Además, se tiene registrado que, el 22.8 % del flujo de tránsito migratorio por México, originario de Centroamérica y repatriados por autoridades mexicanas, son mujeres (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2017). Un estudio revela que las ciudades fronterizas del norte del país, incluidas las ciudades de Nuevo Laredo, Reynosa y Matamoros en el estado de Tamaulipas, albergan a una importante cantidad de migrantes ya que son puntos finales y de tránsito para esta población (Hernández-Hernández, 2019; Lomelí-Carrillo & Ybañez, 2017).

La OIM (2019) define a un migrante como aquella persona que se muda de su lugar de residencia, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente y por razones diferentes. Dicho proceso es complejo y multifacético, conjuga cinco etapas que incluyen pre-salida, tránsito, destino, intercepción y retorno (Zimmerman, Kiss & Hossain, 2011). De las diferentes etapas de las cuales se compone el proceso migratorio, la del tránsito representa la de mayor riesgo en esta población. Ciertas investigaciones reportan aumento en la tasa de ITS, el cual ha

sido mayor en las mujeres que en los hombres (21.9 %-31.4 % vs 13.2 %-23.1 %) además de que la prevalencia del VIH entre mujeres migrantes en tránsito aumentó .17% (Martínez-Donate et al., 2015; Zimmerman et al., 2011).

Así mismo, se ha reportado que, durante el tránsito, las mujeres migrantes son víctima de escenarios de discriminación, violencia, robo, abuso de autoridad, marginalización, exclusión y cohabitan en hacinamiento, lo que perjudica su salud e incita las relaciones sexuales casuales y sin protección (Hernández et al., 2012; OIM, 2018). Un estudio revela que las mujeres migrantes recorren tramos cortos en transporte terrestre como autobús, camiones de carga, vehículos particulares y tren. Esta situación ocasiona trayectos largos y estancias temporales frecuentes a lo largo del país, condición que las expone a mayor vulnerabilidad (Monreal-Gimeno et al., 2014).

Hasta ahora, los estudios sobre mujeres migrantes asociados a conductas sexuales se centran en las fases de origen y destino (Barú, Adeoye & Adekunle, 2020), sin considerar la fase de traslado debido al desafío que comprende abordar a una población flotante y en constante cambio. Esto representa un área de interés para el área de la salud, particularmente en enfermería, ya que la migración se considera como un periodo que envuelve múltiples cambios que influyen en el bienestar de las personas durante y después del viaje.

De acuerdo con la literatura, existen múltiples factores que intervienen en el comportamiento sexual de las mujeres migrantes en función de facilitar o inhibir el proceso de cambio y adaptación durante la migración y en la ciudad de llegada; así mismo, la dirección de este cambio se puede observar a través de indicadores cognitivos o de proceso que determinan la dirección, positiva o negativa. Por lo tanto, además de identificar el momento migratorio que atraviesan las mujeres migrantes, resulta importante reconocer aquellos factores personales como edad; culturales como los roles o estereotipos de género y cognitivos como las habilidades de asertividad y autoeficacia, que tienen una influencia sobre los comportamientos sexuales de esta población.

En este sentido, la conducta sexual (CS) se presenta a partir de experiencias y sensaciones internas como conocimiento y percepción de riesgo; así como de experiencias externas que influyan en el entorno. La CS también está mediada por procesos individuales como los factores biológicos, afectivos, cognitivos y conductuales (Palacios-Delgado & Orrego-García, 2020), factores sociales como relaciones interpersonales; y factores culturales como roles y estereotipos de género (García-Vega, Menéndez, García & Rico, 2010; Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020) generando una respuesta a nivel personal e interpersonal.

Cuando el comportamiento de respuesta expone al individuo a una situación que daña o puede ocasionar daños a su salud sexual o la de otras personas, se convierte en una conducta sexual de riesgo (CSR) que eleva la posibilidad de adquirir alguna ITS incluyendo el VIH/sida (García-Vega, Méndez, Fernández & Cuesta, 2012). Por lo tanto, una conducta de sexo seguro (CSS) se resume en aquellas prácticas sexuales en las que el individuo reduce su exposición a situaciones que puedan dañar su salud sexual, disminuyendo así la posibilidad de adquirir alguna ITS, incluyendo el VIH/sida (Dilorio, 2010).

Diversos factores personales o individuales interactúan entre sí e influyen en los comportamientos sexuales de las mujeres migrantes en las diferentes fases del proceso de migración. Los factores individuales incluyen edad, escolaridad, tiempo y tipo de migración, así como el consumo de alcohol. Respecto a la edad, la literatura reporta que las mujeres migrantes jóvenes presentan menos actitudes de estereotipos y roles de género tradicionales, tienden a tener múltiples parejas sexuales (Ertl et al., 2018), principalmente las que migran a zonas más urbanizadas o con un contexto cultural diferente al de origen (Cai et al., 2013).

Con relación a la escolaridad, la evidencia reporta que el nivel educativo es un predictor importante en los conocimientos relacionados al VIH (Ramírez-Ortiz, Rojas, Sánchez, Cano & De La Rosa, 2019), por lo que una baja instrucción académica se

asocia a uso inconsistente del condón (Luo et al., 2018; Shen et al., 2019). Así mismo, se ha reportado que aquellas mujeres migrantes con mejor nivel escolar se perciben el riesgo en función a sus comportamientos y tienden a realizarse la prueba de VIH más a menudo (Huang et al., 2014; Ravelo, Sánchez et al., 2019).

Respecto al estatus migratorio, se ha reportado que la situación irregular compromete la calidad de vida de las mujeres migrantes, sobre todo respecto al acceso al servicio de salud (Álvarez, Alemán & González, 2011). Así mismo, la evidencia muestra que el tiempo de migración predice las intenciones de negociar sexo seguro (Ramírez-Ortiz et al., 2019), sin embargo, también influye en mayor libertad sexual respecto al número de parejas sexuales (Ertl et al., 2018).

Por último, se tiene evidencia de que, durante la migración, las mujeres presenten un consumo de alcohol de riesgo o dependencia (Zaller et al., 2014) derivado de factores estresores o psicológicos como estrés y ansiedad (Huang et al., 2014). Por otro lado, el consumo de alcohol destaca como un factor detonante para la conducta sexual de las mujeres migrantes, sobre todo las CSR, como tener múltiples parejas, sexo bajo los efectos de esta sustancia (Ertl et al., 2018).

El proceso de migración es una transición que incluye propiedades complejas y multidimensionales que se interrelacionan. Las estrategias para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en las mujeres dependen de las circunstancias en las que dicho proceso se lleve a cabo, así como de factores en el entorno como acceso a recursos médicos y financieros (Ramírez-Ortiz et al., 2019) e información relacionada a su salud, especialmente la sexual. Carecer de alguno o varios de estos factores, podría ocasionar dificultades para una transición saludable.

De acuerdo con teorías de enfermería (Meléis, 2010), el primer paso para lograr una transición saludable es reconocer que el individuo atraviesa un cambio en un momento específico de la vida e identificar su vulnerabilidad ante riesgos latentes, además de demostrar un grado de compromiso para realizar acciones en función de una

transición saludable. En este sentido, en las mujeres migrantes, es importante identificar su capacidad de reconocer situaciones que aumenten el riesgo de adquirir alguna ITS específicamente el VIH/sida; así como de evaluar el nivel de compromiso en función de mantener una salud sexual adecuada.

Se tiene evidencia que las mujeres migrantes pueden llegar a percibir riesgos sexuales cuando están dentro de relaciones de desigualdad de poder (Ochoa et al., 2014), situación que influye en su capacidad de negociar prácticas sexuales seguras con sus parejas (Tan & Meléndez-Torres, 2016). Así mismo, esta capacidad de percepción puede influir como barrera para la búsqueda de recursos en el cuidado de la salud sexual como la prueba de VIH (Montgomery et al., 2020).

Posteriormente, es indispensable identificar aquellos elementos tanto personales como del entorno que le permitan transitar hacia dicho cambio, identificándolos como facilitadores e inhibidores hacia la transición. Las mujeres migrantes suelen comparar sus comunidades de origen con el lugar de residencia actual, donde el comportamiento era vigilado por miembros de la comunidad y en el lugar actual se perciben con mayor libertad en cuanto a su sexualidad (Eguiluz-Cárdenas, Torres-Pereda & Allen-Leigh 2013), por lo que, durante este proceso de cambio y adaptación, se encuentran en mayor anonimato social y bajo menor control social y tienden a presentar una sensación de mayor libertad y actitudes más permisivas con respecto a su sexualidad en la ciudad de tránsito (Tang, et al., 2011), algunas incluso tienen su primer experiencia sexual después de la migración (Tran, Tuan, Anh, Le & Bui, 2018) y reportan usar el condón con mayor frecuencia (Tran et al., 2018).

Por otro lado, el conocimiento sobre el VIH y sus métodos de prevención es el primer paso hacia la prevención de futuros riesgos sexuales (Wang et al., 2018).

Diversos estudios mencionan que el conocimiento sobre el VIH/sida influye positivamente sobre las CS de las mujeres migrantes promoviendo el uso del condón (Shen et al., 2019) y mayores actitudes igualitarias (Ramírez-Ortiz et al., 2019), así

mismo, diversas intervenciones en población similar han demostrado que la educación sobre el VIH sigue siendo una estrategia importante para disminuir el riesgo de VIH (Tan et al., 2016)

El acceso a los servicios de salud en la comunidad de tránsito también es considerado un factor determinante en los comportamientos sexuales de esta población. La falta de acceso a la prueba diagnóstica del VIH, la desinformación respecto a programas de salud dirigidos a personas migrantes, así como a las distancias de los centros de salud, son algunas de las barreras más comunes que se observan (Montgomery et al., 2020). Además, en los casos en que se prestan servicios médicos a migrantes en tránsito, estos no incluyen consultas ginecológicas ni servicios de salud sexual y reproductiva a posibles víctimas de violencia sexual (ONU, 2016), situación que impide que las mujeres tengan una asesoría eficaz en función de la prevención del VIH/sida (Guerrero, Zhang, Rangel, González-Fagoaga & Martínez-Donate, 2016; Monge & Pérez-Molina, 2016).

Finalmente, se hacen presentes indicadores que permiten evaluar la dirección de una transición saludable. Estos indicadores se pueden manifestar como habilidades de cuidado —toma de decisiones y acciones— que se desarrollan a través de la experiencia, por lo que es probable no alcanzar a observarlas en las primeras etapas de la transición. Dichas respuestas también permiten valorar el conocimiento que tienen las personas sobre la transición, los recursos propios y del entorno para manejar los momentos críticos que puedan presentarse durante la transición. De acuerdo con la literatura, existen factores sociocognitivos y cognitivos conductuales (Bandura, 1994) que pueden intervenir en el comportamiento de sexo seguro tales como la autoeficacia y la negociación del uso del condón en mujeres jóvenes (Palacios-Delgado et al., 2020).

Distintas investigaciones en mujeres migrantes han reportado que la autoeficacia del VIH se asocia directamente con la negociación de sexo seguro (Ravelo et al., 2019), lo que indica que la autoeficacia relacionada con el VIH juega un papel protector del

comportamiento sexual de riesgo (Barú et al., 2020). Investigaciones enfocadas a la salud de los migrantes enfatizan la necesidad de continuar realizando estudios sobre el acceso a los servicios de salud en poblaciones fronterizas, específicamente, la salud sexual y reproductiva, así como de situaciones de violencia de género que afectan especialmente a las mujeres (Martínez-Pizarro & Reboiras-Finardi, 2010).

Actualmente, la evidencia muestra dos modelos que relacionan distintos factores de las conductas sexuales en población que comparte características con las mujeres migrantes en tránsito. El primer modelo (Ertl et al., 2018) identifica factores culturales y sociales en las mujeres latinas durante sus primeros meses en EE. UU. De acuerdo con la literatura, América del norte es el destino principal de los migrantes (OIM, 2018), por lo que, las mujeres se encuentran en la fase migratoria de destino. En este sentido, el contexto difiere en el momento migratorio que vive la mujer migrante en tránsito en la frontera norte de México. Durante la fase de tránsito, una de cada seis mujeres enfrenta alguna forma de violencia o abuso sexual (Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2017), situaciones que eleva su vulnerabilidad e influye en sus CS; en cambio, en la fase de destino, los factores que influyen en los comportamientos sexuales de las mujeres migrantes establecidas suelen ser de aculturación, permisividad y en algunos casos, económicos (Ertl et al., 2018).

El segundo modelo (Guerra-Ordoñez, 2017) se enfoca en determinar las conductas sexuales de riesgo (CSR) en población migrante, muestra una relación con los facilitadores e inhibidores personales, ambientales y los indicadores del proceso con el indicador resultado; sin embargo, sus conclusiones muestran datos generales en la población migrante sin hacer distinción por sexo, por lo que las variables que intervienen en el modelo difieren a las reportadas en la población de mujeres migrantes.

La práctica de enfermería está centrada en el cuidado del cliente que atraviesa cambios repentinos, en el desarrollo, situación o salud y la enfermedad, e influyen en su salud y bienestar. Las teorías de enfermería, en especial las teorías de rango medio

permiten explicar y comprender fenómenos específicos que se relacionan con el proceso del cuidado. En este sentido, la teoría de las Transiciones propuesta por Afán Ibrahim Meleis (2010) brinda un marco adecuado para comprender los factores que intervienen en la transición de conductas sexuales de las mujeres migrantes en función de la exposición al riesgo de adquirir el VIH/sida durante su tránsito migratorio. Esta teoría de rango medio aborda la transición como un proceso al que se someten los seres humanos cuando se enfrentan a cambios en su vida o entorno. El conjunto de respuestas que resulta es modelado por las condiciones personales y ambientales del individuo, tales como su percepción, los significados que atribuye a las experiencias del proceso, su conocimiento y habilidad para manejar y enfrentar cambios. Durante este proceso se interrelacionan distintos factores que le permiten al individuo experimentar a una transición saludable.

A partir de una investigación anterior donde se probó el modelo de transición en población migrante (Guerra-Ordoñez, 2017), en el presente estudio se propone una revisión del marco teórico que haga una distinción por sexo en esta población, considerando modificaciones en sus componentes dentro del contexto de la conducta sexual. Para comprender las conductas sexuales de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México se requiere de una teoría que incluya diversos factores a nivel individual, sociopolítico y cultural que en un futuro pueda servir para el desarrollo de intervenciones de enfermería para prevenir el VIH/sida en mujeres migrantes. En este sentido, el diseño de las Teorías de situación específica permite explicar y comprender un fenómeno en particular con menos nivel de abstracción a través de la operacionalización de conceptos específicos que faciliten su aplicación a la práctica. Por lo anterior, el presente estudio propone desarrollar una teoría de situación específica que aborde las conductas sexuales de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México.

Marco Teórico

La teoría de situación específica se desarrolló bajo el enfoque integrador propuesto por Im (2005) que comprende: a) la comprobación de supuestos para el desarrollo de la teoría, b) explorar el fenómeno a través de múltiples fuentes, c) Teorización y, por último, d) compartir, informar y validar la teoría resultado.

El primer paso, que corresponde a la comprobación de supuestos para el desarrollo de la teoría, se integra por cuatro componentes. El primero denominado *múltiples verdades* donde se asume que los fenómenos de enfermería incrementan su complejidad porque combinan múltiples factores, incluyendo la diversidad de clientes. De acuerdo con lo anterior se puede asumir primeramente la complejidad que representa abordar a una población como los migrantes, en función de brindar cuidados de atención en salud. Así mismo, el contexto en el que se presentan las conductas sexuales se puede ver afectado por múltiples factores tanto ambientales, personales y/o socioculturales que, además, interactúan entre sí.

Por otro lado, este componente de múltiples verdades hace referencia al supuesto de que las teorías de situación específica tienen una posición filosófica no purista y aceptan la existencia de múltiples posturas, no una verdad universal. Con relación a las mujeres migrantes, se reconoce que existen múltiples realidades que pueden explicar los comportamientos sexuales durante la fase de tránsito migratorio y que el fenómeno se puede estudiar a través de diversas disciplinas y enfoques.

El segundo componente es la evolución natural del desarrollo de la teoría, donde se afirma que el proceso de desarrollo es cíclico, evolutivo y que, además, a medida que cambian las características del fenómeno, los conceptos también pueden cambiar. En este sentido, este supuesto se cumple en el fenómeno de las conductas sexuales de las mujeres migrantes en tránsito en función de sus características específicas comparadas con mujeres migrantes en una fase migratoria distinta como el destino o la pre-salida; así mismo, se cumple al observar los conceptos incluidos en el modelo, mismos que pueden

ser modificados y cambiar en función de características especiales de la población y circunstancias propias de la migración, así como de la importancia en la práctica en enfermería en futuras intervenciones de atención en salud sexual y reproductiva.

El tercer componente es el contexto sociopolítico el cual destaca que, en las teorías de situación específica, al limitarse a una población específica o área de interés particular, éstas pueden incorporar y abordar el contexto del fenómeno con mayor facilidad; es decir, que el desarrollo de una teoría de situación específica supone que los fenómenos de enfermería o encuentros enfermera-cliente sucedan en un contexto sociopolítico similar y que la teoría no puede ser aplicada en un contexto diferente. De acuerdo con lo anterior, el presente estudio asume que la conducta sexual de las mujeres migrantes está enmarcada por distintos factores que provocan dichos comportamientos tanto conscientes o inconscientes. Estos factores pueden ser migratorios como la fase de tránsito; culturales como roles o estereotipos de género; sociales como pobreza, violencia y/o discriminación, así como personales como edad, escolaridad y estado civil.

El último componente corresponde a la perspectiva de enfermería, la cual destaca la importancia de que la teoría de situación específica incluya en enfoque de enfermería sobre el fenómeno en función de ser aplicable a la práctica y brindar un cuidado integral. En el presente estudio, este supuesto se cumple al reconocer que el fenómeno migratorio tiene como consecuencia una multiculturalidad de clientes por lo que la atención de enfermería está dirigida a brindar un cuidado integral transcultural (Escobar & Paravic-Klijin, 2017). Además, la perspectiva de enfermería sobre las conductas sexuales de las mujeres migrantes se dirige no sólo a ver alteraciones fisiopatológicas como el posible riesgo de adquirir el VIH/sida, sino en cómo el contexto sociocultural de esta población eleva su vulnerabilidad ante este riesgo.

El segundo paso para el desarrollo de una teoría de situación específica consiste en explorar el fenómeno a través de múltiples fuentes. Estas pueden incluir teorías relacionadas con el fenómeno de interés, ya sea de teorías actuales de enfermería o de

otra disciplina; revisión de la literatura, hallazgos y experiencias de la investigación, educación y práctica; así como esfuerzos de colaboración. De acuerdo con esto, el presente estudio utiliza como base teórica en enfermería, la Teoría de las Transiciones (TT) propuesta por Afaf Ibrahim Meleis (2010), la cual corresponde a una teoría de rango medio y que se describe a continuación.

Teoría de las transiciones.

La Teoría de las transiciones (TT) propuesta por Afaf Ibrahim Meleis (2010), destaca la importancia de los procesos de transición que un individuo experimenta en su vida, los cuales, se originan por diversos eventos que ocurren en su entorno dando como resultado un cambio. Su interés principal radica en los procesos de transición saludable, mismos que están determinados por factores internos y externos que contribuyen o limitan la experiencia de la transición y la capacidad del individuo a poder dominar o adaptarse a un nuevo rol, situación o entorno.

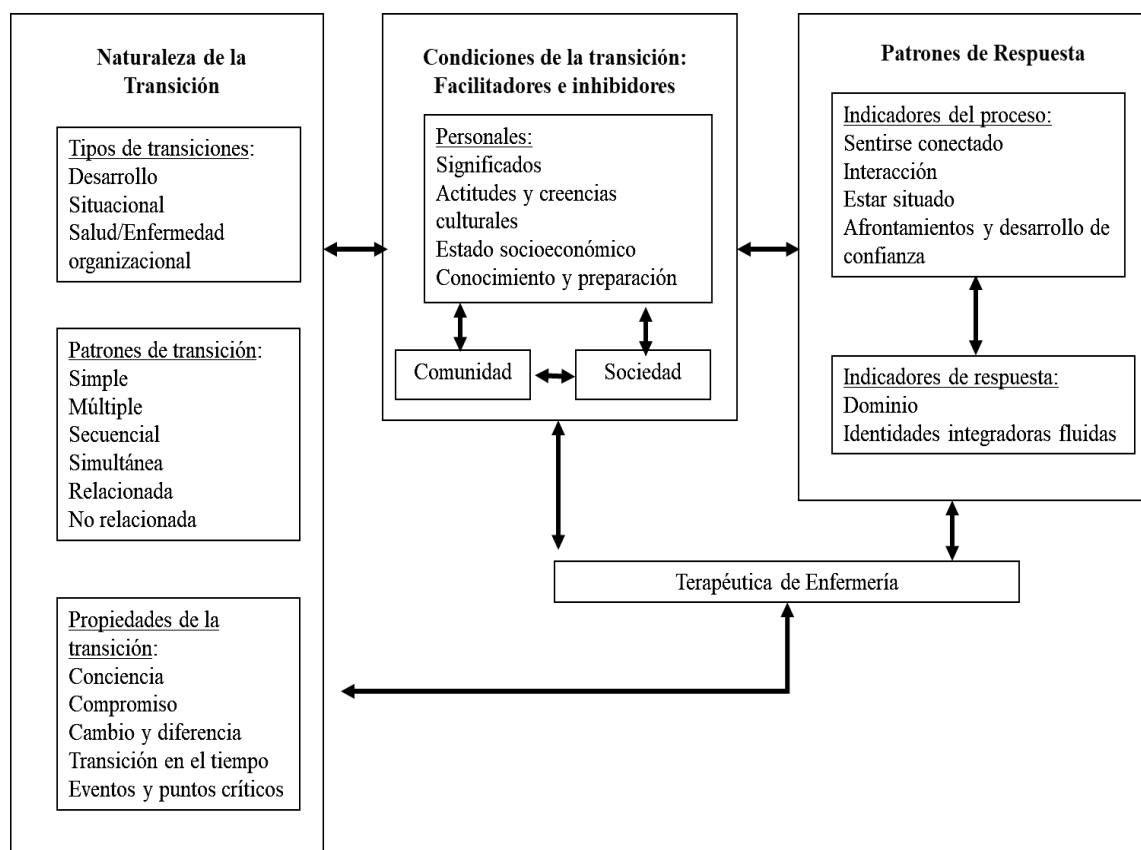
La transición es un concepto multidimensional que aborda elementos de proceso, periodo de tiempo y percepción. El proceso propone fases y secuencias, el lapso en el tiempo indica un fenómeno que termina, es decir, con un límite; y la percepción se relaciona con el significado de todo el proceso, el cual es experimentado por la persona en transición. La teoría se compone de cuatro constructos que se interrelacionan: naturaleza de la transición, condiciones de la transición, facilitadores e inhibidores, patrones de respuesta y la terapéutica de enfermería.

Dentro de la naturaleza de la transición se encuentran tipos, patrones y propiedades de la transición. La teoría propone cuatro tipos de transición: desarrollo, situacional, salud/enfermedad y organizacional. Los patrones de transición pueden ser simples, múltiples, secuenciales, simultáneos, pueden estar relacionados o no relacionados. Las propiedades de la transición incluyen conciencia, compromiso, cambio y diferencia, transición en el tiempo, eventos y puntos críticos. En los facilitadores e inhibidores de la transición se encuentran los personales y ambientales, estos últimos

incluyen comunidad y sociedad. Los personales incluyen significados, actitudes y creencias culturales, estado socioeconómico, conocimiento y preparación. Los patrones de respuesta están compuestos por indicadores de proceso y resultado. En los indicadores de proceso se encuentra sentirse conectado, interacciones, estar situado, afrontamiento y desarrollo de confianza. El dominio y las identidades integradoras, conforman los indicadores de respuesta y, por último, la terapéutica de enfermería. A continuación, se describen cada uno de sus componentes y se presenta el modelo teórico.

Figura 1

Teoría de las transiciones



Nota. Esquema de las interrelaciones entre los conceptos de la Teoría de las transiciones (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Naturaleza de la transición.

Se entiende como la esencia de la transición e incluye tipos, patrones y

propiedades presentes durante el proceso. En los *tipos de transición* se identifican cuatro: desarrollo, situacional, organizacional y de salud/enfermedad. La transición de desarrollo se refiere a las transiciones relacionadas a las respuestas de los individuos cuando experimentan cambios naturales durante el ciclo de la vida, las cuales incluyen nacimiento, adolescencia, menopausia o andropausia, envejecimiento y muerte. Las transiciones de tipo situacional se presentan cuando el individuo experimenta cambios que le provocan pasar de una situación estable a otra que no lo es, incluyendo cambios sociales, culturales, ambientales y económicos, así como la ruptura de interacciones humanas y redes sociales; dentro de este tipo de transiciones se encuentran los movimientos migratorios.

Las transiciones de tipo organizacional representan cambios en el entorno que afectan la vida del individuo, ya sea en lo laboral, social, económico o político. Algunos ejemplos de estas transiciones pueden ser cambios en el puesto laboral, adquisición de nuevos roles como ser madres o abuelos; cambios ambientales y de organización en la sociedad.

Finalmente, las transiciones de salud-enfermedad son aquellas que un individuo experimenta durante el proceso de algún padecimiento. Estas transiciones incluyen procesos de enfermedad, diagnóstico, recuperación, adaptación a una enfermedad crónica, acceso a servicios de atención médica y apoyo, así como buscar y usar las prácticas de curación o autocuidado tradicionales. La literatura menciona que, en el caso particular de las mujeres migrantes, la transición que experimentan es de tipo situacional abordando la migración como un proceso inconcluso por lo que les llama mujeres en tránsito (Castilla-Vázquez, 2017).

Los *patrones de transición* corresponden al grado de integración entre la naturaleza (entorno) y los eventos que impulsan dicha transición. Los patrones de las transiciones pueden ser simples (una sola), múltiples (más de una), secuenciales (consecuente de otra), simultáneas (más de una a la vez en un mismo lapso),

relacionadas (transiciones relacionadas entre sí) y no relacionadas (sin relación). En el presente estudio, esta realidad se cumple al observar que los patrones de transición son simultáneos debido a la interacción de múltiples cambios durante el proceso migratorio.

Las propiedades de la transición son características complejas, multidimensionales y se presentan para que pueda llevarse a cabo dicho proceso. Dentro de éstas, se identifican propiedades esenciales relacionadas a las experiencias de transición como conciencia, compromiso, cambio y diferencia, transición en el tiempo, eventos y puntos críticos, mismas que se describen a continuación.

La conciencia se relaciona con la percepción, el conocimiento y reconocimiento de una experiencia de transición; se refiere al grado de congruencia entre lo que la persona conoce del proceso, las respuestas y lo que constituye un conjunto esperado de sus respuestas y percepciones de otras personas que experimentan transiciones similares. El compromiso se define como el grado en el que la persona demuestra su participación en el proceso de transición a través de actividades como búsqueda de información, el uso de modelos a seguir, preparación activa y modificación proactiva de actividades; además, el compromiso se determina de acuerdo con el nivel de conciencia que experimenta la persona en transición.

El cambio y diferencia se refieren a cambios que puede sentir la persona durante el proceso de la transición, sin embargo, no todos los cambios están relacionados con la transición misma. Las dimensiones del cambio que se exploran incluyen la naturaleza, temporalidad, importancia o gravedad percibida y normas y expectativas personales, familiares y sociales. Los cambios pueden relacionarse con eventos críticos en la vida de las personas que pueden desequilibrar o interrumpir relaciones y rutinas, ideas, percepciones e identidades. Dentro de las diferencias se pueden ejemplificar por expectativas de insatisfacción, sentirse diferente, ser percibido como diferente o ver al mundo y a otros de manera diferente.

La transición en el tiempo implica desarrollo, flujo o movimiento de una

situación a otra y puede dividirse en etapas o fases. La transición, como un periodo de tiempo con un punto final observable, constituye desde la anticipación, percepción o demostración de cambio atravesando un periodo de inestabilidad, confusión y angustia y un punto que puede interpretarse como final o período de estabilidad.

Los eventos y puntos críticos se asocian a una mayor conciencia del cambio y un compromiso activo dentro del proceso de transición. Puede entenderse como un periodo de incertidumbre marcado por fluctuación o movimiento, cambio continuo e interrupción de la realidad. También pueden ocurrir síntomas relacionados con la transición como estrés, ansiedad, depresión y conductas agresivas que desencadenan condiciones de riesgo para la salud de las personas. Los puntos críticos finales pueden entenderse como sensaciones de estabilidad a nuevas rutinas, habilidades, estilos de vida y actividades de cuidado personal que adquiere el individuo; así como momentos de incertidumbre marcados por dudas y cambios continuos, tales como nacimiento, muerte, menopausia, andropausia o diagnóstico de una enfermedad.

Condiciones de la transición: facilitadores e inhibidores.

Constituyen las condiciones *personales* y ambientales (*social y comunitario*) que pueden facilitar o entorpecer el desarrollo de una transición saludable. Estos incluyen indicadores útiles para advertir si una persona se dirige hacia la salud, vulnerabilidad o riesgo. La percepción y los significados que el individuo le brinda a determinada situación influyen en las condiciones en las que se produce una transición, así mismo las condiciones *personales* y ambientales (*social y comunitario*) pueden facilitar o impedir los procesos de transición saludables.

Las condiciones *personales* están determinadas por significados, actitudes y creencias culturales, estado socioeconómico, conocimiento y preparación. El significado se refiere a la valoración subjetiva de una transición anticipada o experimentada y a la evaluación de su efecto en la vida de la persona que experimenta la transición; cada persona proporciona un significado diferente a la situación que atraviesa, lo que puede

afectar el rumbo de la transición. Las actitudes y creencias culturales son estigmas que al relacionarse con la experiencia de transición pueden inhibir emociones durante el proceso, el cual, consiste en la aculturación y adaptación a las nuevas creencias culturales a través de las interacciones sociales. El estado socioeconómico se entiende como el nivel económico que posee una persona que se encuentra en transición el cual tiene un impacto importante en la experiencia del proceso. La preparación y el conocimiento surgen de la evaluación de una transición anticipada o experimentada y la evaluación de la persona sobre el posible efecto que tenga en su vida. La preparación anticipada facilita la experiencia de transición; mientras que su ausencia influye como inhibidor. Así mismo, el conocimiento y las estrategias para su desarrollo se relacionan directamente con esta condición.

Las condiciones ambientales están constituidas por la *comunidad* y la *sociedad*. La primera corresponde a la disponibilidad de recursos dentro de la comunidad en donde el individuo se encuentre y que pueden facilitar o inhibir el proceso de transición. Por otro lado, la sociedad brinda un marco para la experiencia de transición, es decir, la manera en que la persona se adhiere al nuevo entorno y cómo es recibido por él.

Patrones de respuesta.

Estos patrones surgen de los comportamientos observables y no observables durante el proceso de transición; dentro de ellos se encuentran los indicadores del proceso como sentirse conectado, interacciones, estar situado, afrontamiento y desarrollo de confianza, también se encuentran los indicadores del resultado como dominio e identidades integradoras fluidas.

Dentro de los indicadores del proceso, sentirse conectado se refiere a la conexión que la persona puede encontrar en otras que le brinden confianza. A través de las interacciones se pueden descubrir, aclarar y reconocer los significados de la transición y los comportamientos desarrollados en respuesta. Estar situado implica comprender la nueva vida, etapa o rol comparándola con la anterior, encontrar un motivo que inició el

cambio, de dónde vienen y dónde han estado. El afrontamiento y desarrollo de confianza son progresivas durante el proceso de la transición y muestran el nivel de comprensión de procesos relacionados al cambio, el uso de recursos y estrategias de gestión.

En los indicadores de respuesta aparece el dominio y las identidades integradoras fluidas. El primero se refiere a las habilidades y comportamientos necesarios del individuo para manejar sus nuevas situaciones o entornos; dicha habilidad se desarrolla a través del tiempo con la experiencia, por lo que es probable no observarla en las primeras etapas de la transición. Las habilidades necesarias para lograr el cuidado incluyen monitorear e interpretar síntomas, tomar decisiones, tomar acciones y decisiones para el cuidado, acceder a recursos y trabajar en colaboración con los proveedores de atención médica. Sin embargo, cuando las personas experimentan una nueva sensación de estabilidad cerca del final de la transición, su nivel de dominio indicará hasta qué punto han logrado un resultado de transición saludable. De esta manera, el individuo obtiene una modificación de su identidad en un entorno diferente al de origen, lo que se denomina identidades integradoras fluidas.

Otro aspecto que se incluyó en el presente estudio respecto al segundo punto propuesto por Im (2005) sobre explorar el fenómeno a través de múltiples fuentes, es la integración de un apartado de estudios relacionados que muestra una recopilación de evidencia empírica actual sobre el fenómeno de las conductas sexuales de mujeres migrantes en diferentes contextos, situación migratoria y de su relación con otras variables.

Por otro lado, otro aspecto que se incluyó son los hallazgos y las experiencias de la investigación, educación y práctica respecto al fenómeno de las conductas sexuales en esta población específica. La evidencia muestra que, durante el proceso de migración, las experiencias de las mujeres son distintas, por lo que a continuación solo se abordaron investigaciones situadas en la fase de tránsito migratorio.

Diversas investigaciones reportan que las mujeres migrantes se enfrentan a

procesos de adaptación que provocan estrés y ansiedad, una de ellas reportó: *“Sí, sí, la he tenido (experiencia traumática) y, para ser sincera, creo que todavía la tengo, ¿sabes? Bueno, el primer año fue muy duro; primero porque no conocía la ciudad. Vengo de una ciudad muy grande donde hay mucho movimiento y donde sabía... Tenía amigos, familiares y llegué aquí y no conocía prácticamente a nadie, solo a mi esposo. Entonces, hasta que me acostumbré al nuevo estilo de vida, el idioma, el entorno, me costó dormir, tuve que recibir tratamiento para poder dormir por la noche, me deprimí, lloré todas las tardes porque recordaba ... no estaba segura si había tomado una buena o mala decisión, ¿sabes? No estaba tan segura de haber tomado la decisión correcta al venir aquí ”(Khadija, Marruecos; Álvarez-Nieto et al., 2015).*

En el mismo estudio se menciona que las creencias y comportamientos sexuales de las mujeres estaban determinados por su nivel educativo, es decir, aquellas con bajo nivel social o educativo tenían un comportamiento retraído y coercitivo a diferencia de aquellas con un nivel de educación superior que hablaban con mayor libertad sobre la sexualidad, asistían con mayor frecuencia a los servicios de salud y tenían una relación más abierta con su pareja. Un ejemplo de esta experiencia fue el siguiente: *“Las mujeres más cultas, que han estudiado o algo así, pueden hablar. Pero para las mujeres que no tienen estudios, no es común. Es como si fuera un tabú o algo así ”(Aminata, Mali).*

Por otro lado, respecto a la fase migratoria, ciertas investigaciones reportan que las mujeres se perciben en peligro principalmente durante el tránsito donde reciben agresiones verbales, físicas y sexuales de autoridades, grupos delictivos o personas identificadas como “polleros” como lo muestra una de las participantes al decir *“Antes era diferente la gente, no había maldad como ahora; los polleros eran comprometidos con la gente que llevaban, eran responsables y buenos ” (Antonia);* o se ven obligadas a realizar sexo transaccional por motivos de mayor seguridad en el viaje como lo muestra una de las participantes al decir *“lo que no me gustó fue que le pagara con cuerpo el favor que me hacía, si hubiera tenido dinero prefería pagar con dinero (Amalia; Izcara,*

2017).

El tercer paso en el desarrollo de una teoría de situación específica es el proceso de teorización el cual aborda las etapas de iniciación, proceso e integración de la teoría misma. En la primera etapa se asume que una teoría de situación específica puede surgir tanto de una revisión de la literatura, práctica clínica, experiencia o desde una teoría madre; puede iniciarse con un solo investigador o un grupo de colaboradores y desde una o múltiples fuentes a la vez. En este sentido, el desarrollo de la presente teoría de situación específica reconoce que la etapa de iniciación se plasmó a lo largo del marco del estudio, ya que surge de una teoría madre (Teoría de las Transiciones, Meleis, 2010) y a través de una revisión de la literatura.

En la segunda etapa el proceso aborda la descripción de los pasos que llevan a la integración de una propuesta de modelo para la teoría de situación específica. De acuerdo con este supuesto, para la construcción del modelo de la teoría propuesta en el presente estudio, se realizó una subestructuración teórica siguiendo los pasos de Dulock y Holzemer (1991). La subestructuración teórica es un proceso de análisis y evaluación que construye de forma coherente la teoría, el diseño y el análisis en una investigación (Dulock & Holzemer, 1991). Esta herramienta permite a los profesionales de la salud simplificar conceptos abstractos y sus relaciones, mostrándolos en una estructura gráfica (Hinshaw, 1979) para desarrollar y analizar teorías de rango medio y modelos explicativos o predictivos aplicados en la práctica (Fawcet & Downs, 1986; Pickett, Peters & Jarosz, 2014; Walker & Avant, 2011).

El proceso de subestructuración teórica se desarrolló en cuatro pasos: primero, se identificaron los conceptos a investigar, se continuó con la descripción de las relaciones entre los conceptos mostrada en la teoría, seguida de su operacionalización a través de indicadores empíricos y, por último, la representación gráfica muestra los conceptos e indicadores que constituyen el modelo propuesto.

Al cumplir con el primer paso propuesto por Dulock y Holzemer (1991), los

conceptos de la teoría de las transiciones (Meleis, 2010) que construyen el modelo propuesto son: las propiedades de la transición, de las cuales se toma la conciencia, compromiso y cambio y diferencia. En los facilitadores e inhibidores personales, se toman actitudes y creencias culturales y conocimiento y preparación; en los ambientales, se toma comunidad. Dentro de los patrones de respuesta, en los indicadores del proceso se toman interacción y afrontamiento y desarrollo de confianza. Así mismo, en los indicadores de resultado se toma el dominio. A continuación, se presenta el esquema de la subestructuración teórica de la Teoría de las Transiciones (figura 2) con las variables que representan los conceptos mencionados anteriormente, así como sus indicadores empíricos.

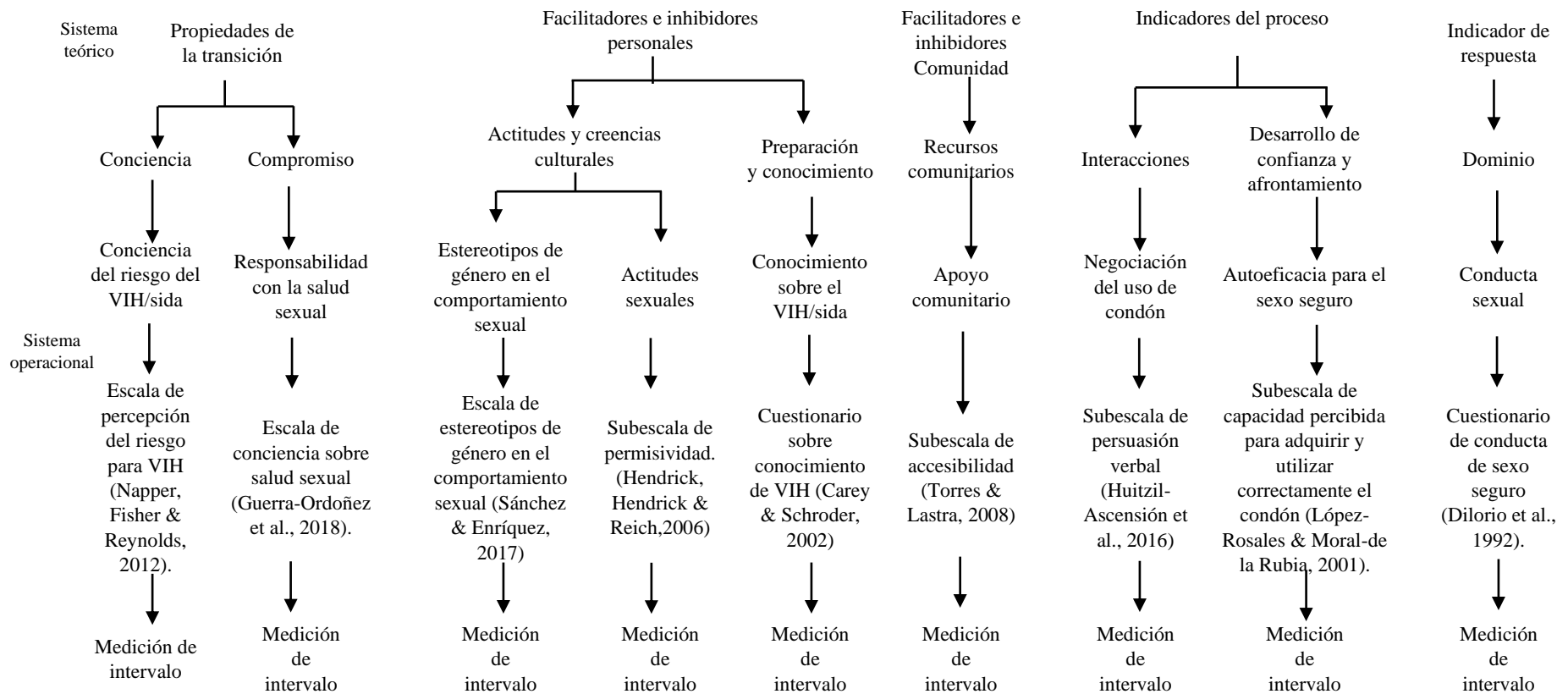
La última etapa de teorización es la de integración de la teoría de situación específica, que menciona el uso de esquemas conceptuales como uno de los componentes para el análisis. En los esquemas se incluyen variables menos abstractas que conducen al desarrollo de nuevas proposiciones, principios o leyes. Por lo tanto, las variables que se obtuvieron como resultado del proceso de subestructuración se esquematizaron en un modelo para su análisis estadístico, el cual, se realiza en función de las proposiciones sugeridas.

El desarrollo de una teoría de situación específica sugiere una validación por la comunidad de enfermería o una evaluación por pares y su reproducción a futuro. Sin embargo, también sugiere una evaluación por clientes de enfermería en la situación particular, ya que el individuo, al percibir la teoría como una experiencia real, facilita la aplicación del modelo mejorando los resultados de enfermería. Sin embargo, la presente investigación pretende proponer la teoría de situación específica para en un futuro realizar dicha validación.

A continuación, se presenta la propuesta de teoría de situación específica de las conductas sexuales de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México que incluye las relaciones de las variables y de sus principales proposiciones.

Figura 2

Subestructuración teórica



Nota. Subestructuración de los conceptos que componen el modelo de las conductas sexuales de mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México.

Teoría de situación específica de conductas sexuales de mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México.

La presente teoría de situación específica parte del supuesto que el fenómeno migratorio es una transición de tipo situacional dado que la mujer cambia el contexto social, cultural y posiblemente económico en el que se encuentra inmersa en su ciudad de origen, así mismo, se pueden presentar rupturas de lazos familiares o sociales. En este proceso, intervienen distintas características presentes en las mujeres migrantes que influyen en su comportamiento sexual que, a su vez, pueden participar como mediadores en función de observar si la mujer se dirige hacia una conducta sexual saludable o no saludable.

En el presente modelo, se plantea que las características personales como edad, estado civil, escolaridad, empleo, estatus migratorio, tiempo de migración y consumo de alcohol tienen una asociación con la conducta sexual de las mujeres migrantes (Albarracin, Chancay, Hinrich & Sánchez, 2014; Ertl, et al., 2018; Luo, et al., 2018; Montealegre, Risser, Selwyn, McCurdy & Sabin, 2012; Rojas, et al., 2016; Shen et al., 2019; Song et al., 2015) y que, de acuerdo con investigaciones anteriores, estas variables pueden participar incluso como mediadores o moderadores de la conducta sexual.

Así mismo, la presente teoría plantea que las propiedades de transición son comportamientos presentes en las mujeres migrantes que contribuyen a alcanzar una transición saludable. Estas propiedades de transición permiten a las mujeres reconocer situaciones que las coloquen en mayor riesgo de adquirir el VIH/sida, tales como el uso inconsistente del condón, mantener relaciones sexuales con usuarios de drogas y con individuos que sostienen relaciones sexuales con otras parejas (Rangel et al., 2012). De acuerdo con lo anterior, el concepto de conciencia propuesto por Meleis (2010), se representa a través del concepto de conciencia del riesgo del VIH/sida, el cual se define como la capacidad de reconocer situaciones o comportamientos que eleven la vulnerabilidad ante el riesgo de adquirir el VIH/sida y de las consecuencias negativas

que resultan al involucrarse en prácticas sexuales de riesgo.

Además, estos comportamientos de riesgo pueden impedir que las mujeres migrantes realicen acciones encaminadas a la prevención. Estas acciones se relacionan con el grado de compromiso con su salud sexual, tales como realizarse la prueba del VIH y búsqueda de información (Sio et al., 2015). Responsabilidad con la salud sexual fue sustraída del concepto de compromiso descrito por Meleis (2010) y se define como el nivel de interés que la mujer migrante demuestra y otorga a la búsqueda de información sobre el VIH/sida y a la acción de medidas de autocuidado como realizar la prueba del VIH.

Las propiedades mencionadas anteriormente, son mediadas por comportamientos que facilitan o inhiben la presencia de una conducta sexual; algunos forman parte de la cultura y personalidad de las mujeres migrantes y otros se adquieren o transforman durante la migración principalmente por la sensación de libertad al alejarse de normas tradicionales y autoridad familiar. Los comportamientos y actitudes tradicionalistas como roles y estereotipos de género se reflejan en actitudes de sumisión, subordinación y baja autoestima de la mujer frente al hombre (Ertl et al., 2018; Ramírez-Ortiz et al., 2019). Por otro lado, la creencia acerca de que ciertas conductas sexuales de riesgo son aceptables en la ciudad de tránsito, como el sexo casual o premarital y tener múltiples parejas, así como la creencia de actitudes igualitarias frente al hombre respecto a las relaciones sexuales (Albarracin et al., 2014; Ramírez-Ortiz et al., 2019; Tang et al., 2011; Tran et al., 2018) pueden mediar o elevar el riesgo de adquirir el VIH/sida.

Del concepto de actitudes y creencias culturales descrito por Meleis (2010), fueron sustraídos los conceptos de estereotipos de género en el comportamiento y actitudes sexuales. Los estereotipos de género en el comportamiento sexual representan las creencias y actitudes de las mujeres migrantes en función de comportamientos tradicionales ante el hombre respecto a las relaciones sexuales como la sumisión, la idea de que es mal visto que las mujeres compren condones y de que solo el hombre tiene la

responsabilidad de proteger a la mujer del VIH/sida. Por otro lado, las actitudes sexuales abordan los comportamientos de permisividad respecto a la sexualidad como la creencia acerca de que ciertas conductas sexuales como tener relaciones sexuales casuales, tener múltiples parejas sexuales y mayor permisividad sexual, son aceptables.

El conocimiento y la información que tienen las mujeres migrantes sobre las vías de transmisión del VIH/sida y los métodos preventivos influyen en sus comportamientos sexuales. Esta información permite identificar las vías correctas de transmisión y métodos de barrera como el condón masculino y femenino (Ramírez-Ortiz et al., 2019; Shen et al., 2019). El concepto de conocimiento sobre VIH/sida, representa a la conocimiento y preparación abordado por Meleis (2010) y se refiere a la información que las mujeres migrantes tienen sobre el VIH/sida, sus vías de transmisión y sus métodos de prevención.

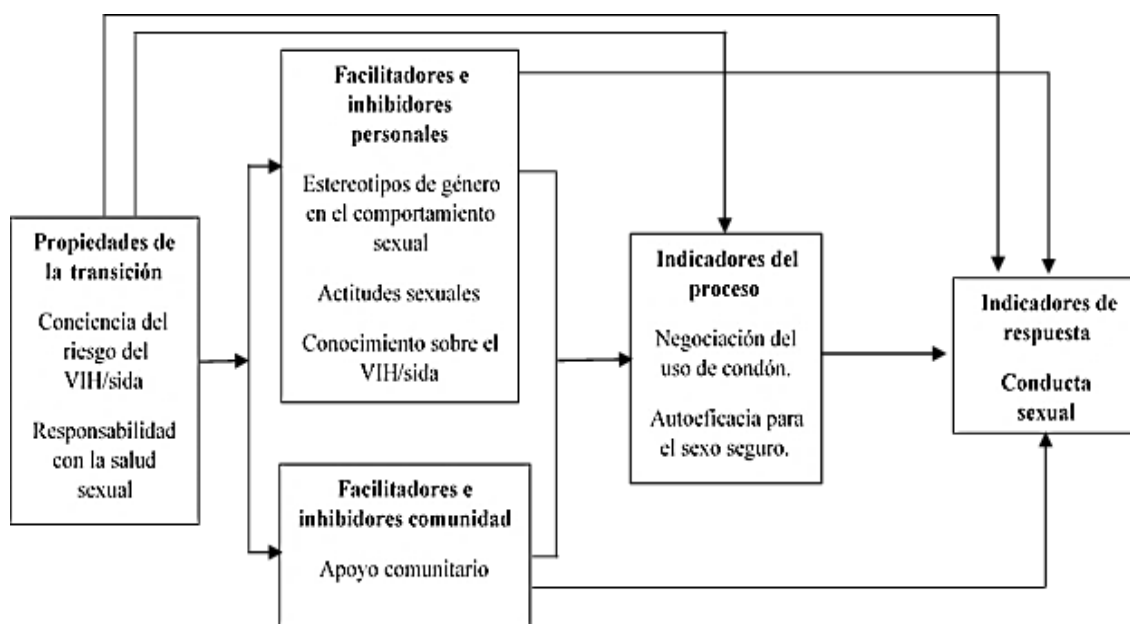
Por otro lado, en los facilitadores e inhibidores ambientales, el concepto de comunidad planteado por Meleis, permite incluir un contexto que incluya un conjunto de recursos de atención en salud que influyen en las conductas sexuales de la mujer migrante. Estos recursos incluyen el acceso a la prueba del VIH/sida, uso de servicios de atención en salud preventiva y acceso gratuito a condones (Akerman, Östergren, Essén, Fernbrant & Westerling, 2016; Sio et al., 2015). De este modo, el concepto de apoyo comunitario representa al concepto de comunidad (Meleis, 2010) y se refiere al uso de los recursos y programas de atención en salud sexual y reproductiva presentes en la ciudad de tránsito, como el acceso a la prueba rápida del VIH/sida, condones masculinos y femeninos y la disposición en participar en programas preventivos sobre el VIH/sida, dirigidos por profesionales de salud.

Dentro de los patrones de respuesta, se encuentran indicadores de proceso y resultado que corresponden a conductas observables durante la transición. En las mujeres migrantes, las conductas observables están relacionadas a las habilidades y destrezas que adquieren para proponer el uso del condón o negarse ante una relación

sexual desprotegida (Ramírez-Ortiz et al., 2019; Sio et al., 2015; Shen et al., 2019; Xiao et al., 2013). El concepto de negociación del uso de condón y autoeficacia para el sexo seguro, representan al concepto de interacciones y autoeficacia y desarrollo de habilidades, respectivamente. El primero se refiere a la habilidad que tienen las mujeres migrantes para proponer a la pareja el uso del condón en sus relaciones sexuales y prácticas que disminuyen el riesgo de adquirir o transmitir el VIH/sida; mientras que el segundo representa la destreza que tienen o adquieren las mujeres para usar el condón correctamente en sus relaciones sexuales.

Figura 3

Modelo de la teoría de situación específica de las conductas sexuales de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México



Nota. Esquema que presenta los conceptos de la Teoría de situación específica de conductas sexuales de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México.

Por último, el indicador de respuesta en el modelo incluye comportamientos que las mujeres desarrollan con el tiempo y la experiencia durante la migración. El dominio de estos comportamientos, permiten observar si se dirige a una transición saludable o no,

es decir, si se dirigen hacia un mayor o menor riesgo de adquirir el VIH/sida. En el modelo, la conducta sexual representa el indicador de respuesta de dominio y se refiere al conjunto de comportamientos sexuales que las mujeres migrantes identifican en función de aumentar o disminuir su vulnerabilidad ante el riesgo de adquirir el VIH/sida.

El modelo supone que las variables que componen a cada constructo presentan un efecto directo sobre la conducta sexual, así mismo, plantea que estas mismas variables pueden participar como mediadores de dicha conducta. En la figura 3 se presenta el modelo propuesto la teoría de situación específica de las conductas sexuales de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México.

De acuerdo con lo anterior se establecen las siguientes proposiciones:

1.- Las propiedades de la transición, los facilitadores e inhibidores personales y comunidad, así como los indicadores del proceso tienen influencia sobre la conducta sexual de las mujeres migrantes en tránsito.

2.- Las características personales como edad, escolaridad, tiempo de migración, número de migraciones ilegales y consumo de alcohol se asocian a la conducta sexual de las mujeres migrantes en tránsito.

3.- Las propiedades de la transición influyen en la conducta sexual y dicho efecto también puede ser mediado por los facilitadores e inhibidores personales y comunidad.

4.- Las propiedades de la transición influyen en la conducta sexual, así mismo, este efecto puede estar mediado por los indicadores del proceso.

5.- Los facilitadores e inhibidores personales y comunidad explican la conducta sexual y dicho efecto también puede ser mediado por los indicadores del proceso.

6.- Las propiedades de la transición influyen directamente en los indicadores del proceso y este efecto también puede ser mediado por los facilitadores e inhibidores personales y comunidad.

Estudios relacionados

A continuación, se presenta la literatura que aborda el fenómeno de estudio de

acuerdo con las variables seleccionadas. Primeramente, se observan variables demográficas que han mostrado relación directa sobre la conducta sexual, posteriormente se revisaron las variables que integran las propiedades de la transición, los facilitadores e inhibidores personales y comunidad y los indicadores del proceso. Además, se incluyen estudios de modelos que han abordado la conducta sexual en migrantes con anterioridad.

Variables sociodemográficas.

Edad. Ertl et al. (2018) realizaron una investigación en Estados Unidos con el objetivo de identificar los factores individuales, sociales y culturales que contribuyen a las conductas sexuales de riesgo en una muestra de 530 mujeres migrantes de entre 18 y 24 años. De acuerdo con los resultados, se observó que la edad tuvo asociación estadística negativa con el uso del condón ($r = -.24, p < .01$); y asociación estadística positiva con el número de parejas sexuales ($r = .16, p < .01$) y con el sexo bajo las influencias de alcohol ($r = .10, p < .05$). La edad fue un predictor de las conductas sexuales de riesgo ($\beta = .12, p < .01$).

Clifton et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de encontrar relación entre comportamientos de riesgo del VIH, percepción del riesgo y las pruebas del VIH en una muestra de 8041 mujeres que se identificaban a sí mismas de raza africana residentes de Reino Unido. Dentro de los resultados se encontró que, edad se asoció con percepción del riesgo para el VIH. Aquellas mujeres más jóvenes tenían mayor probabilidad de percibirse en riesgo de VIH ($OR = 3.6 \% [2.7 - 4.7 \text{ 95 \% IC}], p < .01$) en comparación con las mujeres de mayor edad.

Albarracin et al. (2014) realizaron un estudio que tuvo por objetivo comprobar si las dimensiones de empoderamiento (económica, sociocultural, familiar/interpersonal y política) influyen en el uso del condón. Dentro de los resultados, se observó que el 73 % de las mujeres reportaron que nunca o casi nunca usaban el condón con su pareja principal y que las participantes jóvenes tenían mayor probabilidad de usar el condón

comparadas con las mujeres mayores ($r = -.26, p < .01$).

Ye et al., (2013) realizaron un estudio en China que tuvo por objetivo evaluar los conocimientos y actitudes relacionados con el VIH/sida en una muestra de 428 mujeres migrantes de entre 15 y 64 años trabajadoras de la industria restaurantera. Dentro de los resultados se encontró que las mujeres migrantes menores de 30 años ($t = 2.96, p < .05$) presentaban puntuaciones más altas de conocimiento sobre VIH comparadas con aquellas mayores de 30 años.

Cao et al. (2010) desarrollaron una investigación en China con el objetivo de conocer las actitudes de estigma sobre las personas que viven con VIH/sida. Estudiaron una muestra de 601 mujeres migrantes con la finalidad de estudiar las características de esta población y sus actitudes de estigma sobre las personas que viven con VIH/sida. Dentro de los resultados se encontró que las mujeres migrantes mayores tenían mayor probabilidad de tener actitudes de estigma hacia las personas con el VIH que las mujeres jóvenes ($\beta = .04, p < .001$).

Síntesis. La edad se ha relacionado con la conducta sexual de riesgo en las mujeres migrantes. La evidencia muestra que, a mayor edad mayores conductas sexuales de riesgo, tales como uso inconsistente del condón, múltiples parejas sexuales y sexo bajo los efectos del alcohol. También se ha encontrado evidencia que la edad se relaciona con factores inhibidores y facilitadores. A mayor edad, mayor actitud de estigma y menor conocimiento sobre el VIH.

Estado civil. Ertl et al. (2018) realizaron una investigación en Estados Unidos con el objetivo de identificar los factores individuales, sociales y culturales que contribuyen a las conductas sexuales de riesgo. Estudiaron una muestra de 530 mujeres migrantes de entre 18 y 24 años. En los resultados encontraron que el estado civil fue un factor determinante para las conductas sexuales de riesgo ($\beta = .13, p < .001$), para esta población, ya que estar casada se asoció positivamente con el número de parejas sexuales ($r = .16, p < .01$).

Ma et al. (2015) realizaron un estudio en China con el propósito de evaluar el nivel de apoyo social en una muestra de 1,164 mujeres migrantes de entre 18 y 50 comparadas con las mujeres no migrantes. Dentro de los resultados se encontró que, las migrantes tenían un nivel bajo de apoyo social comparado con las mujeres no migrantes (40.61 ± 6.19 vs 42.81 ± 6.29 , $t = -8.38$, $p < .001$).

Sánchez et al. (2016) realizó un estudio en Estados Unidos, con el objetivo de examinar los efectos de una intervención para aumentar las estrategias cognitivas y de comportamiento sobre el VIH en mujeres migrantes e identificar si las estrategias cognitivas de prevención del VIH (conocimiento, autoeficacia e intenciones para la negociación del sexo seguro) tienen algún impacto en el uso del condón. Se estudió una muestra de 110 mujeres migrantes de entre 18-50 años. El 70 % de ellas eran migrantes indocumentadas, el 54.5 % con educación secundaria o menos y solo la mitad contaba con un empleo. Dentro de los resultados se encontró que las mujeres migrantes latinas que tenían una relación indicaron mayor conocimiento sobre el VIH que las mujeres solteras ($\beta = -1.04$, $DE = 0.46$, $p < .01$) y que las participantes que estaban casadas tenían menos probabilidades de usar un condón ($\beta = .22$, $DE = .10$, $p < .05$) que las participantes solteras.

Song et al. (2015) realizaron un estudio con el objetivo de describir y comparar el conocimiento sobre VIH/sida entre mujeres migrantes y no migrantes casadas en China, e identifica los factores asociados con el historial de pruebas de VIH y el sexo extramarital entre estas mujeres. La muestra estuvo conformada por 2,271 participantes de entre 18 y 49 años, con educación secundaria y media superior. Dentro de los resultados se encontró que las mujeres migrantes tenían bajo nivel de conocimiento sobre VIH/sida (6.46 ± 1.96 vs 5.51 ± 2.63 ; $\chi^2 = 9.45$, $p < .001$) comparadas con las mujeres no migrantes.

Ye et al. (2013) realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar el conocimiento y las actitudes relacionadas con el VIH / SIDA entre las trabajadoras

migrantes en la industria de restaurantes en China. Estudiaron a 428 participantes de entre 15 y 56 años, de educación secundaria, casadas y no casadas. Dentro de los resultados encontraron que las mujeres migrantes solteras tenían puntuaciones altas de conocimiento sobre VIH en comparación con las demás ($t = -2.98, p < .05$).

Cao et al. (2010) desarrollaron una investigación en China con el objetivo de conocer las actitudes de estigma sobre las personas que viven con VIH/sida. Estudiaron una muestra de 601 mujeres migrantes con la finalidad de estudiar las características de esta población y sus actitudes de estigma sobre las personas que viven con VIH/sida. En los resultados encontraron una asociación entre las mujeres migrantes y las actitudes perjudiciales de estigma sobre las personas con VIH/sida ($F = 27.51, p < .001$).

Síntesis. El estado civil se relaciona con las conductas sexuales de las mujeres migrantes. Estar casada se asocia a múltiples parejas sexuales. Cabe destacar, que también se ha encontrado una relación entre el estado civil y los facilitadores e inhibidores personales, como el estigma y el conocimiento de VIH, por lo que se puede decir que existe una disparidad entre el estado civil y las conductas sexuales de las mujeres migrantes.

Escolaridad. Shen et al. (2019) realizaron una investigación en 903 mujeres migrantes con el objetivo de probar que la información como el conocimiento sobre transmisión y prevención de sida, y la motivación para el uso de condón, afectan indirectamente el uso consistente del condón a través de las habilidades de comportamiento. En los resultados se encontró que el 69.4 % de las mujeres tenían un nivel educativo que consideraron bajo (preparatoria) y sólo el 13.8 % de las participantes reportó uso consistente del condón en los últimos seis meses.

Luo et al. (2018) realizaron un estudio en China con 1,325 mujeres migrantes, con el propósito de examinar la asociación de la compulsividad sexual y el sexo sin condón. Dentro de los resultados encontraron que el 69.8 % de las participantes tenían educación de 9 años o menos y que el 66.8 % reportó haber tenido sexo vaginal sin

condón en los últimos 6 meses.

Ramírez-Ortiz, Rojas, Sánchez, Cano y De La Rosa (2019) realizaron un estudio en Estados Unidos en una muestra de 232 mujeres migrantes para determinar la asociación entre comportamientos de auto silenciamiento como sumisión, supresión de sentimientos, pensamientos y acciones para mantener relaciones íntimas, y las actitudes igualitarias hacia los roles de la mujer en relación a comportamientos preventivos de HIV como autoeficacia y conocimiento relacionado con el VIH, y negociación de sexo seguro. Dentro de los resultados encontraron que el nivel educativo fue un predictor para el conocimiento sobre VIH ($\beta = .32, p < .001$).

Clifton et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de encontrar la relación entre comportamientos de riesgo de VIH, percepción del riesgo y las pruebas de VIH en una muestra de 8041 mujeres que se identificaban a sí mismas de raza africana residente de Reino Unido. Dentro de los resultados se observó que la escolaridad se asoció con la percepción del riesgo de VIH. Aquellas mujeres sin escolaridad tenían mayor probabilidad de percibirse en riesgo ($OR = 3.2 \% [2.3 - 4.5, 95 \% IC], p < .01$).

Ye et al. (2013) realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar el conocimiento y las actitudes relacionadas con el VIH / SIDA entre las trabajadoras migrantes en la industria de restaurantes en China. Estudiaron una muestra 428 participantes de entre 15 y 56 años, de educación secundaria, casadas y no casadas. Dentro de los resultados se encontró que las mujeres con niveles educativos altos se asociaron a puntuaciones más altas de conocimiento sobre VIH ($F = 13.41, p < .001$).

Cao et al. (2010) desarrollaron una investigación en China con el objetivo de conocer las actitudes de estigma sobre las personas que viven con VIH/sida. Estudiaron una muestra de 601 mujeres migrantes con la finalidad de estudiar las características de esta población y sus actitudes de estigma sobre las personas que viven con VIH/sida. Dentro de los resultados se encontró que las mujeres migrantes con mayor educación ($\beta = -.20, p < .05$) tenían menos actitudes de estigma.

Islam, Conigrave, Miah y Kalam (2010) desarrollaron una investigación en 123 mujeres trabajadoras migrantes en Bangladesh con el objetivo de conocer sus características sociodemográficas y el grado de conciencia sobre VIH/sida. Dentro de los resultados encontraron que las participantes con nivel de educación de ocho años o más tenían mayor probabilidad de estar informadas sobre VIH ($\chi^2 = 8.51; p < .05$).

Síntesis. La escolaridad se relaciona con las conductas sexuales de riesgo en las mujeres migrantes. La evidencia reporta que, a menor escolaridad, menor uso del condón. De igual manera la escolaridad se asocia a factores inhibidores y facilitadores. A mayor educación, mayores conocimientos y menores actitudes de estigma sobre VIH/sida.

Empleo. Ramírez-Ortiz et al. (2019) realizaron un estudio en Estados Unidos en una muestra de 232 mujeres migrantes para determinar la asociación entre comportamientos de auto silenciamiento como sumisión, supresión de sentimientos, pensamientos y acciones para mantener relaciones íntimas, y las actitudes igualitarias (actitudes hacia los roles de la mujer en la sociedad) en relación a comportamientos preventivos de HIV como autoeficacia y conocimiento relacionado con el VIH, y negociación de sexo seguro. Dentro de los resultados encontraron que el empleo fue un predictor ($\beta = -.13, p < .05$) para negociar el sexo seguro.

Ertl et al. (2018) realizaron una investigación en Estados Unidos con el objetivo de identificar los factores individuales, sociales y culturales que contribuyen a las conductas sexuales de riesgo. Estudiaron una muestra de 530 mujeres migrantes de entre 18 y 24 años. Dentro de los resultados, encontraron que los factores individuales como el empleo ($\beta = .13, p < .001$) determinaron la conducta sexual de riesgo en mujeres migrantes de EE. UU. Y tuvo una asociación con número de parejas sexuales y el sexo bajo los efectos del alcohol ($r = .12, p < .01$ y $r = .10, p < .05$, respectivamente).

Síntesis. El empleo se ha relacionado con la conducta sexual de riesgo en las mujeres migrantes. La evidencia muestra que, a mayor empleo mayor número de parejas

sexuales y mayor sexo bajo los efectos del alcohol. Sin embargo, también se ha reportado que el empleo se relaciona con la negociación del sexo seguro; por lo que se puede decir que existe una incongruencia sobre la relación entre el empleo y la conducta sexual de riesgo.

Tiempo de migración. Ramírez-Ortiz et al. (2019) realizaron un estudio en Estados Unidos en una muestra de 232 mujeres migrantes para determinar la asociación entre comportamientos de auto silenciamiento como sumisión, supresión de sentimientos, pensamientos y acciones para mantener relaciones íntimas, y las actitudes igualitarias hacia los roles de la mujer en la sociedad, con relación a los comportamientos preventivos de HIV como autoeficacia y conocimiento relacionado con el VIH, y negociación de sexo seguro. Dentro de los resultados se observó que el tiempo en US ($\beta = -.14, p < .05$) fue un predictor para las intenciones de negociar el sexo seguro.

Ertl et al. (2018) realizaron una investigación para identificar los factores individuales, sociales y culturales que contribuyen a las conductas sexuales de riesgo en una muestra de 530 mujeres migrantes en Estados Unidos. En los resultados se encontró que, dentro de los factores individuales, el tiempo de migración ($\beta = .13, p < .01$), fue un factor determinante para las conductas sexuales de riesgo y se asoció de manera inversa con las creencias culturales de marianismo: Casta y virtuosa ($r = -.09, p < .01$), subordinación/auto silenciamiento ($r = -.31, p < .001$) y Pilar familiar ($r = -.16, p < .001$); mientras que presentó una asociación positiva con la subescala de Pilar familiar ($r = .10, p < .01$). Por otro lado, el tiempo de migración se asoció de manera inversa con el uso del condón ($r = -.24, p < .01$), mientras que con el sexo bajo las influencias del alcohol ($r = .10, p < .05$), presentó asociación positiva. Ser migrante legal, se asoció con el número de parejas sexuales ($r = .09, p < .05$).

Sánchez et al. (2016) realizaron un estudio en Estados Unidos, con el objetivo de examinar los efectos de una intervención para aumentar las estrategias cognitivas y de

comportamiento sobre el VIH en mujeres migrantes e identificar si las estrategias cognitivas de prevención del VIH (conocimiento, autoeficacia e intenciones para la negociación del sexo seguro) tienen algún impacto en el uso del condón. Se estudió una muestra de 110 mujeres migrantes de entre 18-50 años. El 70 % de ellas eran migrantes indocumentadas, el 54.5 % con educación secundaria o menos y solo la mitad contaba con un empleo. Dentro de los resultados se encontró que las mujeres con mayor tiempo de residencia en Estados Unidos ($\beta = .04$, $DE = .02$, $p < .05$) tenían más probabilidades de usar el condón en comparación con las migrantes en tránsito.

Valverde et al. (2014) al desarrollar su estudio, encontraron que las mujeres que tienen menos de 5 años de migración tenían mayor probabilidad de reportar sexo vaginal desprotegido ($OR = 2.1$ [1.2 – 3.4, 95 % IC], $p < .01$) comparadas con aquellas que tenían 10 años. Las mujeres que habían migrado más de dos ocasiones tenían mayor probabilidad de reportar sexo anal desprotegido comparado con aquellas que no ($OR = 4.7$ [1.5 – 15.4, 95 % IC], $p < .01$).

Montealegre, Risser, Selwyn, McCurdy y Sabin (2012) realizaron un estudio en 182 mujeres inmigrantes en Estados Unidos para describir la prevalencia de comportamientos sexuales de riesgo y compararlos entre mujeres inmigrantes recientes (< 5 años) y establecidas (> 5 años). Dentro de los resultados sociodemográficos se encontró que las mujeres inmigrantes con estatus reciente tienen menos preparación académica ($PR = 2.08$ [1.66 - 2.60, 90 % IC] $p < .001$), menor ingreso económico ($PR = 1.48$ [1.10 - 2.00, 90 % IC], $p < .03$) y mayor probabilidad de tener múltiples parejas sexuales ($PR = 2.73$ [1.19 - 6.28, 90 % IC], $p < .04$) en comparación con las migrantes establecidas.

Cao et al. (2010) desarrollaron una investigación en China en una muestra de 601 mujeres migrantes con la finalidad de estudiar las características de esta población y sus actitudes de estigma sobre las personas que viven con VIH/sida. Dentro de los resultados se encontró que, a mayor tiempo de residencia, mayor estigma sobre las personas que

viven con VIH/sida comparadas con mujeres migrantes que tenían menos tiempo de residencia en la ciudad ($\beta = -.26, p < .05; F = 13.01, p < .001$).

Síntesis. El tiempo de migración se relaciona con las conductas sexuales de riesgo de las mujeres migrantes. Los estudios reportan que a mayor movilidad menor uso del condón, mayor número de parejas sexuales y sexo bajo los efectos del alcohol. Por otra parte, la movilidad se relaciona con factores inhibidores y facilitadores. A mayor tiempo de migración, menores creencias culturales de marianismo, mayor apoyo comunitario, y mayor estigma sobre VIH. También se ha encontrado que a mayor tiempo de migración mayor uso de servicios de salud.

Propiedades de la transición.

Conciencia del riesgo del VIH/sida. Clifton et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de encontrar la relación entre comportamientos de riesgo de VIH, percepción del riesgo y las pruebas de VIH en una muestra de 8041 mujeres migrantes en Reino Unido. Dentro de los resultados se observó que, el 2.5 % de las mujeres se perciben a sí mismas en “mucho” riesgo de VIH dado su actual estilo de vida sexual; el 10.7 % informó haber tenido relaciones sexuales sin protección, de éstas, el 2.5 % reportaron tener una alta percepción del riesgo de VIH y solo el 3.9 % se había sometido a una prueba anteriormente. También encontraron asociaciones con el número de parejas sexuales y el uso inconsistente del condón. Aquellas mujeres que tenían múltiples parejas sexuales ($OR = 7.6\%$ [5.2 - 11.0, 90 % IC]; $p < .01$) y que no utilizaron el condón en su primera relación sexual con una nueva pareja reportaron mayor percepción del riesgo ($OR = 7.5\%$ [5.8 - 9.6, 90 % IC]; $p < .01$).

Valverde et al. (2014) desarrollaron un estudio con mujeres migrantes en Estados Unidos, con el propósito de examinar factores como la migración, migración laboral y características de parejas y las relaciones sexuales no protegidas para comprender el riesgo que enfrentan ante el VIH/ITS. En los resultados, 67 % de las participantes reportó tener sexo con alguien del que no sabían su estado serológico y el 59 % no

utilizó el condón en sus relaciones sexuales vaginales y anales. Además, las mujeres que reportaron tener sexo con usuarios de drogas inyectadas tenían mayor probabilidad de no utilizar el condón en sus relaciones sexuales vaginales y anales ($OR = 5.4\%$ [2.1 - 14.2, 95 % *IC*], $p < .01$).

Islam et al. (2010) desarrollaron una investigación en mujeres migrantes en Bangladesh donde encontraron que el 33.3 % de las participantes cree que tener confianza y seguridad en las relaciones sexuales es un método de prevención para VIH y solo el 28.3 % utiliza el condón en la relación sexual.

Síntesis. La conciencia del riesgo del VIH/sida se ha relacionado con la conducta sexual de riesgo en las mujeres migrantes. La literatura muestra que, a menor conciencia, mayor conducta sexual de riesgo, tales como percepciones erróneas sobre métodos de prevención, tener sexo con usuarios de drogas y el uso inconsistente del condón.

Responsabilidad con la salud sexual. Hall et al. (2019) desarrollaron un estudio con el propósito de estimar la prevalencia y la realización de la prueba de VIH entre 1,363 mujeres migrantes en China. En los resultados se encontró que el 85.3 % aceptó realizarse la prueba y que aquellas mujeres migrantes que tenían más de dos parejas sexuales ($OR = 1.65$, [1.02 - 2.65, 95 % *IC*], $p < .05$), tenían mayor probabilidad de realizarse la prueba para VIH.

Luo et al. (2018) en su estudio realizado en China con mujeres migrantes, encontraron que solo el 14.9 % había recibido servicios preventivos relacionados al VIH/sida y el 66.8 % reportó haber tenido sexo vaginal sin condón en los últimos 6 meses.

Clifton et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de encontrar la relación entre comportamientos de riesgo de VIH, percepción del riesgo y las pruebas de VIH en una muestra de 8041 mujeres migrantes en Reino Unido. Dentro de los resultados se observó que el 23.2 % nunca se había realizado la prueba del VIH y que el 54 % que no

se percibe en riesgo, nunca se había hecho la prueba de VIH.

Valverde et al. (2014) en un estudio en Estados Unidos, encontraron que las mujeres migrantes que rechazaron la prueba de VIH tenían mayores probabilidades de reportar sexo sin protección ($OR = 1.9$, $[1.3 - 3.0, 95\% IC]$, $p < .05$), comparado con aquellas que no lo habían hecho.

Síntesis. La responsabilidad con la salud sexual se ha relacionado con las conductas sexuales en las mujeres migrantes. La evidencia muestra que, a menor responsabilidad con la salud sexual, mayores conductas sexuales de riesgo como sexo sin protección y mayor número de parejas sexuales. También, la responsabilidad con la salud sexual ha reportado asociaciones con facilitadores e inhibidores ambientales. Los estudios reportan que ya que, a menor responsabilidad con la salud sexual, las mujeres migrantes reciben menor apoyo comunitario.

Facilitadores e inhibidores personales y comunidad.

Estereotipos de género en el comportamiento sexual. Ravelo et al. (2019) realizaron un estudio con el objetivo de examinar el impacto de normas de género sobre el conocimiento del VIH y las habilidades de negociación de sexo seguro, junto con la influencia moderadora de la autoeficacia del VIH en una muestra de 157 inmigrantes latinas mayores de 18 años. Dentro de los resultados sociodemográficos se encontró que el 80 % tenía pareja y el 67 % era indocumentada. Los resultados arrojaron que las normas de género se asociaron de manera negativa con niveles bajos de educación ($r = -.18$, $p < .05$) y conocimiento de VIH ($r = -.33$, $p < .01$). Por otra parte, en el análisis de mediación, se encontró que altos niveles de actitudes igualitarias se asociaron con mayor autoeficacia del VIH ($\beta = .25$, $p < .00$), además de mostrar efectos directos e indirectos ($\beta = .11$, $p < .01$) con el conocimiento sobre el VIH y un efecto directo ($\beta = .08$, $p < .05$) e indirecto con la negociación del sexo seguro.

Dillon, Ertl, Corp, Babino y De La Rosa (2018) realizaron un estudio en Estados Unidos con el objetivo de investigar los determinantes sociales y culturales del uso de

los servicios de salud poco después de la inmigración en una muestra de 530 mujeres migrantes de entre 18-23 años con un tiempo de migración no mayor a 36 meses. En los resultados sociodemográficos se observó que el 57 % tenían la preparatoria, el 66 % tenía un empleo al momento del estudio y la mayoría era de nacionalidad cubana (34 %). Dentro de los resultados, se observó que 36 % había consultado un médico desde su migración y sólo el 18.9 % tenía seguro médico. Además, se encontró que las mujeres con mayor creencia de marianismo de pilar familiar tenían mayor probabilidad de usar de atención médica ($OR = 2.66$, [1.39 - 5.06, 95 % IC], $p < .05$). Así mismo, no usar atención médica se asoció con Subordinación/auto silencio y pilar espiritual ($OR = .36$, [.23 - .55, 95 % IC], $p < .05$ y $OR = .63$, [.41 - .99, 95 % IC], $p < .05$).

Ertl et al. (2018) realizaron una investigación en Estados Unidos con el objetivo de identificar los factores individuales, sociales y culturales que contribuyen a las conductas sexuales de riesgo. Estudiaron una muestra de 530 mujeres migrantes de entre 18 y 24 años. Dentro de los resultados, en los factores a nivel cultural encontraron una asociación entre las creencias culturales de marianismo y las CSR. La escala Casta y virtuosa se asoció con el uso del condón ($r = .22$, $p < .01$), el número de parejas sexuales ($r = -.21$, $p < .01$) y con el sexo bajo los efectos del alcohol ($r = -.11$, $p < .05$). La escala de Subordinación/auto silenciamiento se asoció con el uso del condón ($r = .29$, $p < .01$) y con el número de parejas sexuales ($r = -.32$, $p < .01$). La escala de Pilar familiar se asoció con el número de parejas sexuales ($r = .09$, $p < .01$). Por último, la escala de Pilar Espiritual se asoció al uso del condón ($r = .14$, $p < .01$) y al número de parejas sexuales ($r = -.18$, $p < .01$).

Sánchez et al. (2016) realizaron un estudio en Estados Unidos, con el objetivo de examinar los efectos de una intervención para aumentar las estrategias cognitivas y de comportamiento sobre el VIH en mujeres migrantes e identificar si las estrategias cognitivas de prevención del VIH (conocimiento, autoeficacia e intenciones para la negociación del sexo seguro) tienen algún impacto en el uso del condón. Se estudió una

muestra de 110 mujeres migrantes de entre 18-50 años. El 70 % de ellas eran migrantes indocumentadas, el 54.5 % con educación secundaria o menos y solo la mitad contaba con un empleo. Dentro de los resultados se encontró que niveles bajos de creencias culturales de roles de género ($\beta = -.07$, $DE = 0.46$, $p < .05$) se asociaron con un mayor conocimiento sobre el VIH.

Deardroff et al. (2013) realizaron un estudio para determinar si estrategias de negociación del uso del condón están asociadas con valores sexuales de población latina. Además, se examinó el género como una variable potencial para modificar el efecto. Se examinó una muestra de 571 jóvenes latinos de entre 16-22 años, sexualmente activos en los últimos 6 meses, de los cuales el 60 % eran mujeres ($n = 339$). Los resultados mostraron que las mujeres valoran menos que los hombres, las necesidades de satisfacción sexual ($\bar{x} = 1.7$ vs. 2.3), sin embargo, le dan más valor la virginidad en comparación con los hombres ($\bar{x} = 2.4$ vs. 2.2). Además, se encontraron relaciones significativas entre las actitudes hacia la virginidad ($r = .61$, $p < .05$) y la autoaceptación sexual ($r = -.44$, $p < .05$) de las mujeres latinas sobre expresar el rechazo hacia el condón.

Síntesis. La evidencia muestra una asociación los estereotipos de género y la conducta sexual de las mujeres migrantes. Las mujeres migrantes con mayores actitudes de estereotipos de género tradicionalistas como las creencias acerca de que la mujer debe preservar su castidad y pureza sexual, así como la creencia de la posición jerárquica de la mujer frente al hombre y en la sociedad se han asociado a mayor uso del condón, menor número de parejas sexuales y menos relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol en las mujeres migrantes. También se han asociado con indicadores del proceso como el conocimiento sobre el VIH.

Actitudes sexuales. Shen et al. (2019) realizaron una investigación en China en una muestra de 903 mujeres migrantes para probar que el conocimiento sobre transmisión y prevención de sida y la motivación para el uso de condón (actitudes e

intenciones), afectan indirectamente el uso consistente del condón a través de las habilidades de comportamiento. En los resultados se encontró que la intención tuvo una asociación positiva con el uso del condón ($r = .009, p < .01$) y que la motivación fue un predictor de las habilidades de comportamiento, que a su vez predice el consistente uso de condón ($\beta = .80, p < .01$).

Ramírez-Ortiz et al. (2019) realizaron un estudio en Estados Unidos en una muestra de 232 mujeres migrantes para determinar la asociación entre comportamientos de auto silenciamiento como sumisión, supresión de sentimientos, pensamientos y acciones para mantener relaciones íntimas, y las actitudes igualitarias (actitudes hacia los roles de la mujer en la sociedad) en relación a comportamientos preventivos de HIV como autoeficacia y conocimiento relacionado con el VIH, y negociación de sexo seguro. También encontraron que actitudes igualitarias ($\beta = .17, p < .05$) y las actitudes de auto silenciamiento ($\beta = -.23, p < .05$) tuvieron una asociación con las intenciones para negociar el sexo seguro.

Luo et al. (2018) reportaron que el 66.8 % de las participantes habían tenido relaciones sexuales sin condón en los últimos 6 meses. Las subescalas de compulsividad sexual: Interrupción Social ($OR = 1.07 [1.02 - 1.13], 95 \% IC, p < .05$) y Autocontrol Percibido se asociaron con el sexo sin condón en los últimos 6 meses ($OR = 1.06 [1.02 - 1.10, 95 \% IC], p < .01$).

Ertl et al. (2018) realizaron una investigación en Estados Unidos en una muestra de 530 mujeres migrantes de entre 18 y 24 años con el objetivo de identificar los factores individuales, sociales y culturales que contribuyen a las conductas sexuales de riesgo. Dentro de los resultados encontraron que, en los factores individuales, el alcohol ($\beta = .08, p < .05$) fue un factor determinante para las conductas sexuales de riesgo. Así mismo, se observó que consumo de alcohol tuvo una asociación inversa con el uso del condón ($r = -.14, p < .01$), número de parejas sexuales ($r = .20, p < .01$) y con el sexo bajo los efectos del alcohol ($r = .09, p < .05$).

Cao et al. (2010) desarrollaron una investigación en China con el objetivo de conocer las actitudes de estigma sobre las personas que viven con VIH/sida. Estudiaron una muestra de 601 mujeres migrantes con la finalidad de estudiar las características de esta población y sus actitudes de estigma sobre las personas que viven con VIH/sida. Dentro de los resultados se encontró que actitudes de estigma sobre las personas que viven con VIH/sida se asoció con múltiples parejas ($F = 4.76, p < .05$) y participar en sexo prematrimonial ($F = 41.42, p < .001$).

Síntesis. Las actitudes sexuales se relacionan a las conductas sexuales de riesgo de las mujeres migrantes. La evidencia reporta que, a mayor consumo de alcohol, mayor número de parejas sexuales, menor uso del condón, mayor sexo bajo los efectos del alcohol.

Conocimiento sobre el VIH. Shen et al. (2019) al probar su hipótesis para determinar la influencia que tiene el conocimiento y prevención de sida y la motivación para el uso de condón, sobre el uso consistente del condón, encontraron una asociación positiva entre el uso consistente del condón y la información ($r = .16, p < .01$).

Ravelo et al. (2019) realizaron un estudio en Estados Unidos en una muestra de 157 mujeres inmigrantes latinas de entre 18-50 años con el objetivo de examinar el impacto de las normas de género sobre conocimiento del VIH, habilidades de negociación de sexo seguro y autoeficacia del VIH. Dentro de los resultados encontraron que la educación se relacionó con conocimiento del VIH ($r = .33, p < .01$). Además, se encontró una relación significativa entre conocimiento del VIH, autoeficacia para el VIH ($r = .30, p < .01$) y negociación del sexo seguro ($r = .18, p < .01$), además de una relación inversa con las normas culturales de género ($r = -.33, p < .01$). En el análisis de mediación se encontró que el 16 % de la varianza del conocimiento sobre el VIH es predicho por la autoeficacia del VIH y las actitudes igualitarias. Lo anterior indica que, a mayor conocimiento sobre el VIH, mayor autoeficacia para el VIH, mayor negociación para el sexo seguro y menor presencia de actitudes de roles de género.

Ramírez-Ortiz *et al.* (2019) realizaron un estudio en Estados Unidos en una muestra de 232 mujeres migrantes para determinar la asociación entre comportamientos de auto silenciamiento como sumisión y las actitudes igualitarias de la mujer en la sociedad con relación a comportamientos preventivos de VIH como autoeficacia, conocimiento relacionado con el VIH y negociación de sexo seguro. Dentro de los resultados se encontró una asociación negativa entre conocimiento sobre VIH y auto silenciamiento ($\beta = -.14, p < .05$); y una asociación positiva con las actitudes igualitarias ($\beta = .20, p < .05$) de las mujeres migrantes.

Ye *et al.* (2013) realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar el conocimiento y las actitudes relacionadas con el VIH / SIDA entre las trabajadoras migrantes en la industria de restaurantes en China. Estudiaron una muestra 428 participantes de entre 15 y 56 años, de educación secundaria, casadas y no casadas. Dentro de los resultados reportaron que el 49.3 % de las participantes tenía buenos conocimientos sobre el VIH/sida, sin embargo, solo el 9.1 % reportó haber obtenido dicho conocimiento de profesionales de la salud.

Islam *et al.* (2010), en una investigación realizada en mujeres migrantes, reportaron que el 87 % de ellas había escuchado hablar acerca del VIH, el 94 % conocía los métodos correctos de transmisión del virus como sexo sin protección, intercambio de agujas usadas o sangre; así mismo, encontraron que el 33.3% de las participantes adquirió conocimiento sobre VIH a través de los trabajadores de la salud.

Cao *et al.* (2010) desarrollaron una investigación en China en una muestra de 601 mujeres migrantes para conocer las actitudes de estigma hacia personas que viven con VIH/sida. Dentro de los resultados se encontró que las mujeres migrantes con buen conocimiento sobre VIH/sida ($\beta = -.14, p < .03$; $F = 12.45, p < .01$) tuvieron significativamente menos actitudes de estigma hacia personas con VIH/sida comparadas con las mujeres con menos conocimientos.

Síntesis. Las habilidades y conocimiento para el VIH se han relacionado con las

conductas sexuales de riesgo en las mujeres migrantes. Los estudios reportan que a mayor conocimiento sobre VIH mayor uso del condón. Así mismo, el conocimiento se ha relacionado con otros facilitadores e inhibidores personales como las actitudes y creencias. La evidencia reporta que, a mayor conocimiento sobre VIH, mayores actitudes igualitarias y menores actitudes de estigma y auto silenciamiento en las mujeres migrantes.

Apoyo comunitario. Dillon et al. (2019) al desarrollar su investigación, encontraron que solo el 36 % de las participantes había usado servicios de salud desde su migración y aquellas con mayor tiempo de estar establecidas en la ciudad, tenían mayor probabilidad ($OR = 1.05 [1.02 - 1.07, 95 \% IC], p < .01$) de haber utilizado los servicios de atención médica.

Ertl et al. (2018) realizaron una investigación para identificar los factores individuales, sociales y culturales que contribuyen a las conductas sexuales de riesgo, encontraron que tener una red de apoyo social de apoyo se asoció positivamente con el número de parejas sexuales ($r = .27, p < .01$) y negativamente ($r = -.21, p < .01$) con el uso del condón.

Dillon et al. (2018) también reportaron que el apego a una red social tuvo una asociación positiva entre la escala de marianismo: Pilar familiar ($r = .19, p < .01$); mientras que para las escalas de subordinación / auto silenciamiento ($r = -.28, p < .01$) y pilar espiritual ($r = -.28, p < .01$) reportaron una asociación negativa.

Ma et al. (2015) realizaron un estudio en China con el propósito de describir el nivel de apoyo social que las mujeres migrantes recibían en comparación con las mujeres no migrantes. La muestra estuvo conformada por 1,164 mujeres migrantes de entre 18 y 50 años, casadas, mayormente con educación secundaria y media superior y con un ingreso económico bajo. Dentro de los resultados se observó que el conocimiento del estado de infección por sida estaba relacionado con el apoyo subjetivo ($p < .05$) y con la puntuación de utilización de apoyo ($p < .01$).

Yang et al. (2015) realizaron en su estudio realizado en China, reportaron que el lugar de trabajo se asoció positivamente a las percepciones y comportamientos sexuales relacionados con el VIH ($F = 56,3934$ [1.78], $p < .001$), además encontraron que, el lugar de trabajo se asoció con conductas sexuales de riesgo ($F = 7,562$ [4.81], $p < .001$).

Síntesis. El apoyo comunitario se ha relacionado con las conductas sexuales de riesgo. La literatura menciona que, a mayor apego a una red social de apoyo, menor uso del condón y mayor número de parejas sexuales. De igual manera, el apoyo comunitario se ha relacionado con factores personales. Los estudios muestran que, a mayor apego a una red social, mayores creencias de marianismo de pilar familiar y menores de subordinación y auto silenciamiento.

Indicadores del proceso.

Negociación del uso del condón. Ravelo et al. (2019) realizaron un estudio en Estados Unidos, con el objetivo de examinar el impacto de las normas de género de las mujeres en el conocimiento del VIH y las habilidades de negociación de sexo seguro, junto con la influencia moderadora de la autoeficacia del VIH entre 157 inmigrantes latinas de una comunidad de trabajadores agrícolas, de entre 18-50 años. Dentro del análisis de mediación se encontró que el 15 % de la varianza de la negociación del sexo seguro es predicho por la autoeficacia del VIH y las actitudes igualitarias. Además, se encontró una asociación entre la negociación del sexo seguro y las actitudes igualitarias de roles de género ($r = .28$, $p < .01$).

Deardroff et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de determinar si ciertas estrategias de negociación del uso del condón que se han vinculado a su uso real están asociadas con los valores sexuales de población latina. Además, se examinó el género como una variable potencial para modificar el efecto. Se examinó una muestra de 571 jóvenes latinos de entre 16-22 años, sexualmente activos en los últimos 6 meses, de los cuales el 60 % eran mujeres ($n = 339$). Los resultados mostraron que, ser mujer se asoció negativamente con el uso de comunicación directa ($r = -.43$, $p < .05$) y que usan

menos la comunicación directa como una estrategia del uso del condón a comparación a los hombres ($\bar{x} = .7$ vs. 1.4). además, se encontraron asociaciones significativas entre el nivel de comodidad en la comunicación sexual ($r = .32, p < .05$) y la comodidad sexual ($r = .39, p < .05$) sobre la frecuencia del uso directo de comunicación con su pareja.

Xiao et al. (2013) realizaron un estudio en 265 mujeres jóvenes migrantes en China para conocer la asociación entre autoeficacia del sexo seguro, comunicación sexual y uso del condón probando la comunicación sexual como mediador. En los resultados se encontró que la comunicación sobre el uso de condón se asoció positivamente con autoeficacia para el sexo seguro ($r = .34, p < .01$), asertividad de la comunicación sexual ($r = .77, p < .01$) y uso de condón las últimas tres relaciones sexuales ($r = .19, p < .01$). Por otra parte, la comunicación sobre el uso del condón presentó una asociación negativa ($r = -.24, p < .01$) con la comunicación sexual; ésta a su vez, se asoció positivamente con autoeficacia del sexo seguro ($r = .34, p < .01$), comunicación sobre el uso de condón ($r = .77, p < .01$) y uso de condón en las últimas tres relaciones ($r = .22, p < .01; \beta = .18, p < .05$). Por último, se encontró que la comunicación sexual tuvo una asociación negativa con la Comodidad con la comunicación sexual ($r = -.23, p < .01$).

Síntesis. La evidencia muestra que la negociación del uso del condón se relaciona con el uso consistente del mismo. Además, la comunicación sexual se asocia al uso del condón en las mujeres migrantes, a su vez influye en la autoeficacia para el sexo seguro que es una conducta protectora para el VIH, permitiendo que las mujeres se sientan cómodas al hablar de temas de sexualidad.

Autoeficacia para el sexo seguro. Shen et al. (2019) desarrollaron un estudio que tuvo por objetivo de probar si la información del uso del condón y la motivación afectarían indirectamente al uso consistente del condón (UCC) a través de las habilidades del comportamiento; si la motivación o la información también tendrán un efecto directo sobre el UCC y su ambas (información y motivación) están relacionadas.

La muestra estuvo conformada por 2,270 participantes, solteras y mayores de 18 años, con educación media superior. Dentro de los resultados, encontraron una asociación positiva entre la autoeficacia y el uso consistente del condón ($r = .31, p < .001$).

Ravelo et al. (2019) realizaron un estudio en Estados Unidos con una muestra de 157 mujeres inmigrantes latinas de entre 18-50 años con el objetivo de examinar el impacto de las normas de género sobre el conocimiento del VIH, habilidades de negociación de sexo seguro y autoeficacia del VIH. Dentro de los resultados se encontró que autoeficacia del VIH tuvo una asociación significativa con negociación del sexo seguro ($r = .38, p < .01$), actitudes igualitarias de roles de género ($r = .36, p < .01$). Además, dentro de los resultados del análisis de mediación, se encontró que autoeficacia del VIH influye directamente sobre conocimiento sobre el VIH ($B = .12, p < .05$) y negociación de sexo seguro ($\beta = .15, p < .01$).

Ramírez-Ortiz et al. (2019) realizaron un estudio en Estados Unidos en una muestra de 232 mujeres migrantes para determinar la asociación entre comportamientos de auto silenciamiento como sumisión y las actitudes igualitarias de la mujer en la sociedad con relación a comportamientos preventivos de VIH como autoeficacia, conocimiento relacionado y negociación de sexo seguro. En sus resultados reportaron que la autoeficacia para la prevención del VIH se asoció negativamente con el auto silenciamiento ($\beta = - .24, p < .001$) y tuvo una asociación positiva con actitudes igualitarias ($\beta = .210, p < .05$).

Cianelli et al. (2017) desarrollaron un estudio en Estados Unidos en una muestra de 320 mujeres inmigrantes latinas de entre 18-50 años con el objetivo de determinar asociaciones entre características sociodemográficas con autoeficacia para la prevención del VIH (uso de condón). Dentro de los resultados se encontró que el 69 % tenía pareja y el promedio de parejas sexuales fue de 4.21 ($DE = 5.51$), así mismo, se encontró que autoeficacia del condón ($\beta = .05, DE = .02, p < .05$) se asoció con el conocimiento del VIH y con tener una pareja ($\beta = -1.15, DE = .54, p < .05$).

Sánchez et al. (2016) realizaron un estudio en Estados Unidos, con el objetivo de examinar los efectos de una intervención para aumentar las estrategias cognitivas y de comportamiento sobre el VIH en mujeres migrantes e identificar si las estrategias cognitivas de prevención del VIH (conocimiento, autoeficacia e intenciones para la negociación del sexo seguro) tienen algún impacto en el uso del condón. Se estudió una muestra de 110 mujeres migrantes de entre 18-50 años. El 70 % de ellas eran migrantes indocumentadas, el 54.5 % con educación secundaria o menos y solo la mitad contaba con un empleo. El análisis de mediación mostró que la autoeficacia y el conocimiento del VIH ($\beta = .02$, $DE = .01$, $p < .05$ y $\beta = .03$, $DE = .01$, $p < .01$, respectivamente), aumentan significativamente las probabilidades del uso del condón.

Xiao et al. (2013) en un estudio en China con mujeres migrantes, encontraron que la autoeficacia para el sexo seguro se asoció positivamente con el asertividad de la comunicación sexual ($r = .34$, $p < .01$; $\beta = .33$, $DE = .07$, $p < .001$), con la comunicación sobre el uso de condón ($r = .34$, $p < .01$; $\beta = .34$, $DE = .19$, $DE = .05$, $p < .01$).

Síntesis. la autoeficacia se ha relacionado con las conductas sexuales de las mujeres migrantes. Los estudios reportan que a mayor autoeficacia mayor uso del condón. También, se ha asociado a otros factores como actitudes y creencias culturales y al conocimiento sobre el VIH. A mayor autoeficacia, mayores actitudes igualitarias y menores actitudes de auto silenciamiento. Por otra parte, la autoeficacia se ha relacionado con indicadores del proceso. A mayor autoeficacia, mayor comunicación sexual y uso del condón con la pareja.

Modelos que explican la conducta sexual.

Ertl et al. (2018) realizaron un estudio en Estados Unidos en el cual exploraron si las mujeres migrantes de mayor edad, que tenían pareja, indocumentadas, de estrato socioeconómico bajo, desempleadas, con mayor tiempo de haber migrado y que consumían alcohol realizaban mayores conductas sexuales de riesgo. Utilizaron modelos de ecuaciones estructurales para examinar las relaciones entre los factores sociales y

culturales y las conductas sexuales de riesgo mientras fueron controladas por diferencias del país de origen. Dentro de los resultados se observó que el modelo explicó el 33 % la variabilidad en las conductas sexuales de riesgo y sus índices de bondad de ajuste fueron adecuados para el análisis ($CFI = .96$, $RMSEA = .04$ [.03 - .06, 90 % IC])

Guerra-Ordoñez (2017) realizó una investigación en migrantes hombres (88.4 %) y mujeres (11.6 %) en la frontera Norte de México con el propósito de determinar las conductas sexuales de riesgo en dos modelos, uno para uso del condón y otro para sexo seguro. El análisis de los modelos se realizó mediante modelos de regresión lineal múltiples y se realizó un análisis para estimar sus parámetros. El modelo para el uso del preservativo explicó el 32 % del total de la varianza y se presentó significancia con responsabilidad con salud sexual ($\beta = .22$, $F_{[1,292]} = 7.36$, $p < .05$), comunicación sexual con pareja potencial ($\beta = .17$, $F_{[1,292]} = 10.64$, $p < .05$) y autoeficacia para sexo seguro ($\beta = .40$, $F_{[1,302]} = 84.80$, $p < .01$). En el caso del modelo de sexo seguro se encontró que explicó el 33.4 % de la varianza total y se encontró significancia estadística de actitud sexual permisiva ($\beta = .12$, $F_{[1,292]} = 10.45$, $p = .005$), machismo sexual ($\beta = -.18$, $F_{[1,292]} = 12.78$, $p < .01$), conocimiento sobre VIH ($\beta = -.10$, $F_{[1,292]} = 7.58$, $p = .004$), discriminación social ($\beta = .07$, $F_{[1,292]} = 4.68$, $p = .03$), autoeficacia para negarse ($\beta = .09$, $F_{[1,292]} = 8.00$, $p = .006$) y autoeficacia para usar el condón ($\beta = .08$, $F_{[1,292]} = 6.80$, $p < .001$).

Síntesis. La evidencia muestra dos modelos que relacionan distintos factores de las conductas sexuales de riesgo en las mujeres migrantes. Uno de los estudios identifica a nivel individual y personal, los factores que contribuyen a las conductas sexuales en mujeres latinas durante sus primeros meses en el país de destino, sin embargo, difiere en el momento migratorio que vive la mujer migrante de la frontera norte de México. Por otro lado, el segundo modelo, que tuvo por objetivo determinar las conductas sexuales en población migrante, muestra una relación con los facilitadores e inhibidores

personales, ambientales y los indicadores del proceso con el indicador resultado; sin embargo, carece de especificidad entre hombres y mujeres, por lo que sus variables difieren a las reportadas en la población de mujeres migrantes.

Definición de términos

Propiedades de la transición.

Conciencia del riesgo del VIH/sida. Se define como la capacidad que tienen las mujeres migrantes de reconocer situaciones o comportamientos que aumenten su vulnerabilidad de adquirir el VIH/sida y de las consecuencias negativas que resulten al involucrarse en prácticas sexuales de riesgo. La conciencia del riesgo del VIH/sida se evaluó a través de la escala de percepción del riesgo para VIH (Napper, Fisher & Reynolds, 2012).

Responsabilidad con la salud sexual. Se refiere al nivel de interés que la mujer migrante demuestra y otorga a la búsqueda de información sobre el VIH y a las acciones que mejoren su salud sexual. La responsabilidad con la salud sexual se midió con de la escala de conciencia sobre salud sexual (Guerra-Ordoñez et al., 2018).

Facilitadores e inhibidores personales y comunidad.

Estereotipos de género en el comportamiento sexual. Se define como las creencias y actitudes culturales que tienen las mujeres migrantes sobre el comportamiento sexual femenino y masculino en función de la prevención de riesgos sexuales como la creencia de que las mujeres no deben comprar condones y de que solo el hombre tiene la responsabilidad de proteger a la mujer del VIH/sida. Los estereotipos de género se evaluaron mediante la escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual (Sánchez & Enríquez, 2017).

Actitudes sexuales. Abordan los comportamientos de permisividad o flexibilidad que tienen o adquieren las mujeres migrantes, con respecto a su sexualidad y relaciones sexuales premaritales. Actitudes sexuales se mediaron a través de la subescala de permisividad que pertenece a la escala breve de actitudes sexuales (Hendrick, Hendrick

& Reich, 2006).

Conocimiento sobre el VIH/sida. Se refiere a la información que las mujeres migrantes tienen sobre el VIH, vías de transmisión y métodos de prevención. El conocimiento sobre el VIH/sida se evaluó con el cuestionario de conocimientos sobre VIH de Carey y Schroder (2002).

Apoyo comunitario. Se refiere al uso de los recursos y programas de atención en salud sexual dirigidos a las mujeres migrantes que se encuentran presentes en la comunidad como el acceso a la prueba del VIH/sida, información sobre transmisión y tratamiento, además de promoción y acceso a condones masculinos y femeninos. La variable de apoyo comunitario se evaluó mediante la subescala de accesibilidad proveniente de la escala de calidad de los servicios de los centros de atención secundaria (Torres & Lastra, 2008).

Indicadores del proceso.

Negociación del uso de condón. Se refiere a la habilidad que tienen las mujeres migrantes para proponer a su pareja el uso del condón en sus relaciones sexuales y la frecuencia de prácticas que reducen el riesgo de adquirir y transmitir el VIH/sida. Esta variable fue medida a través de la subescala de persuasión verbal de la escala de autoeficacia del uso del condón (Huitzil-Ascensión et al., 2016).

Autoeficacia para el sexo seguro. Se refiere a la destreza que tienen o adquieren las mujeres migrantes para usar el condón correctamente en sus relaciones sexuales. Esta variable se midió a través de la subescala de capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón, que se encuentra en la escala de autoeficacia para prevenir el sida (López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001).

Indicador de respuesta.

Conducta sexual. Se refiere a conjunto de comportamientos sexuales de las mujeres migrantes en función de aumentar o disminuir su vulnerabilidad ante el riesgo de adquirir el VIH/sida. La conducta sexual se evaluó mediante cuestionario de

comportamiento de sexo seguro (Dilorio, Parsons, Lehr, Adame & Carlone, 1992).

Objetivo General

1.- Determinar las interrelaciones y efectos directos e indirectos de las variables que integran los constructos de propiedades de la transición, facilitadores e inhibidores personales, comunidad e indicadores del proceso sobre las conductas sexuales de las mujeres migrantes.

Objetivos específicos.

1.- Analizar la asociación de variables sociodemográficas edad, escolaridad, tiempo de migración, número de migraciones ilegales y consumo de alcohol con las variables que integran las propiedades de la transición, los facilitadores e inhibidores personales y comunidad, indicadores del proceso y la conducta sexual en mujeres migrantes en tránsito

2.- Determinar el efecto directo e indirecto de las propiedades de transición (conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual) sobre la conducta sexual de las mujeres migrantes, mismo que también puede ser mediado por los facilitadores e inhibidores personales y comunidad (estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales, conocimiento sobre el VIH/sida y apoyo comunitario).

3.- Analizar el efecto directo e indirecto de las propiedades de transición (conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual) sobre la conducta sexual de las mujeres migrantes, mismo que también puede ser mediado por los indicadores de proceso (negociación del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro).

4.- Conocer el efecto directo e indirecto entre los facilitadores e inhibidores personales y comunidad (estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales, conocimiento sobre el VIH/sida y apoyo comunitario) sobre la conducta sexual, que también puede ser mediado por los indicadores del proceso (negociación del

uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro).

5.- Analizar el efecto directo e indirecto de las propiedades de la transición (conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual) sobre los indicadores del proceso (negociación del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro), mismo que también puede ser mediado por los facilitadores e inhibidores personales (estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales y conocimiento sobre el VIH/sida) y comunidad (apoyo comunitario).

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se detalla la metodología del estudio. Se presenta el diseño del estudio, población, muestra y muestreo y criterios de inclusión y eliminación. También, se describen los instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de datos y las consideraciones éticas, así como la estrategia de análisis de datos.

Diseño de estudio

Se trata de un estudio transversal correlacional con diseño de comprobación de modelo (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista., 2014). Corresponde a un estudio correlacional ya que tiene por objetivo analizar las interrelaciones entre las propiedades de la transición, los facilitadores e inhibidores personales y comunidad, indicadores de proceso y la variable resultado *Conducta sexual* (Burns, Grove & Gray, 2015). Su diseño de comprobación de modelo tiene sustento en la teoría de las Transiciones propuesta por Meleis (2010) para determinar los efectos directos e indirectos de las variables que predicen la conducta sexual en la población de estudio. Así mismo, fue de tipo transversal ya que la obtención de los datos fue en un momento específico (Burns & Grove, 2015; Hernández-Sampieri et al., 2014).

Población, muestra y muestreo

La población estuvo constituida por mujeres migrantes en tránsito en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas. La muestra se determinó a través del programa *Soper* (Soper, 2015; Vargas & Mora-Esquivel, 2017) con tamaño de efecto mediano de .3, nivel de poder estadístico de .8 y una probabilidad del 90 % para 11 variables latentes y 66 variables de medición para un Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE) obteniendo un total de muestra mínima recomendable de 200 participantes. Para fines del análisis estadístico, se buscó mantener un mínimo de cinco participantes por variable observada dentro del modelo final. Se recolectó una muestra total de 241 participantes.

Debido a la contingencia sanitaria por COVID-19, se realizaron modificaciones

durante el muestreo y recolección de los datos de acuerdo con el semáforo de riesgo epidemiológico de la ciudad, así como a la accesibilidad de los albergues o casas de migrantes y módulos de migración de la ciudad. Se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia (Polit & Beck, 2017) en cinco albergues o casas de migrantes de la ciudad, un módulo de migración y una encuesta en línea a través de la plataforma QuestionPro, así como en diversos establecimientos de trabajo como cafeterías, tiendas de abarrotes y restaurantes donde se localizaron posibles participantes.

Criterios de inclusión

Se incluyeron mujeres migrantes nacionales y extranjeras de entre 18 y 50 años, que reconocieran estar en fase de tránsito migratorio, para esto, se consideraron mujeres con un tiempo de residencia no mayor a 12 meses que declararan su intención de cruzar la frontera, así como de aquellas mujeres que no fuesen residentes de la ciudad y se encontraran en esta zona por motivos de trabajo o búsqueda de este, cambio de residencia o estudio manifestando no tener una fecha tentativa de regreso a su lugar de origen. La recolección se llevó a cabo durante los meses de octubre del 2020 a marzo del 2021.

Criterios de eliminación

La muestra no incluyó a mujeres migrantes que hablaran un idioma diferente al español.

Instrumentos

En cuanto a las mediciones de las variables de estudio, se utilizó una cédula de datos sociodemográficos y una batería de nueve instrumentos auto aplicados. A continuación, se describen los instrumentos utilizados.

Variables sociodemográficas.

Primeramente, se utilizaron tres preguntas filtro (apéndice A) que corresponden a los criterios de inclusión para la selección de las participantes. Se utilizó una cédula de datos con características sociodemográficas (Apéndice B) como edad, escolaridad,

nacionalidad y estado civil. Además, se incluyeron preguntas de carácter migratorio y riesgo sexual como tiempo de migración, número de migraciones irregulares y cantidad de consumo de alcohol. A continuación, se muestra a detalle cada uno de los instrumentos que se utilizó en el presente estudio.

Propiedades de la transición.

Conciencia del riesgo del VIH/sida.

Escala de percepción del riesgo para VIH. El primer instrumento que se incluyó fue la escala de percepción del riesgo para VIH (Napper, Fisher & Reynolds, 2012) en su versión traducida al español (Guerra-Ordoñez, 2017). Así mismo, este instrumento fue adaptado para el presente estudio en función de evaluar la percepción de las personas respecto al riesgo de adquirir el VIH/sida durante su tránsito migratorio (Apéndice C). Incluye preguntas como “*Ahora que soy migrante, ¿Qué tan probable es que me pueda contagiar con el VIH?*” o “*Ahora que soy migrante, me siento vulnerable a la infección por el VIH*”. El instrumento consta de 10 ítems con diferentes opciones de respuesta, por lo que, a sugerencia del autor principal, se compactan en cuatro opciones de respuesta tipo Likert con de uno a cuatro puntos, con un mínimo de 10 y un máximo de 40 puntos, donde una mayor puntuación indica que existe una mayor percepción del riesgo para el VIH. El instrumento ha sido evaluado mediante el Alpha de Cronbach presentando una consistencia interna de $\alpha = .88$ en otras investigaciones (Napper et al., 2012).

Responsabilidad con la salud sexual.

Escala de conciencia sobre salud sexual. El siguiente instrumento que se utilizó fue la Escala de conciencia sobre salud sexual (Guerra-Ordoñez et al., 2018), la cual mostró ser adecuada para poblaciones vulnerables ante riesgo sexual para adquirir el VIH/sida (Apéndice D). Se compone por 10 ítems ubicados en dos dimensiones: a) *Conciencia sobre salud sexual* (ítems del 1 al 7) y b) *Responsabilidad sobre salud sexual* (ítems 8, 9,10). Incluye afirmaciones como “*Por lo general estoy al pendiente de cómo me siento acerca de mi salud sexual*” y “*Hago cosas para tener buena salud*”

sexual”. Las respuestas se presentan en escala tipo Likert de siete puntos que van desde “*Muy en desacuerdo (1)*”, hasta “*Muy de acuerdo (7)*”, con un mínimo de 10 y un máximo de 70 puntos, donde una mayor puntuación indica mayor conciencia sobre salud sexual. La escala ha presentado consistencia interna aceptable ($\alpha = .86$) en estudios anteriores (Guerra-Ordoñez *et al.*, 2018).

Facilitadores e inhibidores personales y comunidad.

Estereotipos de género en el comportamiento sexual.

Escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual. El tercer instrumento que se utilizó fue la Escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual (Sánchez & Enríquez, 2017), la cual permite analizar cómo los estereotipos de género influyen en la conducta sexual particularmente con el uso del condón masculino (Apéndice E). Se compone por 20 ítems dispuestos en tres factores: a) Estereotipos de género sobre la responsabilidad y prevención de riesgos sexuales e incluye los ítems 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 18; b) Estereotipos de género sobre la confianza en la pareja y está conformado por los ítems 14, 15, 16, 17, 19, 20; c) Estereotipos sobre masculinidad y comportamiento sexual e incluye los ítems 1, 2, 3, 4. Está constituido por afirmaciones como “*En el acto sexual la mujer tiene prohibido pedirle un condón a su pareja*” y “*Abstenerse de tener relaciones sexuales es solo para mujeres* “. Cada afirmación cuenta con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert que va desde *Totalmente en desacuerdo (1)* hasta *Totalmente de acuerdo (5)*; con un mínimo de 20 y un máximo de 100 puntos, donde las puntuaciones más altas demuestran mayor presencia de estereotipos de género en el comportamiento sexual. La escala ha mostrado ser adecuada para población vulnerable con una confiabilidad aceptable ($\alpha = .91$) en otros estudios (Sánchez *et al.*, 2017).

Actitudes sexuales.

Escala breve de actitudes sexuales: subescala de permisividad. Se incluyó también la subescala de Permisividad que pertenece a la Escala Breve de Actitudes

Sexuales (Hendrick et al., 2006), en su versión traducida (Guerra-Ordoñez, 2017) y adaptada al contexto de mujeres migrantes en tránsito (Apéndice F). Esta subescala evalúa la aceptación hacia el sexo casual y se compone de diez ítems con cinco opciones de respuesta organizados en escala tipo Likert que van desde *Muy de acuerdo* (1) hasta *Muy en desacuerdo* (5). Incluye afirmaciones como “*En este lugar no necesito comprometerme con una persona para tener relaciones sexuales con ella*” y “*En este lugar el sexo casual es aceptable*”. Los resultados se analizan por promedio donde un promedio más bajo, representa mayores actitudes de permisividad con puntuaciones mínimas de 10 y máximas de 50 puntos. Esta subescala ha mostrado tener una consistencia interna aceptable ($\alpha = .88$) en estudios anteriores (Marcinechová, & Záhorcová, 2020).

Conocimiento sobre el VIH/sida.

Cuestionario de conocimientos sobre VIH. El siguiente instrumento que se utilizó fue el cuestionario de conocimientos sobre VIH (Carey & Schroder, 2002) en su versión al español. Las declaraciones de este instrumento permiten evaluar el conocimiento o información que los participantes tienen en cuanto a la transmisión y prevención del VIH/sida (Apéndice G). Esta escala incluye afirmaciones como “*Una persona puede contagiarse con VIH cuando sostiene relaciones sexuales de forma oral*” o “*Las personas que están infectadas con el VIH, rápidamente muestran los signos o síntomas de que están contagiados*”, está conformada por 18 ítems con tres opciones de respuesta: “*Verdadero, Falso y No lo sé*”, otorgando un punto a la respuesta correcta con una puntuación mínima de cero y máxima de 18 puntos. De este modo, se obtiene un puntaje único para su análisis donde puntajes más altos indican mayor conocimiento relacionado con el VIH. El instrumento presenta confiabilidad aceptable entre $\alpha = .75$ a $\alpha = .89$ en estudios anteriores y se considera adecuado para población con bajo nivel educativo (Teixeira, Figueiredo & Mendoza-Sassi, 2016).

Apoyo comunitario.

Escala de calidad del servicio de centros de atención secundaria de salud: subescala de accesibilidad. El sexto instrumento que se utilizó fue la subescala de Accesibilidad que pertenece a la escala de Calidad del servicio de centros de atención secundaria de salud (Torres & Lastra, 2008). Este instrumento fue adaptado al contexto de mujeres migrantes en tránsito (Apéndice H) y evalúa la calidad acceso a los servicios de salud que las mujeres tienen o pueden tener en la ciudad en la que se encuentran; cuenta con afirmaciones como “*En esta ciudad, siempre que lo necesito, tengo acceso a la prueba del VIH exámenes médicos que me puedo realizar*” y “*En esta ciudad, por lo general, tengo acceso a información existente de mi estado de salud sexual*”. El instrumento se compone de cinco ítems con opciones de respuesta tipo Likert de siete puntos que van desde *Totalmente en desacuerdo* (1) hasta *Totalmente de acuerdo* (7), con un mínimo de cinco y un máximo de 35 puntos, donde mayor puntuación indica mayor accesibilidad en los servicios de atención primaria. La subescala presenta una consistencia interna de $\alpha = .80$ en estudios anteriores por lo que se considera confiable.

Indicadores del proceso.

Negociación del uso del condón.

Escala de autoeficacia para el uso del condón: subescala de persuasión verbal. El sexto instrumento que se aplicó fue la Subescala de Persuasión verbal (Apéndice I) que pertenece a la Escala de autoeficacia para el uso del condón en su versión traducida al español (Huitzil-Ascensión *et al.*, 2016). Este instrumento consta de seis reactivos, incluye afirmaciones como “*Siempre puedo usar un condón, aun si me encontrara en la situación de pagar para tener relaciones sexuales*” y “*Puedo hacer que mi pareja o mis parejas usen un condón, aun si no quieren*” y evalúa las habilidades para convencer a la pareja sobre el uso del condón. Las opciones de respuesta son tipo Likert de cinco puntos que van desde *Nada seguro* (1) hasta *Totalmente seguro* (5) con un mínimo de seis y un máximo de 30 puntos, donde un mayor puntaje indica mayor autoeficacia sobre

el uso del condón. La subescala ha mostrado una consistencia interna aceptable en estudios anteriores ($\alpha = .79$).

Autoeficacia para el sexo seguro.

Escala de autoeficacia para prevenir el sida: subescala de capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el preservativo. El siguiente instrumento que se aplicó fue la Subescala de Capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón que pertenece a la Escala autoeficacia para prevenir el sida (SEA-27; López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001). Esta subescala incluye ocho preguntas como “¿Qué tan segura estas de usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?” y “¿Qué tan segura estas de ser capaz de insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja prefiere no usarlo?” con opción de respuesta de tipo Likert de cinco puntos que van desde “Nada seguro” (1) hasta “Total seguro” (5) con una puntuación mínima de ocho y máxima de 40 puntos, donde mayor puntuación indica mayor autoeficacia percibida para adquirir y usar correctamente el condón. El instrumento se ha probado en población mexicana con una consistencia interna aceptable ($\alpha = .89$).

Variable dependiente.

Conducta sexual.

Cuestionario de conducta de sexo seguro. Por último, se utilizó el Cuestionario de conducta de sexo seguro (Dilorio et al, 1992), en su versión al español (Apéndice K). Este instrumento evalúa la frecuencia del uso de prácticas recomendadas para reducir la exposición o transmisión del VIH. Está constituido por 27 ítems dispuestos en cinco subescalas: a) Comportamientos de riesgo, b) asertividad, c) uso del condón, d) evitar los fluidos corporales y e) evitar sexo anal; sin embargo, para fines de este estudio se consideró el cuestionario completo. El cuestionario incluye afirmaciones como “Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales” y “Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien” con cuatro opciones de respuesta en formato tipo

Likert que van desde Nunca (1) hasta Siempre (4). De los 27 ítems del instrumento, 17 están codificados de forma positiva (1, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 24) y 10 de forma negativa (2, 7, 9, 15, 17, 18, 23, 25, 26, 27), con una puntuación mínima de 27 y máxima de 108 puntos, donde mayores puntuaciones indican mayor frecuencia de prácticas de sexo seguro. Este cuestionario ha mostrado una buena consistencia interna en otros estudios ($\alpha = .82$).

Procedimiento de recolección de datos

Para el desarrollo del presente estudio se contó con las autorizaciones pertinentes de las comisiones de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-UANL). Debido a la contingencia sanitaria por COVID-19, se plantearon nuevas estrategias para la recolección de datos según el semáforo epidemiológico de la entidad por lo que se realizaron dos estrategias de recolección de datos.

Primeramente, de acuerdo con el semáforo epidemiológico de la ciudad se estableció que cuando el semáforo estuviera en color Rojo o Naranja, lo cual representaba un riesgo alto de contagio, la recolección se realizaría solo de manera virtual; cuando la entidad estuviera situada en color Amarillo, que corresponde a riesgo moderado, la recolección se podría realizar tanto de manera virtual como presencial considerando las medidas de seguridad pertinentes para los participantes y el investigador. En caso de entrar a fase de riesgo mínimo, que correspondería al color Verde del semáforo epidemiológico, la recolección se realizaría de manera presencial en su totalidad.

De acuerdo con esto, la primera estrategia de recolección que se llevó a cabo fue una encuesta en línea a través de la plataforma QuestionPro en donde se incluyeron tres preguntas filtro, la cédula de datos sociodemográficos y los instrumentos descritos anteriormente. Las preguntas fueron: 1) *Tiene usted entre 18 y 50 años?*, 2) *Ha tenido relaciones sexuales anales, orales o vaginales alguna vez en la vida?*, 3) *Tiene usted*

menos de un año (doce meses) desde que salió de su lugar de residencia? Con opciones de respuesta “Si” y” No”. Si alguna de las participantes no cumplía con los requisitos, aparecía una leyenda agradeciendo el interés en la participación y se daba por terminada la encuesta. Al cumplir con los criterios de inclusión, el programa le permitía a la participante continuar con la encuesta.

Se diseñó también una invitación digital que incluyó información sobre el objetivo de estudio, los criterios de inclusión y la liga de acceso a las encuestas, misma que se difundió vía mensajes de texto, Facebook y WhatsApp; además, se creó una página en Facebook que también se utilizó para difusión. Las participantes podrían contestar la encuesta a través de un dispositivo móvil como celular, Tablet o computadora.

En la primera sección de la encuesta en línea, se entregó el consentimiento informado a las posibles participantes, el cual indicaba el propósito del estudio y una breve explicación de los temas a tratar. Se aclaró que la información sería anónima y confidencial y que los datos se usarían únicamente para fines académicos y científicos; el tiempo estimado para completar las encuestas fue de 25 minutos. Se aclaró que la participación era voluntaria y que podían retirarse del estudio en cualquier momento. Si las mujeres aceptaban participar en el estudio, se les pidió que dieran su consentimiento de participación dando clic en el botón con la leyenda “Acepto participar” y continuarían con el llenado de las encuestas.

Así mismo, se les informó que existía un riesgo mínimo en la participación del estudio ya que, al responder las encuestas, pudieran llegar a sentir incomodidad por los temas sobre su salud sexual, el uso del condón masculino y actitudes, creencias o comportamientos con su pareja sexual. Se les explicó también que, en caso de tener alguna duda, se comunicaran a los teléfonos y correos electrónicos de la Comisión de Ética en Investigación de la FAEN-UANL, así como el correo electrónico del investigador principal para atender su duda o comentario.

La segunda estrategia de recolección se realizó de manera presencial, llevando a cabo las medidas de protección adecuadas para los participantes y el investigador, debido a que Tamaulipas entró en semáforo Amarillo. Se acudió a cinco albergues o casa de migrantes, un módulo de migración de la ciudad y diversos establecimientos como restaurantes, tiendas de autoservicio y cafeterías donde se localizó a mujeres que no eran originalmente de la ciudad.

En un primer acercamiento con las participantes se identificó que la mayoría no contaba con un dispositivo móvil para responder la encuesta en línea, por lo que se solicitó autorización a los representantes de cada institución y centro de trabajo para permitir el acceso al investigador y aplicar la batería de instrumentos a lápiz y papel en un lugar que fuese adecuado y lo más cómodo posible para las participantes.

Después, se procedió a la entrega del consentimiento informado donde se especificó el propósito del estudio y una explicación concisa sobre los temas a tratar en los cuestionarios. Se les explicó también que la información sería anónima y confidencial, respetando su participación voluntaria y su derecho a retirarse del estudio si así lo deseaban. Se les informó que el estudio tenía un riesgo mínimo en función a los temas que abordan los cuestionarios; en caso de existir alguna duda, éstas eran resueltas por el investigador principal.

Respecto a los centros de trabajo, se ubicó un sitio adecuado para realizar la invitación a las mujeres, se explicó la naturaleza y el objetivo del estudio. Se les solicitó un número de contacto para enviarles la encuesta en línea o en físico, si así lo deseaban. En todo momento, se respetaron las medidas de prevención contra el contagio de COVID-19 como uso de cubrebocas, careta protectora, gel antibacterial, distanciamiento social y precaución al manejar las encuestas, para salvaguardar la salud tanto de los participantes como del investigador. En ambas estrategias de recolección se ofreció a las participantes una compensación de \$30.00 pesos mexicanos a modo de recarga telefónica en agradecimiento por su participación en el estudio y una orientación

preventiva sobre infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, de acuerdo con disponibilidad y aceptación.

Consideraciones éticas

Para la realización del presente estudio se contó con la aprobación de los Comités de Investigación y Ética en Investigación, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León FAEN-D-1581 apegándose a los lineamientos establecidos por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), la cual especifica que toda investigación científica destinada a la salud debe someterse a revisiones para su aprobación.

Para el desarrollo del estudio se tomó en consideración lo descrito en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13 que hace mención del respeto a la dignidad, bienestar y protección de los derechos de los participantes (en este caso, las mujeres migrantes) que participaron en la investigación. Respecto a lo descrito en el Artículo 14, fracción V, considerando que se obtuvo la autorización por escrito de cada una de las participantes para ser consideradas en el estudio; Además, con relación a lo establecido en la fracción VI y VII, la presente investigación obtuvo la aprobación de las Comisiones de Investigación y de Ética pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

De acuerdo con lo descrito en el Artículo 16, donde se establece la protección a la privacidad de los participantes, se les explicó a las mujeres migrantes que no era necesario escribir sus nombres en los instrumentos, y se les especificó que la información sería manejada bajo estricta confidencialidad y que no habría represalias en la institución si no deseaban participar. Con relación al Artículo 17, esta investigación es considerada como un estudio de riesgo mínimo ya que, a pesar de utilizar sólo cuestionarios en la recopilación de datos, los temas que abordan las preguntas están muy relacionados con aspectos personales e íntimos de las mujeres migrantes, mismos que podían causar una reacción en sus emociones. Así mismo, consideró lo estipulado en el

Artículo 20 que describe al consentimiento informado como el documento donde cada participante plasma por escrito su autorización para formar parte de la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza y procedimientos a los que será sometida (Apéndice M).

Se incluyó lo descrito en el Artículo 21 que establece las consideraciones para que el consentimiento informado sea válido: Fracción VI donde se garantizó la aclaración de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de la información; Fracción VII donde se le informó a cada participante sobre su derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin que esto afecte su condición dentro del albergue; Fracción VIII que otorga la seguridad de confidencialidad y anonimato.

Por último, la investigación se apegó a lo descrito en el Capítulo V, Artículo 57 donde se clasifica grupos especiales de la población como grupos subordinados, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad. En este sentido, la población de mujeres migrantes es considerada un grupo vulnerable que, debido a su desventaja social y/o legal, pueden sentir presión por las autoridades legales o de la institución de participar o no en el estudio.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0 y Analysis of Moment Structures (AMOS) versión 17. Se realizó la codificación de cada instrumento y se capturaron los datos en dos momentos con el objetivo de comparar ambas bases y asegurar la ausencia de errores. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para responder los objetivos de estudio. En la estadística descriptiva se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. En cuanto a las variables numéricas, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para conocer las características sociodemográficas, de carácter sexual y migratorio, así como las variables que conforman el modelo. Se obtuvieron las

sumatorias de los instrumentos para su posterior análisis y se calcularon índices de confiabilidad de los instrumentos mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach o KR20 según corresponda. También se realizó un análisis psicométrico de los instrumentos por subescalas.

Para conocer la distribución de los datos y determinar el uso de estadística paramétrica o no paramétrica, se utilizó la prueba de normalidad con el estadístico Kolmogórov-Smirnov con corrección Lilliefors. Para la verificación de los objetivos planteados, primeramente, se realizaron correlaciones con el coeficiente de correlación Rho de Spearman para identificar la relación entre las variables de estudio.

Modelo de ecuaciones estructurales (MEE)

Para cumplir con el objetivo principal del estudio, se realizó un análisis a través del programa estadístico Analysis of Moment Structures (AMOS) versión 17 para Modelos de Ecuaciones Estructurales (MEE). Este análisis permitió establecer la trayectoria y las relaciones causales entre las variables que integran las propiedades de la transición, los facilitadores e inhibidores personales y comunidad, así como de las variables que integran los indicadores del proceso sobre la conducta sexual. El modelo de ecuaciones estructurales es uno de los principales métodos para analizar datos complejos y uno de los más nuevos para examinar los efectos directos e indirectos de un conjunto de variables sobre un conjunto de resultados. Se trata de analizar diversas variables que, en una estructura basada en la teoría, identifica los efectos simultáneos de las mismas, además, es posible modelar variables latentes y considerar los errores de medida. Mediante este método, es posible probar la aceptabilidad de los modelos teóricos en sociedades específicas, utilizando los datos.

La técnica de ecuaciones estructurales es una combinación de dos partes: el modelo de medición, el cual se basa en un análisis factorial confirmatorio (AFC) y, el modelo estructural, que es un análisis de senderos (*path analysis*) basado en la generalización del análisis de regresión. La modelación de ecuaciones estructurales para

la población total ($n = 241$) se confirmó a través de los índices de ajuste referidos por Kenny (2008): Error cuadrático medio de aproximación ($RMSEA$) $\leq .08$, el índice de Tucker-Lewis (TLI) $\geq .90$ y índice comparativo de ajuste (CFI) $\geq .90$. Las estimaciones del modelo se realizaron mediante la estimación de máxima verosimilitud (MLE). En todos los análisis, los valores de $p < .05$ se consideraron significativos

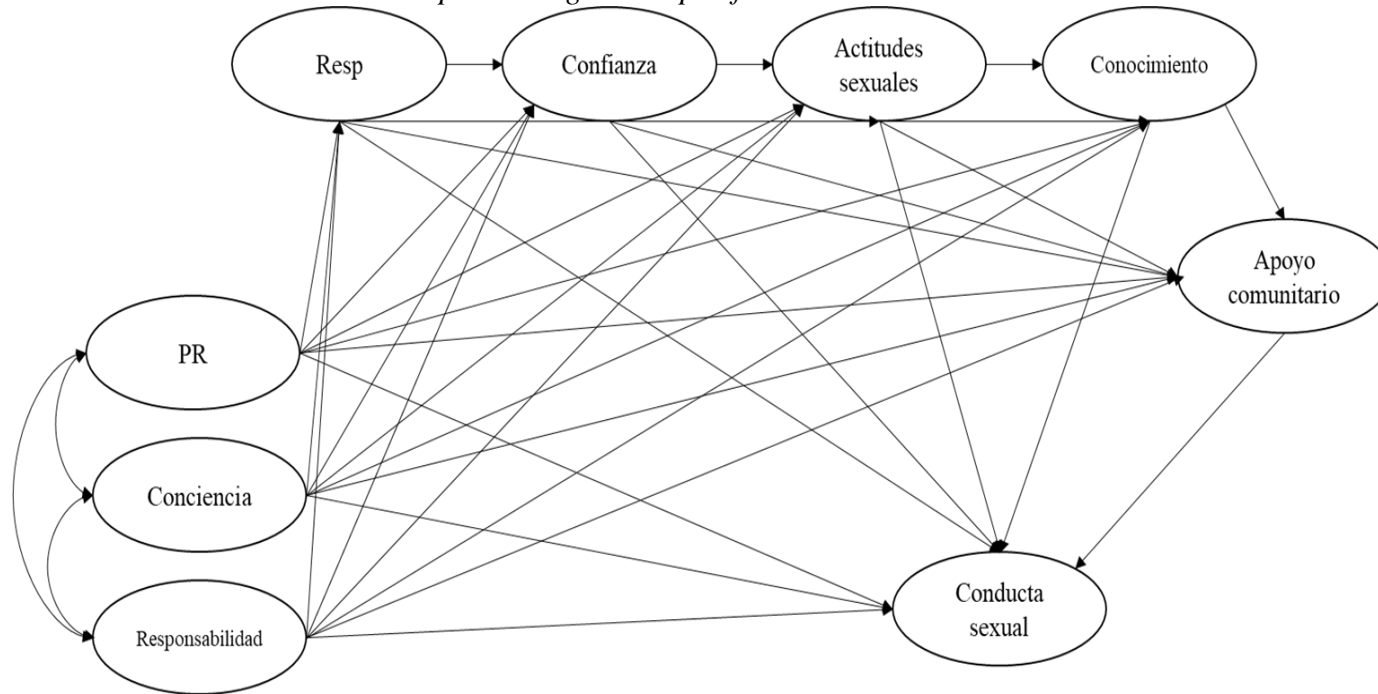
Los pasos que se siguieron en el Modelo de Ecuaciones Estructurales fueron: 1) Especificación del modelo, 2) Identificación del modelo, 3) Estimación de los parámetros del modelo, 4) Evaluación del modelo y 5) Modificación del modelo (Keith, 2006). Cabe mencionar que se utilizaron las subescalas de la Escala de conciencia sobre salud sexual y la Escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual, como variables latentes en el análisis. A continuación, se presentan los primeros dos pasos para MEE, ya que los pasos tres, cuatro y cinco se realizaron una vez obtenidos los datos.

Especificación e identificación del modelo.

Las variables latentes que integran a las propiedades de la transición son: *PR* Conciencia del riesgo del VIH/sida y *Conciencia* subescala de conciencia sobre salud sexual y *Responsabilidad* subescala de responsabilidad sobre salud sexual. Las variables latentes dentro de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad son: *Resp* subescala de estereotipos de género para la responsabilidad y prevención, *Confianza* subescala de estereotipos de género para confianza con la pareja; *Actitudes sexuales*, *Conocimiento* y *Apoyo comunitario*. Las variables latentes que componen a los indicadores de proceso son: *Negociación* del uso del condón y *Autoeficacia* para el sexo seguro. La variable resultado en cada modelo fue la conducta sexual. Los modelos hipotéticos se presentan en las figuras 4, 5, 6, 7 y 8.

Figura 4

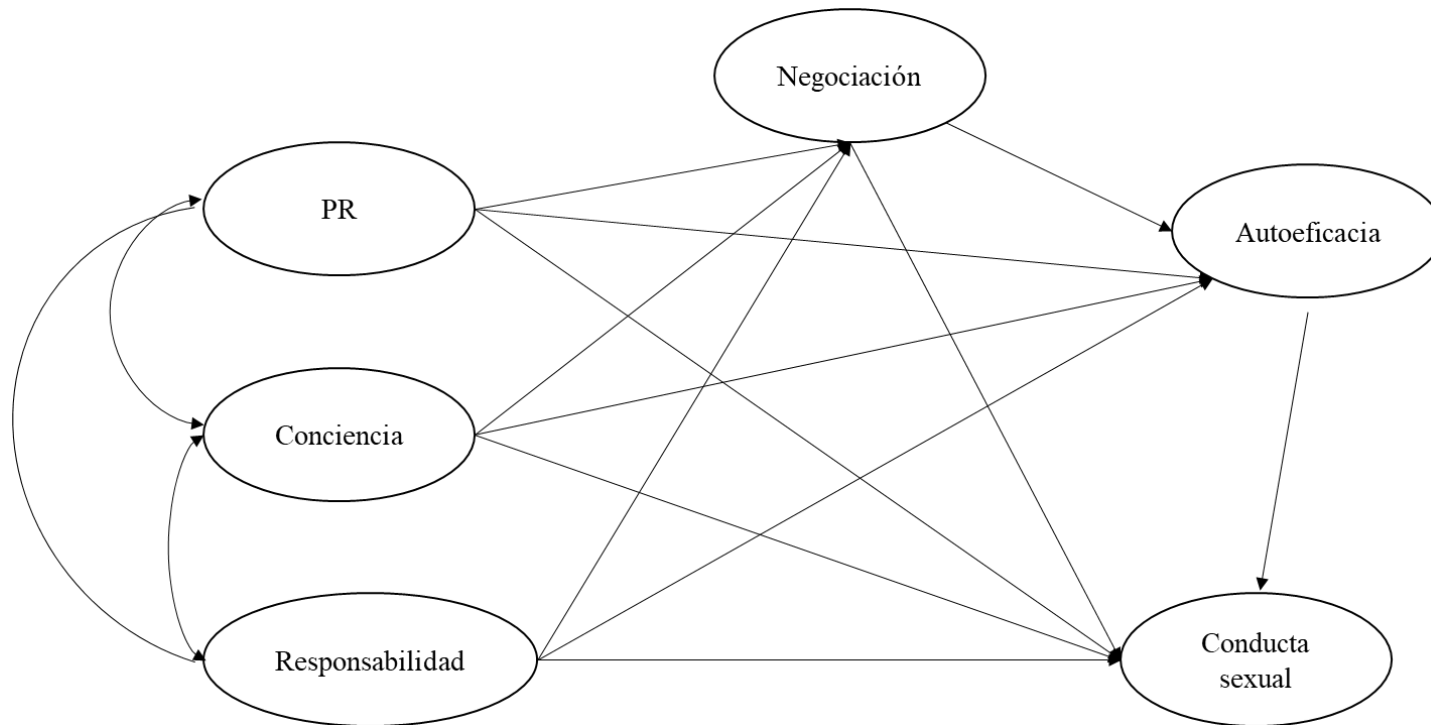
Modelo hipotético de ecuaciones estructurales para el segundo específico



Nota. El análisis de senderos que muestra direcciones hipotéticas para determinar las interrelaciones y los efectos directos e indirectos de *PR* conciencia del riesgo del VIH/sida y *Conciencia* subescala de conciencia sobre salud sexual y *Responsabilidad* subescala de responsabilidad sobre salud sexual, sobre *Conducta sexual*, mismos que son mediados por *Resp* subescala de estereotipos de género para la responsabilidad y prevención, *Confianza* subescala de estereotipos de género para confianza con la pareja; *Actitudes sexuales*, *Conocimiento* y *Apoyo comunitario*.

Figura 5

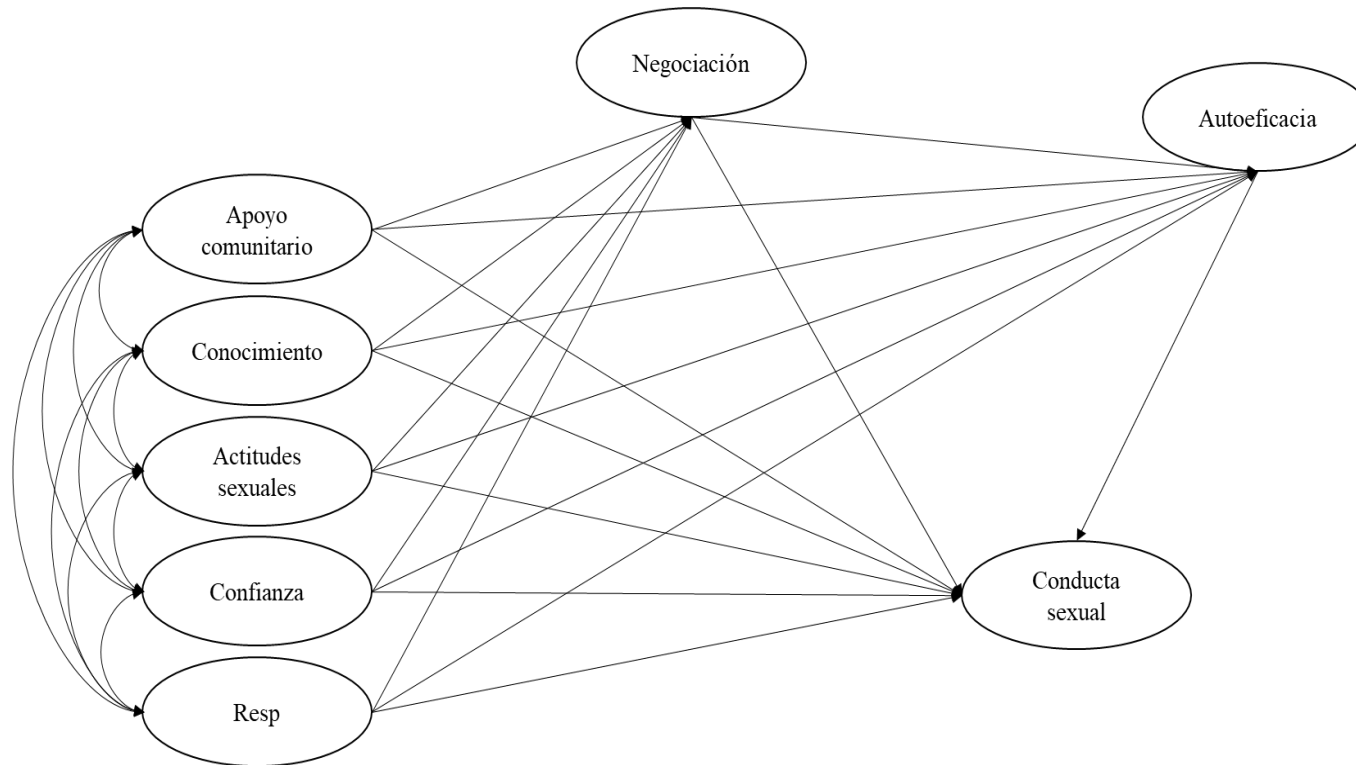
Modelo hipotético de ecuaciones estructurales para el tercer objetivo específico



Nota. El análisis de senderos muestra las direcciones hipotéticas planteadas para determinar las interrelaciones y los efectos directos e indirectos de *PR* Conciencia del riesgo del VIH/sida y *Conciencia* subescala de conciencia sobre salud sexual y *Responsabilidad* subescala de responsabilidad sobre salud sexual, sobre la conducta sexual, mismos que son mediados por *Negociación* del uso del condón y *Autoeficacia* para el sexo seguro.

Figura 6

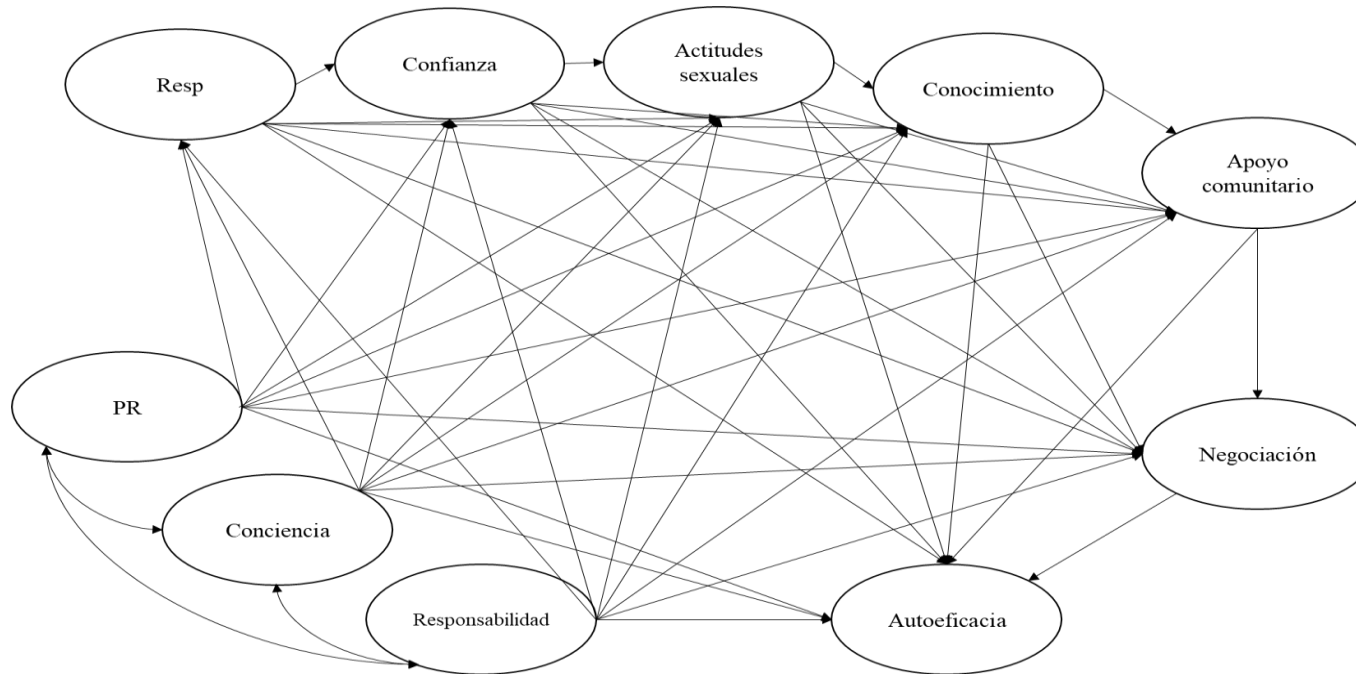
Modelo hipotético de ecuaciones estructurales para el cuarto objetivo específico



Nota. El análisis de senderos muestra direcciones hipotéticas para determinar las interrelaciones y los efectos directos e indirectos *Resp* subescala de estereotipos de género para la responsabilidad y prevención, *Confianza* subescala de estereotipos de género para confianza con la pareja; *Actitudes sexuales*, *Conocimiento* y *Apoyo comunitario*, sobre *Conducta sexual*, mismos que son mediados por *Negociación* del uso del condón y *Autoeficacia* para el sexo seguro.

Figura 7

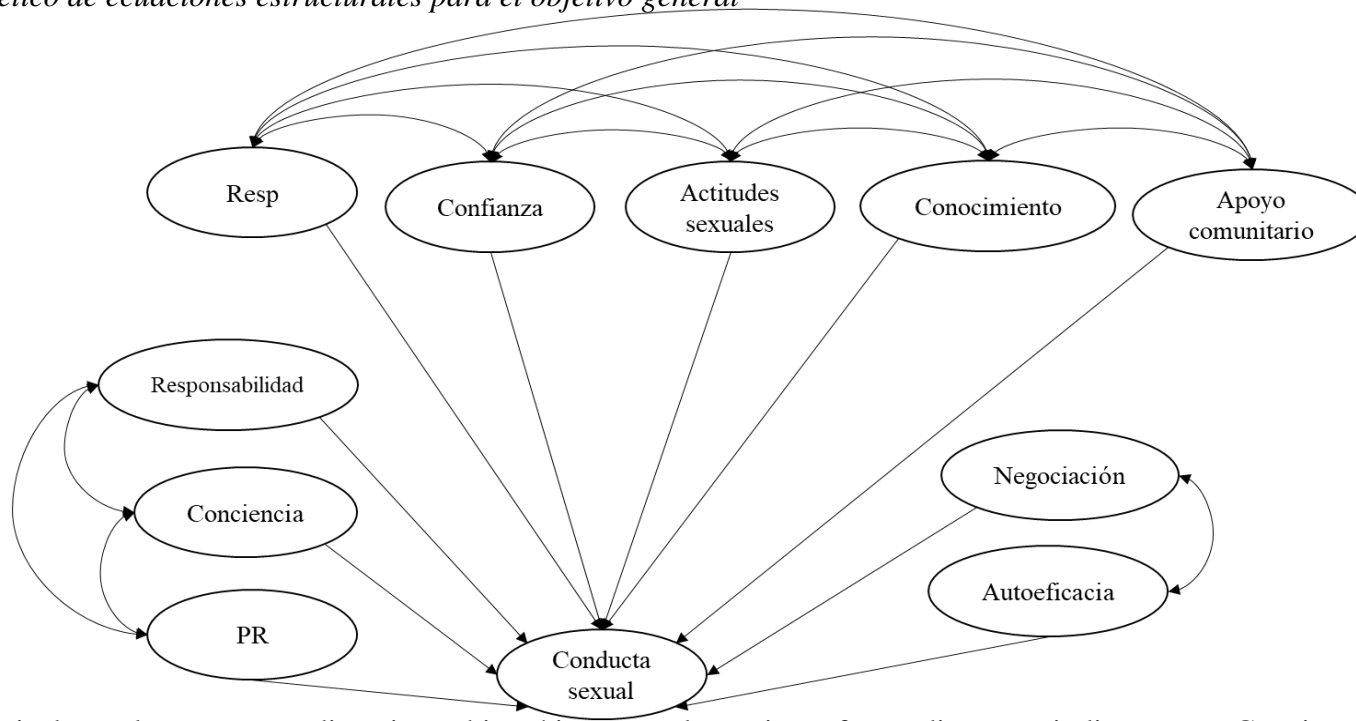
Modelo hipotético de ecuaciones estructurales para el quinto objetivo específico



Nota. El análisis de senderos muestra direcciones hipotéticas para determinar interrelaciones y efectos directos e indirectos de *PR* conciencia del riesgo del VIH/sida y *Conciencia* subescala de conciencia sobre salud sexual y *Responsabilidad* subescala de responsabilidad sobre salud sexual, sobre *Negociación* del uso del condón y *Autoeficacia* para el sexo seguro, mediados por *Resp* subescala de estereotipos de género para la responsabilidad y prevención, *Confianza* subescala de estereotipos de género para confianza con la pareja; *Actitudes sexuales*, *Conocimiento* y *Apoyo comunitario*.

Figura 8

Modelo hipotético de ecuaciones estructurales para el objetivo general



Nota. El análisis de senderos muestra direcciones hipotéticas para determinar efectos directos e indirectos *PR* Conciencia del riesgo del VIH/sida y *Conciencia* subescala conciencia sobre salud sexual y *Responsabilidad* subescala responsabilidad sobre salud sexual, *Resp* subescala de estereotipos de género para la responsabilidad y prevención, *Confianza* subescala de estereotipos de género para confianza con la pareja; *Actitudes sexuales*, *Conocimiento* y *Apoyo comunitario* y *Negociación* del uso del condón y *Autoeficacia* para el sexo seguro) sobre la conducta sexual.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio. Primeramente, se describen las características sociodemográficas de la muestra y la estadística descriptiva. Se incluye las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas, migratorias y de carácter sexual, así como las medidas de tendencia central y dispersión de las variables incluidas en el modelo. Seguido de esto, se presenta también un análisis psicométrico de los instrumentos, el cual incluyó análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, además de la consistencia interna por instrumento y subescala.

De igual manera, se presenta la estadística inferencial. Primeramente, se revisó la normalidad de las variables con el estadístico Kolmogórov-Smirnov con corrección Lilliefors, para conocer la distribución de los datos. El resultado, indicó el uso de estadística no paramétrica por lo que se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para las asociaciones entre variables. Para dar respuesta a los objetivos general y específicos, se realizaron modelos de ecuaciones estructurales por lo que se realizó la modelación de las variables latentes que conforman el modelo teórico a fin de brindar un ajuste correcto a cada una; posteriormente se siguió con la construcción de los modelos de ecuaciones estructurales en función a los objetivos planteados.

Estadística Descriptiva

A continuación, se presenta la estadística descriptiva y el resultado de la prueba Kolmogórov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors de los datos sociodemográficos, las variables migratorias y de carácter sexual, así como de las variables incluidas en el modelo.

Datos sociodemográficos.

Dentro de los resultados que se encontraron en el presente estudio, se observó que la media de edad fue de 30.81 años ($DE = 8.17$), un promedio de años de estudio de

10.44 años ($DE = 4.03$) y un tiempo de residencia en la ciudad de tránsito menor a seis meses (tabla 1).

Tabla 1

Medidas de tendencia central de variables sociodemográficas

Variable	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Varianza</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	D^a	<i>p</i>
Edad	30.81	29.50	8.17	66.79	18	50	.10	.001
Escolaridad	10.44	10.00	4.03	16.24	0	20	.12	.001
Tiempo de residencia en la ciudad	5.19	3.00	5.37	28.90	1	25	.22	.001
Número de hijos	1.50	0001.00	1.41	2.01	0	0	.20	.001
Ingreso semanal	1231.68	1000.00	1640.92	2692645.61	0	12000	.22	.001

Nota: $n = 241$; \bar{x} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, D^a = Prueba de Normalidad con Corrección Lilliefors; *p* = Significancia estadística.

De acuerdo con el análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas, el 45.6 % de las participantes eran extranjeras y el 53.5 % eran de nacionalidad mexicana. Así mismo, se encontró que, del total de participantes, el 37.8 % era soltera, 32.80 % casada y el 12.90 % tenía una pareja. Por otro lado, se encontró que el 54.7 % profesaban la religión católica; el 59.3 % mencionó tener hijos y el 80.6 % reportó no contar con empleo al momento del estudio y más de la mitad de las participantes reportó que no tenía servicios de salud (tabla 2).

Tabla 2

Frecuencias de variables sociodemográficas

Variable	<i>f</i>	%
Nacionalidad		
Mexicana	129	53.50

Nota: $n = 241$; *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

(continúa)

Tabla 2*Frecuencias de variables sociodemográficas (continuación)*

Variable	<i>f</i>	%
Extranjera	110	45.60
Sin respuesta	2	.80
Estado civil		
Casada	79	32.8
Soltera	91	37.8
Divorciada	32	13.3
Viuda	7	2.9
Unión libre	31	12.9
Sin respuesta	1	.4
Religión		
Cristiana	76	31.5
Católica	129	53.5
Otra	31	12.9
Sin respuesta	5	2.1
Escolaridad		
Primaria	42	17.4
Secundaria	82	34.0
Preparatoria	86	35.7
Universidad/colegio	20	8.3
Posgrado	3	1.2
Sin respuesta	8	3.3
Hijos		

Nota: $n = 241$; f = Frecuencia, % = Porcentaje

(continúa)

Tabla 2*Frecuencias de variables sociodemográficas (continuación)*

Variable	<i>f</i>	%
Si	143	59.3
No	62	25.7
Sin respuesta	36	14.9
Empleo		
Si	46	19.1
No	191	79.3
Sin respuesta	40	1.7
Servicios de salud		
IMSS	21	8.7
ISSSTE	1	.4
Población abierta	13	5.4
Hospital privado	3	1.2
No tengo	198	82.2
Sin respuesta	5	2.1

Nota: $n = 241$; f = Frecuencia, % = Porcentaje

(continúa)

Variables migratorias.

Respecto a las variables migratorias en la tabla 3 se describen los hallazgos que reportaron las mujeres migrantes en tránsito. Se encontró que el promedio de edad de la primera migración que reportaron las participantes fue 27.06 años ($DE = 8.10$) y que más de la mitad de ellas (53.5 %) ya había migrado al menos una vez con destino a Estados Unidos.

En cuanto a las frecuencias y porcentajes de las variables migratorias (tabla 4), se encontró que, de acuerdo con la región de procedencia, más de la mitad (53.5 %) eran mexicanas.

Tabla 3*Medidas de tendencia central de variables migratorias*

Variable	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Varianza</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad de 1er migración	27.06	26.00	8.10	65.69	0	50	.08	.001
Numero de migraciones hacia EE. UU.	1.11	1.00	1.62	2.64	0	10	.29	.001

Nota: $n = 241$; \bar{x} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *D^a* = Prueba de Normalidad con Corrección Lilliefors; *p* = Significancia estadística

De las participantes de nacionalidad mexicana, la mayoría eran originarias principalmente de Guerrero (16.2 %), mientras que el 45.6 % de las participantes extranjeras, la mayoría de las participantes provenían de países centroamericanos como Honduras (13.3 %), Cuba (7.1 %), El Salvador (7.1 %), Guatemala (4.1 %), Venezuela (3.7 %) y Nicaragua (1.2 %).

Tabla 4*Frecuencias de variables migratorias de lugares de procedencia*

Región nacional de procedencia*	<i>f</i>	%
CDMX	6	2.5
Chiapas	9	3.7
Coahuila	1	.4
Durango	1	.4
Guerrero	39	16.2
Jalisco	3	1.2
Michoacán	9	3.7
Oaxaca	7	2.9

Nota: $n = 241$; * $n = 129$, ** $n = 110$; *f* = Frecuencia, % = Porcentaje (continúa)

Tabla 4*Frecuencias de variables migratorias de lugares de procedencia (continuación)*

Región nacional de procedencia**	<i>f</i>	%
San Luis Potosí	6	7.1
Veracruz	7	2.9
Tabasco	4	1.7
Tamaulipas	2	.8
Nuevo León	1	.4
Guanajuato	4	1.7
Quintana Roo	1	.4
Región extranjera de procedencia**		
Cuba	17	7.1
Guatemala	10	4.1
Honduras	32	13.3
Nicaragua	3	1.2
El salvador	17	7.1
Venezuela	9	3.7
Sin respuesta	47	19.5

Nota: $n = 241$; $*n = 129$, $**n = 110$; f = Frecuencia, % = Porcentaje

Así mismo, en cuanto a las preguntas de migraciones con la pareja, se encontró que el 56.4 % migraba de manera independiente, cerca de la mitad lo hacía de manera ilegal; así mismo, se encontró que el 49.8 % de las participantes ya había intentado migrar hacia la frontera en ocasiones anteriores con estatus de ilegal. Por otro lado, se encontró que solo el 32.4 % de las participantes reportaron mantener una relación en la ciudad de tránsito (tabla 5).

Variables sexuales.

En cuanto a las frecuencias y porcentajes de las variables de carácter sexual y

Tabla 5*Frecuencias de variables migratorias*

Variable	<i>f</i>	%
Migraciones anteriores		
Si	129	53.5
No	98	40.7
Sin respuesta	14	5.8
Migraciones anteriores sin visa/pasaporte		
Si	120	49.8
No	101	41.9
Sin respuesta	20	8.3
Pareja en ciudad actual		
Si	78	32.4
No	126	52.3
Sin respuesta	37	15.4
Migración con pareja		
Si	66	27.4
No	136	56.4
Sin respuesta	39	16.2
Tipo de migración actual		
Legal	96	39.8
Ilegal	97	40.2
Sin respuesta	48	19.9

Nota: $n = 241$; f = Frecuencia, % = Porcentaje

consumo de alcohol, se encontró que el 42.3 % de las participantes habían experimentado un encuentro sexual en los últimos 90 días y solo el 20.7 % lo había hecho en el último mes (tabla 6). En cuanto al consumo de alcohol, se observó que el

49.3 % de las mujeres migrantes consumen bebidas alcohólicas al menos una vez al mes y que el número de bebidas en un día típico es de al menos dos bebidas alcohólicas en la mayoría de las participantes (64.4 %)

Tabla 6

Frecuencias de variables sexuales y de consumo de alcohol

Variable	<i>f</i>	%
Relaciones sexuales en 90 días		
Si	102	42.3
No	84	34.9
Sin respuesta	19	7.9
Relaciones sexuales en 30 días		
Si	50	20.7
No	97	40.2
Sin respuesta	58	24.1
Consumo de bebidas alcohólicas		
Nunca	116	48.1
Una o menos veces al mes	97	40.2
De 2 a 4 veces al mes	13	5.4
De 2 a 3 veces a la semana	7	2.9
4 o más veces a la semana	2	.8
Consumo en un día típico		
Ninguna	80	33.2
1 o 2	126	52.3
3 o 4	11	4.6
5 o 6	13	5.4
7 a 9	3	1.2

Nota: $n = 241$; $f =$ Frecuencia, % = Porcentaje

(continúa)

Tabla 6*Frecuencias de variables sexuales y de consumo de alcohol (continuación)*

Variable	<i>f</i>	%
10 o más	3	1.2
Sin respuesta	5	2.1

Nota: $n = 241$; f = Frecuencia, % = Porcentaje

VARIABLES DEL MODELO.

A continuación, se presentan las medidas de tendencia central y dispersión de las variables del modelo de la teoría de situación específica de las conductas sexuales de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México. Dentro de las propiedades de transición (tabla 7), la conciencia sobre el VIH presentó una puntuación media de 20.59 ($DE = 6.04$); por su parte la responsabilidad con salud sexual presentó una puntuación media de 61.21 ($DE = 6.04$); así mismo, las subescalas de conciencia sobre salud sexual y responsabilidad sobre salud sexual presentaron puntuaciones por encima de la media.

Tabla 7*Medidas de tendencia central de las propiedades de la migración*

Variable	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Varianza</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	D^a	p
Conciencia del riesgo del VIH/sida	20.59	21.00	6.04	36.48	6	36	.07	.001
Responsabilidad con la salud sexual	61.21	65.00	12.55	157.63	6	70	.24	.001

Nota: $n = 241$; \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, D^a = Prueba de Normalidad con Corrección Lilliefors; p = Significancia estadística (continúa)

Tabla 7*Medidas de tendencia central de las propiedades de la migración (continuación)*

Variable	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Varianza</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Subescala de conciencia sobre salud sexual	42.28	44.00	8.97	80.58	3	49	.22	.001
Subescala de responsabilidad sobre salud sexual	19.00	21.00	3.77	14.25	3	21	.29	.001

Nota: $n = 241$; \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *D^a* = Prueba de Normalidad con Corrección Lilliefors; *p* = Significancia estadística

Respecto a los facilitadores e inhibidores personales y comunidad (tabla 8), los estereotipos de género en el comportamiento sexual presentaron una puntuación media de 43.89 (*DE* = 13.92), mientras que las actitudes sexuales (\bar{x} = 39.16, *DE* = 9.81) y el conocimiento sobre el VIH (\bar{x} = 8.32, *DE* = 4.67) presentaron puntuaciones por debajo de la media; así mismo, apoyo comunitario, presentó una media de 17.31 (*DE* = 9.51).

Tabla 8*Medidas de tendencia central de los facilitadores e inhibidores*

Variable	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Varianza</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Estereotipos de género en el comportamiento sexual	43.89	43.00	13.92	193.91	13	73	.06	.030
Subescala responsabilidad y prevención	22.11	22.00	07.65	058.54	07	46	.08	.001
Subescala confianza en la pareja	14.33	15.00	04.47	020.06	04	26	.07	.001

Nota: $n = 241$; \bar{x} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *D^a* = Prueba de Normalidad con Corrección Lilliefors; *p* = Significancia estadística (continúa)

Tabla 8*Medidas de tendencia central de los facilitadores e inhibidores (continuación)*

Variable	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Varianza</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Subescala masculinidad y comportamiento sexual	7.60	7.00	3.50	12.29	4	20	.18	.001
Actitudes sexuales	39.16	41.00	9.81	96.35	5	50	.13	.001
Conocimientos sobre el VIH	8.32	8.00	4.67	21.82	0	18	.09	.001
Apoyo comunitario	17.31	17.00	9.51	90.43	4	35	.10	.001

Nota: $n = 241$; \bar{x} = Media, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación estándar, *D^a* = Prueba de Normalidad con Corrección Lilliefors; *p* = Significancia estadística

Respecto a las variables incluidas en los indicadores de proceso y resultado, dentro de los resultados se observó que tanto la negociación del uso del condón, la autoeficacia para el sexo seguro y la conducta sexual, presentaron puntuaciones superiores a la media (tabla 9).

Tabla 9*Medidas de tendencia central de los indicadores del proceso*

Variable	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Varianza</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Negociación del uso de condón	22.15	24.00	7.37	54.39	1	30	.14	.001
Autoeficacia para el sexo seguro	29.47	32.00	9.74	95.02	2	40	.14	.001
Conducta sexual	70.01	70.00	16.48	271.85	17	125	.05	.200

Nota: $n = 241$; \bar{x} = Media, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación estándar, *D^a* = Prueba de Normalidad con Corrección Lilliefors; *p* = Significancia estadística

Propiedades psicométricas de los instrumentos

Se realizó un análisis factorial confirmatorio y exploratorio con rotación Varimax, según el caso, a los instrumentos con subescalas para verificar las cargas factoriales de los ítems y la pertinencia de las escalas originales con el objetivo de obtener la validez de constructo. Además, se realizó el análisis de consistencia interna para todos los instrumentos y sus subescalas por medio del Alpha de Cronbach en aquellos con escala tipo Likert y con el estadístico KR-20 para aquellos instrumentos con escala dicotómica; cabe mencionar que todos los ítems de las escalas fueron utilizados independientemente de las puntuaciones obtenidas dentro del análisis factorial. Los resultados de los análisis factoriales exploratorio y confirmatorios se presentan a continuación.

Análisis factorial confirmatorio (AFC) de la escala de conciencia sobre salud sexual.

Respecto a la escala de conciencia sobre salud sexual se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) y se extrajeron dos factores fijos que corresponden a las dos subescalas del instrumento, conciencia sobre salud sexual y responsabilidad sobre salud sexual. Para el análisis, se utilizó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .92 y la prueba de esfericidad de Bartlett con rotación Varimax sobre los ítems ($\chi^2 = 2241.24$; $gl = 45$, $p < .01$).

En la tabla 10 se observa que las cargas factoriales de los ítems oscilaron entre .60 y .80, sin embargo, los factores no se cargaron de acuerdo con el orden original de las subescalas de conciencia sobre salud sexual (ítems del 1 al 7) y responsabilidad sobre salud sexual (ítems 8, 9, 10). El primer factor (ítems 5, 6, 7, 8, 9, 10) explicó el 43.18 % de la varianza; mientras que el segundo factor, explicó el 34.60 % de la varianza total e incluye los ítems 1, 2, 3 y 4. Ambos explicaron un 77.78 % total de la varianza explicada (tabla 10).

Tabla 10

Análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax de la escala de conciencia sobre la salud sexual

Ítem	Factor		Extracción
	1	2	
1.9 Mi salud sexual depende de que tan bien me cuide	.849	.326	.828
1.8 Es muy importante para mí vivir la vida sin enfermedades ni malestares sexuales	.837	.400	.861
1.6 Soy responsable de mi salud sexual	.807	.451	.854
1.5 Si no tuviera buena salud sexual lo notaría	.748	.399	.719
1.10 Es muy importante para mí vivir la vida con la mejor salud sexual posible	.742	.468	.770
1.7 Hago cosas para tener buena salud sexual	.692	.413	.650
1.3 Reflexiono mucho acerca de mi salud sexual	.403	.805	.810
1.4 Todo el tiempo estoy interesado por mi salud sexual	.363	.782	.743
1.1 Soy muy consciente de mi salud sexual	.361	.772	.726
1.2 Por lo general estoy pendiente de cómo me siento acerca de mi salud sexual	.481	.766	.818
% varianza	43.18	34.60	
% acumulado	43.18	77.78	

Nota: n= 241

Análisis factorial confirmatorio (AFC) de la escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual.

Para esta escala, se realizó la extracción de tres factores fijos correspondientes a las subescalas de 1) Estereotipos de género sobre la responsabilidad y prevención de riesgos sexuales; 2) Estereotipos de género sobre la confianza en la pareja y 3)

Estereotipos de género sobre masculinidad y comportamiento. Se utilizó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .85 y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 1674.78$, $p < .01$; $gl = 190$, $p < .01$) con rotación Varimax sobre los ítems. En la siguiente tabla se puede apreciar que algunos ítems se cargan en diferente subescala de acuerdo con el instrumento original. El primer factor explica el 25.84 % de la varianza y está conformado por los ítems 7, 8, 5, 4, 1, 3, 2, 10 y 6. El segundo factor explica el 14.36 % de la varianza e incluye los ítems 17, 20, 18, 19 y 9. Por último, el tercer factor está compuesto por los ítems 14, 13 y 12 que explican el 11.92 % de la varianza. En conjunto, los tres factores explican el 52.13 % del total de la varianza explicada (Tabla 11).

Tabla 11

Análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax de la escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual

Ítem	Factor	Factor	Factor	Extracción
	1	2	3	
2.7 La responsabilidad de cuidar a la pareja del VIH/SIDA es exclusiva del hombre	.805	.306	.019	.743
2.8 Prevenir riesgos en la salud sexual es responsabilidad exclusiva de los hombres	.799	.240	.049	.699
2.5 Es mal visto que las mujeres compren preservativos en la farmacia	.746	.133	.176	.605
2.4 En el acto sexual la mujer tiene prohibido pedirle un condón a su pareja	.722	.144	.080	.549
2.1 Solo los varones deben estar informados sobre cómo poner un condón	.700	.153	.074	.519

Nota: $n = 241$

(continúa)

Tabla 11

Análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax de la escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual (continuación)

Ítem	Factor	Factor	Factor	Extracción
	1	2	3	
2.3 Es mal visto que las mujeres planeen un encuentro sexual con su pareja	.696	.074	.263	.558
2.2 La responsabilidad de prevenir un embarazo es exclusiva de la mujer	.694	.326	-.043	.589
2.10 La responsabilidad de proteger a la pareja de una ITS es exclusiva del varón.	.610	.460	.025	.584
2.6 La elección de un método anticonceptivo es exclusiva de las mujeres	.603	.160	.165	.407
2.11 Es mal visto que una mujer le comunique a su pareja su historia sexual	.448	.378	.193	.380
2.17 Solo los hombres cargan condones por si se presenta la oportunidad de tener relaciones sexuales	.196	.665	.189	.516
2.20 Abstenerse de tener relaciones sexuales es solo para mujeres	.171	.656	.074	.465
2.18 Solo un hombre aceptaría tener relaciones sexuales, aunque falte un condón para protegerse	.162	.611	.182	.432
2.19 Es más importante en los varones que en las mujeres asear los genitales antes de tener relaciones sexuales	.202	.543	.025	.336
2.9 Solo las mujeres son capaces de practicar la monogamia sexual	.398	.529	.111	.450

Nota: n = 241

(continúa)

Tabla 11

Análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax de la escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual (continuación)

Ítem	Factor	Factor	Factor	Extracción
	1	2	3	
2.14 Las mujeres que practican la fidelidad sexual no deberían de usar preservativo en sus relaciones sexuales	.193	.017	.774	.637
2.13 Los hombres prefieren que sus parejas tomen pastillas anticonceptivas antes que ellos usar condón	.097	.246	.739	.616
2.12 Cuando una mujer conoce lo suficiente a su pareja puede dejar de usar condón	.152	.021	.724	.548
2.16 La educación sexual incita a los hombres a tener relaciones sexuales	.054	.372	.486	.377
2.15 Las mujeres plenamente enamoradas de su pareja prefieren el coito interrumpido antes que el condón	.218	.387	.468	.417
% varianza	25.84	14.36	11.92	
% acumulado		40.20	52.13	

Nota: n = 241

Análisis factorial exploratorio (AFE) del cuestionario de conducta de sexo seguro.

La versión original del Cuestionario de Conducta de Sexo Seguro (Dilorio et al., 1992), establece que el instrumento se compone de cinco subescalas, sin embargo, no se especifican los ítems que las componen. Por lo tanto, primero, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con el propósito de identificar el número de factores que componen a dicho instrumento para su posterior análisis. Se utilizó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .76 y la prueba de esfericidad de

Bartlett ($\chi^2 = 1731.50$; $gl = 351$, $p < .01$) con rotación Varimax sobre los ítems. La selección de los ítems para cada factor se basó en las cargas factoriales superiores a .30 y en aquellos ítems que se cargasen en dos factores, se seleccionó el factor con mayor carga factorial.

El resultado del AFE arrojó ocho factores con una varianza total del 63.46 %. El primer factor (ítems 8, 24, 20, 12, 4, 19, 14, 16) explica el 14.78 % de la varianza total. El segundo factor está (ítems 2, 25, 7, 9 y 27) explica el 11.24 % de la varianza. El tercer factor (5, 6, 21, 22, 1 y 3) explica el 10.88 % de la varianza total. El cuarto, quinto y sexto factor están compuestos por dos ítems y explican el 7.80 %, 5.28 % y 4.84 % de la varianza total, respectivamente. Por último, el séptimo y octavo factor se componen de un solo ítem y explican el 4.36 % y 4.24 % de la varianza total (tabla 12).

Análisis factorial confirmatorio (AFC) del cuestionario de conducta de sexo seguro.

Después de realizar el AFE, el siguiente paso fue confirmar las dimensiones de la versión original del cuestionario. El análisis factorial confirmatorio (AFC) se corrió con cinco factores fijos: Comportamientos de riesgo, asertividad, uso de condón, evitar fluidos corporales y evitar sexo anal. Se utilizó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .78 y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 1672.09$; $gl = 276$, $p < .01$). En el análisis de comunalidad, se eliminaron los ítems 15 (.17), 18 (.29) y 26 (.021) debido a que presentaron puntuaciones debajo de .30. Los resultados mostraron que los cinco factores explican el 56.49 % de la varianza total. En el primer factor se agrupan los ítems 8, 24, 20, 12, 19, 4, 14 y 16, los cuales explican el 16.55 % de la varianza total. El segundo factor explica el 12.75 % de la varianza y se compone de los ítems 2, 25, 7, 9 y 27. El tercer factor se compone de los ítems 5, 6, 21, 22, 1 y 3, los cuales explican el 12.18 % de la varianza total. El cuarto y quinto factor explican el 8.98 % y 6.01 % de la varianza total y se componen de menos de 3 ítems, respectivamente.

Tabla 12*Análisis factorial exploratorio con rotación Varimax del cuestionario de comportamiento de sexo seguro*

Ítem	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Extracción
	1	2	3	4	5	6	7	8	
3.08 Les pregunto a mis posibles compañeros sexuales acerca de sus historiales de prácticas homosexuales o bisexuales	.742	-.140	.030	.090	.038	-.203	.090	.214	.676
3.24 Inicio conversaciones sobre sexo seguro con mis posibles parejas sexuales	.676	.086	.028	.202	-.086	.204	-.135	-.141	.593
3.20 Si sé que una cita se puede transformarse en un encuentro sexual, tengo en mente practicar sexo seguro.	.674	.044	.177	.318	.056	-.066	-.145	-.194	.656
3.12 Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual	.658	-.073	.191	.054	.187	.021	-.091	-.100	.531
3.04 Le pregunto a posibles compañeros sexuales acerca de sus propios historiales sexuales.	.637	-.190	.114	.171	-.009	-.134	.047	.263	.573
3.19 Les pregunto a mis posibles parejas sexuales acerca de sus historiales del uso de drogas intravenosas	.606	.033	.286	.123	-.321	.305	-.079	.038	.669

*Nota: n = 241**(continúa)*

Tabla 12*Análisis factorial exploratorio con rotación Varimax del cuestionario de comportamiento de sexo seguro (continuación)*

Ítem	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Extracción
	1	2	3	4	5	6	7	8	
3.14 Si estoy en desacuerdo con la información que mi pareja tiene sobre la práctica de sexo seguro, enseguida doy mi punto de vista.	.525	.190	.120	.306	.154	.278	-.111	-.175	.563
3.16 Uso guantes de goma durante los juegos sexuales cuando mis manos presentan cortes o abrasiones.	.503	-.105	.299	-.109	-.159	-.042	.145	.034	.415
3.02 Uso cocaína u otras drogas antes o durante mis relaciones sexuales.	.021	.818	.016	-.147	-.048	.133	-.100	-.206	.764
3.25 Tengo relaciones sexuales con alguien que es bisexual o gay.	.043	.779	-.007	-.124	-.036	.020	-.054	-.346	.748
3.07 Tengo relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas intravenosas.	-.085	.755	-.143	.078	-.002	-.106	.032	.193	.654
3.09 Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.	-.005	.694	-.155	.129	.025	-.218	.124	.280	.665
3.27 Tomo bebidas alcohólicas antes o durante mis relaciones sexuales.	-.163	.600	.058	.131	.091	.268	.072	.143	.512
3.05 Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual	.226	-.144	.732	.070	-.143	.088	.233	.019	.695

*Nota: n = 241**(continúa)*

Tabla 12*Análisis factorial exploratorio con rotación Varimax del cuestionario de comportamiento de sexo seguro (continuación)*

Ítem	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Extracción
	1	2	3	4	5	6	7	8	
3.6 Mi pareja y yo usamos espermicida y condón cada vez que tenemos relaciones sexuales.	.277	-.127	.697	-.042	.060	.087	.214	.053	.639
3.21 Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo.	.284	.066	.644	.018	.230	-.086	-.216	-.125	.623
3.22 Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.	-.155	.039	.628	.152	-.180	-.060	-.319	.088	.588
3.01 Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales	.353	.048	.574	.358	.303	-.155	.051	-.041	.704
3.03 Me detengo a ponerme un condón o a ponérselo a mi pareja durante los juegos sexuales preliminares	.339	-.068	.512	.379	.233	-.210	.157	-.020	.649
3.11 Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando tengo mis genitales irritados o con llagas.	.189	-.009	.075	.820	-.067	.036	.077	-.108	.738
3.10 Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozca su historial sexual.	.267	.028	.103	.796	-.122	.134	-.087	.020	.757

*Nota: n = 241**(continúa)*

Tabla 12*Análisis factorial exploratorio con rotación Varimax del cuestionario de comportamiento de sexo seguro (continuación)*

Ítem	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Extracción
	1	2	3	4	5	6	7	8	
3.23 Me resulta difícil discutir asuntos de sexo con mis parejas sexuales.	-.032	.088	.047	.090	-.783	-.043	.052	-.021	.637
3.17 Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.	-.073	.394	.259	-.032	.527	.000	.138	.066	.530
3.17 Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.	-.073	.394	.259	-.032	.527	.000	.138	.066	.530
3.15 Practico sexo oral sin usar medidas protectoras como un condón o similar	-.062	.035	-.131	.032	-.018	.703	.051	.109	.532
3.13 Insisto en examinar los genitales de mi pareja sexual para ver si hay presencia de llagas, cortes, o heridas abrasivas	.391	-.078	.298	.307	.218	.505	.085	-.041	.655
3.18 Practico sexo anal	-.128	.077	.087	.023	.002	.059	.845	-.091	.756
3.26 Practico sexo anal sin usar condón.	.011	.068	.033	-.120	.036	.121	-.104	.752	.613
% varianza	14.78	11.24	10.88	7.80	5.28	4.84	4.36	4.24	

*Nota: n = 241**(continúa)*

Tabla 12*Análisis factorial exploratorio con rotación Varimax del cuestionario de comportamiento de sexo seguro (continuación)*

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Extracción
% varianza acumulada		26.03	36.91	44.72	50.00	54.85	59.21	63.46	

*Nota: n = 241***Tabla 13***Análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax del cuestionario de comportamiento de sexo seguro*

Ítem	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Extracción
	1	2	3	4	5	
3.08 Les pregunto a mis posibles compañeros sexuales acerca de sus historiales de prácticas homosexuales o bisexuales	.712	-.185	.051	.040	.119	.560
3.24 Inicio conversaciones sobre sexo seguro con mis posibles parejas sexuales	.706	.101	.019	.217	-.150	.578
3.20 Si sé que una cita se puede transformarse en un encuentro sexual, tengo en mente practicar sexo seguro.	.697	.046	.159	.307	.026	.608
3.12 Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual	.672	-.066	.180	.068	.150	.515

Nota: n = 241

(continúa)

Tabla 13*Análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax del cuestionario de comportamiento de sexo seguro (continuación)*

Ítem	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Extracción
	1	2	3	4	5	
3.19 Les pregunto a mis posibles parejas sexuales acerca de sus historiales del uso de drogas intravenosas	.609	.040	.288	.160	-.372	.620
3.04 Le pregunto a posibles compañeros sexuales acerca de sus propios historiales sexuales.	.608	-.229	.127	.132	.057	.458
3.14 Si estoy en desacuerdo con la información que mi pareja tiene sobre la práctica de sexo seguro, enseguida doy mi punto de vista.	.559	.222	.103	.349	.062	.498
3.16 Uso guantes de goma durante los juegos sexuales cuando mis manos presentan cortes o abrasiones	.463	-.128	.333	-.104	-.112	.366
3.02 Uso cocaína u otras drogas antes o durante mis relaciones sexuales.	.055	.839	.005	-.126	-.116	.737
3.25 Tengo relaciones sexuales con alguien que es bisexual o gay.	.079	.799	-.005	-.135	-.076	.668
3.07 Tengo relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas intravenosas.	-.097	.729	-.133	.037	.049	.563
3.09 Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.	-.037	.648	-.131	.070	.124	.459
3.27 Tomo bebidas alcohólicas antes o durante mis relaciones sexuales.	-.180	.611	.060	.202	.048	.452

*Nota: n = 241**(continúa)*

Tabla 13*Análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax del cuestionario de comportamiento de sexo seguro (continuación)*

Ítem	Factor					Extracción
	1	2	3	4	5	
3.05 Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual	.194	-.156	.757	.099	-.116	.659
3.6 Mi pareja y yo usamos espermicida y condón cada vez que tenemos relaciones sexuales.	.252	-.135	.715	-.009	.076	.598
3.21 Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo.	.312	-.076	.625	.003	.208	.538.
3.22 Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.	-.116	.040	.588	.103	-.192	.408
3.01 Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales	.340	.037	.576	.349	.335	.682
3.03 Me detengo a ponerme un condón o a ponérselo a mi pareja durante los juegos sexuales preliminares	.316	-.092	.522	.359	.293	.596
3.11 Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando tengo mis genitales irritados o con llagas.	.190	-.010	.072	.812	-.062	.705
3.10 Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozca su historial sexual.	.276	.030	.085	.800	-.148	.747
3.13 Insisto en examinar los genitales de mi pareja sexual para ver si hay presencia de llagas, cortes, o heridas abrasivas	.398	-.038	.293	.416	.112	.431

*Nota: n = 241**(continúa)*

Tabla 13

Análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax del cuestionario de comportamiento de sexo seguro (continuación)

Ítem	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Extracción
	1	2	3	4	5	
3.23 Me resulta difícil discutir asuntos de sexo con mis parejas sexuales.	-.070	.061	.069	.085	.743	.573
3.17 Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.	-.086	.397	.274	.016	.546	.538
% varianza	16.55	12.75	12.18	8.98	6.01	
% varianza acumulada		29.31	41.49	50.47	56.49	

Nota: n = 241

Consistencia interna de los instrumentos

En la tabla 14 se muestra el análisis de confiabilidad que se realizó por medio del Alpha de Cronbach y el KR-20 donde se observa que, en general, los instrumentos presentaron buenas puntuaciones ($\alpha > .70$) a excepción de la subescala de Confianza en la pareja. Además, después del AFE, se consideró sólo a los ítems del primer factor de la escala de Conducta Sexual, mostrando una confiabilidad aceptable. Así mismo, se realizó un análisis de confiabilidad una vez obtenidos los modelos de medida de las variables latentes.

Tabla 14

Consistencia interna de instrumentos y subescalas

Instrumento	Reactivos	α
Percepción de Riesgo para VIH	10	.73*
Conciencia sobre la salud sexual	10	.95*
Subescala de conciencia sobre salud sexual	7	.93*
Subescala de responsabilidad sobre salud sexual	3	.92*
Estereotipos de género en el comportamiento sexual	20	.89*
Subescala de responsabilidad y prevención	10	.82*
Subescala de confianza en la pareja	6	.66*
Subescala de masculinidad y comportamiento sexual	4	.80*
Permisividad sexual	10	.87*
Conocimientos sobre VIH	18	.86 [†]

Nota: $n = 241$; * = Alfa de Cronbach, [†] = KR20

(continúa)

Tabla 14*Consistencia interna de instrumentos y subescalas (continuación)*

Instrumento	Reactivos	α
Accesibilidad a los Servicios de Salud	5	.89*
Persuasión verbal con la pareja	6	.86*
Autoeficacia para adquirir y utilizar el condón	8	.92*
Conducta sexual	27	.79*
	8	.83*

Nota: $n = 241$; * = Alfa de Cronbach, † = KR20

Prueba de normalidad

Para la selección de las pruebas inferenciales adecuadas, primeramente, se realizó un análisis de normalidad con el estadístico Kolmogórov-Smirnov con Corrección de Lilliefors y conocer la distribución de los datos. En los resultados se observa que, en la mayoría de los casos, la significancia fue menor a .05, por lo que las variables no presentan distribución normal y se eligieron pruebas no paramétricas para el análisis de la información.

Estadística inferencial

Primer objetivo específico: análisis de correlación rho de spearman.

A continuación, se presentan los resultados que dan respuesta al primer objetivo específico, el cual plantea analizar la asociación de variables sociodemográficas edad, escolaridad, tiempo de migración, número de migraciones ilegales y consumo de alcohol con las variables que integran el modelo propuesto para la presente investigación. Así, mismo, se muestran las asociaciones entre las variables del modelo propuesto para la

teoría de situación específica de la conducta sexual de mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México.

Dentro de los resultados se observó que el consumo de alcohol presento asociaciones significativas con la conciencia del riesgo del VIH/sida ($r_s = .25, p < .01$), la cual mostró dirección positiva; sin embargo, la responsabilidad con la salud sexual ($r_s = -.26, p < .01$), las subescalas de conciencia sobre salud sexual ($r_s = -.25, p < .01$) y responsabilidad sobre salud sexual ($r_s = -.24, p < .01$), las asociaciones fueron negativas (tabla 15). Respecto a las migraciones ilegales, se observaron asociaciones significativas ($r_s = .14, p < .05$) con dirección positiva con la conciencia del riesgo del VIH.

Tabla 15.

Correlación de Spearman de variables sociodemográficas y propiedades de la transición

Variables	Conciencia del riesgo del VIH/sida	Responsabilidad con la salud sexual	Subescalas	
			Conciencia sobre salud sexual	Responsabilidad sobre salud sexual
Edad	-.029	.118	.120	.077
Escolaridad	-.078	.110	.119	.020
Tiempo migración	.097	.018	.021	-.029
Consumo alcohol	.255**	-.262**	-.250**	-.240**
Migración ilegal	.142*	.056	.038	.097

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

Respecto a las asociaciones con los facilitadores e inhibidores personales y comunidad, se observó que la edad presentó asociaciones con la subescala de responsabilidad y prevención ($r_s = .13, p < .05$), actitudes sexuales ($r_s = .22, p < .01$) y conocimiento sobre el VIH/sida ($r_s = .14, p < .05$). Escolaridad presentó asociaciones significativas con conocimiento sobre el VIH/sida ($r_s = .13, p < .05$), sin embargo, mostró una asociación negativa con la subescala de masculinidad y comportamiento sexual ($r_s = -.14, p < .05$).

Por otro lado, tiempo de migración mostró correlaciones positivas con el conocimiento sobre el VIH/sida ($r_s = .23, p < .01$), mientras que consumo de alcohol presentó una asociación significativa ($r_s = -.36, p < .01$) con dirección negativa con actitudes sexuales. Por último, migraciones ilegales presentó asociaciones con actitudes sexuales ($r_s = -.25, p < .01$) y apoyo comunitario ($r_s = -.13, p < .05$), sin embargo, su dirección fue negativa (tabla 16).

Tabla 16

Correlación de Spearman de variables sociodemográficas y facilitadores e inhibidores personales y comunidad

Variables	Estereotipos de género en el comportamiento sexual	Subescalas			Actitudes sexuales	Conocimiento sobre el VIH	Apoyo comunitario
		Responsabilidad y prevención	Confianza en la pareja	Masculinidad y comportamiento sexual			
Edad	.103	.139	.038	.023	-.228**	.142*	.085
Escolaridad	-.131	-.089	-.127	-.146*	.050	.130*	.021
Tiempo migración	-.097	-.093	-.105	-.002	-.092	.237**	-.009
Consumo alcohol	.010	.050	-.047	.054	-.366**	.008	-.053
Migración ilegal	.043	.044	.070	.050	-.255**	.102	-.137*

*Nota: *p < .05, ** p < .01*

Dentro de las asociaciones con indicadores de proceso, la escolaridad presentó asociaciones con la negociación del uso del condón ($r_s = .15, p < .05$) y la conducta sexual ($r_s = .23, p < .01$). La variable de consumo de alcohol presentó asociaciones significativas con la negociación del uso del condón ($r_s = -.20, p < .01$) y la autoeficacia para el sexo seguro ($r_s = -.23, p < .01$). Por último, migraciones ilegales (tabla 17) presentó una asociación significativa con la conducta sexual ($r_s = -.15, p < .05$).

Tabla 17

Correlación de Spearman de variables sociodemográficas e indicadores de proceso y conducta sexual

Variables	Negociación del uso del condón	Autoeficacia para el sexo seguro	Conducta sexual
Edad	.094	.123	.004
Escolaridad	.159*	.128	.230**
Tiempo migración	.039	.000	-.055
Consumo alcohol	-.207**	-.233**	-.066
Migración ilegal	-.088	-.082	-.157*

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

Propiedades de la transición.

Dentro de los resultados de las propiedades de la transición se encontraron correlaciones significativas entre las variables (tabla 15). La conciencia del riesgo del VIH/sida tuvo una asociación significativa con dirección positiva con la subescala de masculinidad y comportamiento sexual ($r_s = .17, p < .05$), mientras que, la asociación con las actitudes sexuales ($r_s = -.18, p < .05$) y la conducta sexual ($r_s = -.16, p < .05$) mostró una dirección negativa. En cuanto a la responsabilidad con la salud sexual, se observó una asociación significativa con dirección negativa con la subescala de masculinidad y comportamiento sexual ($r_s = -.18, p < .05$); sin embargo, las asociaciones

que presentó con las actitudes sexuales ($r_s = .17, p < .01$), el conocimiento sobre el VIH/sida ($r_s = .18, p < .01$), la negociación del uso del condón ($r_s = .36, p < .01$), la autoeficacia para el sexo seguro ($r_s = .32, p < .01$) y la conducta sexual ($r_s = .16, p < .01$), así como con sus subescalas se reportaron con dirección positiva ($r_s = .98, p < .01$ y $r_s = .78, p < .01$, respectivamente).

La subescala de conciencia sobre salud sexual tuvo asociaciones positivas y significativas con las actitudes sexuales ($r_s = .15, p < .05$), el conocimiento sobre el VIH/sida ($r_s = .18, p < .01$), la negociación del uso del condón ($r_s = .34, p < .01$), la autoeficacia para el sexo seguro ($r_s = .33, p < .01$) y conducta sexual ($r_s = .14, p < .05$), así como con subescala de responsabilidad sobre salud sexual ($r_s = .67, p < .01$). Por otro lado, se observaron asociaciones negativas y significativas con la subescala de masculinidad y comportamiento sexual ($r_s = -.15, p < .05$).

La subescala de responsabilidad sobre salud sexual mostró una asociación significativa con las actitudes sexuales ($r_s = .21, p < .01$), el conocimiento sobre el VIH/sida ($r_s = .14, p < .05$), la negociación del uso del condón ($r_s = .36, p < .01$), la autoeficacia para el sexo seguro ($r_s = .224, p < .01$) y la conducta sexual ($r_s = .17, p < .05$). También se observó una asociación significativa con dirección negativa con los estereotipos de género en el comportamiento sexual ($r_s = -.152, p < .05$) y la subescala de masculinidad y comportamiento sexual ($r_s = -.24, p < .01$).

Lo anterior indica que las propiedades de la transición mostraron asociaciones significativas con los facilitadores e inhibidores personales y comunidad, así como con los indicadores del proceso y la variable dependiente. Se puede observar que las mujeres migrantes que tienen mayor conciencia del riesgo del VIH/sida, presentan más estereotipos de masculinidad y comportamiento sexual, sin embargo, presentan menos actitudes sexuales y menor conducta sexual. Además, aquellas mujeres migrantes con mayor responsabilidad con la salud sexual presentan mejor conducta sexual, mayores habilidades de autoeficacia para el sexo seguro y negociación del uso del condón, así

como mejor conocimiento sobre el VIH/sida y actitudes sexuales; además, tienen menos estereotipos de género sobre masculinidad.

Facilitadores e inhibidores personales y comunidad.

Los estereotipos de género en el comportamiento sexual mostraron asociaciones negativas y significativas con las actitudes sexuales ($r_s = -.14, p < .05$), el conocimiento sobre el VIH/sida ($r_s = -.18, p < .01$) y la negociación del uso del condón ($r_s = -.19, p < .01$). Así mismo, se observaron asociaciones con las subescalas de responsabilidad y prevención ($r_s = .94, p < .01$), confianza con la pareja ($r_s = .83, p < .01$) y masculinidad y comportamiento sexual ($r_s = .75, p < .01$). Por su parte, la subescala de responsabilidad y prevención mostró asociaciones significativas con dirección negativa con el conocimiento sobre el VIH/sida ($r_s = -.18, p < .05$) y la negociación del uso del condón ($r_s = -.16, p < .05$); mientras que la dirección de la asociación con las subescalas de confianza con la pareja y masculinidad y comportamiento sexual fue positiva ($r_s = .68, p < .01, r_s = .66, p < .01$, respectivamente). La subescala de confianza con la pareja mostró asociaciones significativas con dirección negativa con el conocimiento sobre el VIH/sida ($r_s = -.15, p < .05$) y la negociación del uso del condón ($r_s = -.16, p < .05$), mientras que la asociación fue positiva con la subescala de masculinidad y comportamiento sexual ($r_s = .48, p < .01$). Por último, la subescala de masculinidad y comportamiento sexual mostró asociaciones significativas con dirección negativa con las actitudes sexuales ($r_s = -.15, p < .05$), el conocimiento sobre el VIH/sida ($r_s = -.17, p < .05$), la negociación del uso del condón ($r_s = -.20, p < .01$).

En cuanto a la variable de actitudes sexuales, se observaron asociaciones significativas con la negociación del uso del condón ($r_s = .21, p < .01$) y la conducta sexual ($r_s = .13, p < .05$). El conocimiento sobre el VIH/sida mostró asociaciones significativas con la negociación del uso del condón ($r_s = .19, p < .01$) y la autoeficacia para el sexo seguro ($r_s = .13, p < .05$). El apoyo comunitario mostró asociaciones

significativas con la negociación del uso del condón ($r_s = .27, p < .01$), la autoeficacia para el sexo seguro ($r_s = .22, p < .01$) y la conducta sexual ($r_s = .25, p < .01$).

Lo anterior muestra que los facilitadores e inhibidores personales y comunidad se asocian significativamente a los indicadores de proceso y la conducta sexual. De acuerdo con los resultados de la correlación, se sugiere que las mujeres migrantes con más estereotipos de género en el comportamiento sexual presentan menos conocimiento sobre el VIH/sida, menos habilidades de negociación del uso del condón y presentan menos actitudes sexuales durante la fase de tránsito. Además, se encontró que las mujeres migrantes con más actitudes sexuales tienen mejor negociación del uso del condón con sus parejas sexuales y presentan mejor conducta sexual.

Respecto al conocimiento sobre el VIH/sida, se observó que las mujeres con mayor conocimiento sobre el VIH/sida, presentan mejores habilidades de negociación del uso del condón con sus parejas sexuales y mejor autoeficacia para el sexo seguro. Por último, se observó que las mujeres con apoyo comunitario presentan mejores habilidades de negociación del uso del condón con sus parejas sexuales, mejor autoeficacia para el sexo seguro y mejor conducta sexual. Cabe mencionar que, solo el conocimiento sobre el VIH/sida y el apoyo comunitario, presentaron asociaciones significativas con la autoeficacia para el sexo seguro.

Indicadores del proceso.

Respecto a la negociación del uso del condón, se observaron asociaciones significativas con la autoeficacia para el sexo seguro ($r_s = .62, p < .01$) y la conducta sexual ($r_s = .53, p < .01$). Por último, la autoeficacia para el sexo seguro mostró asociaciones significativas con la conducta sexual ($r_s = .43, p < .01$). Lo anterior muestra que los indicadores de proceso se asocian significativamente con la conducta sexual. Se observó que las mujeres migrantes con mejor negociación del uso del condón presentan una mayor autoeficacia para el sexo seguro y mejor conducta sexual.

...

Tabla 18*Correlación de Spearman de variables del modelo de conductas sexuales de mujeres migrantes en tránsito*

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.- Conciencia del riesgo del VIH/sida		-.123	-.099	-.122	.055	.052	-.007	.172*	-.181**	-.025	-.037	-.088	-.109	-.160*
2.- Responsabilidad con la salud sexual			.982**	.787**	-.114	-.094	-.024	-.187*	.170**	.184**	.117	.362**	.324**	-.163*
3.- Subescala de conciencia sobre salud sexual				-.679**	-.082	-.059	-.001	-.154*	.158*	.186**	.120	.341**	.331**	-.145*
4.- Subescala de responsabilidad sobre salud sexual					-.152*	-.129	-.071	-.247**	.211**	.143*	.070	.367**	.224**	.175**
5.- Estereotipos de género en el comportamiento sexual						.948**	.835**	.753**	-.140*	-.189**	.096	-.192**	.116	.078

*Nota: *p < .05, ** p < .01*

(continúa)

Tabla 18*Correlación de Spearman de variables del modelo de conductas sexuales de mujeres migrantes en tránsito (continuación)*

Variabes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
6.- Subescala de responsabilidad y prevención							.680**	.660**	-.137	-.183*	.095	-.162*	-.070	-.070
7.- Subescala de confianza en la pareja								.483**	-.102	-.152*	.131	-.162*	-.133	-.037
8.- Subescala de masculinidad y comportamiento sexual									-.156*	-.178*	.024	-.203**	-.130	-.130
9.- Actitudes sexuales										.113	.028	.212**	.066	.135*
10.- Conocimiento sobre el VIH/sida											-.014	.192**	.136*	-.024
11.- Apoyo comunitario												.270**	.227**	.257**
12.- Negociación del uso del condón													.626**	.532**
13.- Autoeficacia para el sexo seguro														.439**
14.- Conducta sexual.														

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

Modelo de ecuaciones estructurales (MEE).

A continuación, se presenta el análisis mediante modelos de ecuaciones estructurales (MEE) que permitió dar respuesta al objetivo principal del estudio. Los MEE se utilizan con la finalidad de elaborar constructos que estiman variables latentes en función de las medibles (ítems). Primeramente, se realizó una modelación de las variables latentes que conforman el modelo estructural o teórico. El modelo de medida mide las variables latentes, mientras que el modelo estructural comprueba la congruencia del constructo basándose en el análisis de senderos (Hoyle 1995; Kline 2010). Se analizó la permanencia de aquellos ítems con cargas factoriales > 1.00 , además de la congruencia de estos respecto a cada variable latente. Se consideraron los índices de bondad de ajuste como el Error cuadrático medio de aproximación (*RMSEA*) $< .08$, b), el índice Tucker-Lewis (*TLI*) $\leq .90$ y el índice comparativo de ajuste (*CFI*) $\geq .90$. La estimación del modelo se realizó mediante la estimación de máxima verosimilitud. En todos los análisis, los valores de $p < .05$ se consideraron significativos. Además, se analizó la confiabilidad de cada constructo a través del Alpha de Cronbach mostrando consistencias aceptables en todas las variables.

Modelos de medida.

Propiedades de la transición. En la tabla 19 se observa la descripción de los ítems que conforman el modelo de medida ajustado de las variables latentes que pertenecen a las propiedades de la transición (conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual: subescala de conciencia y responsabilidad sobre salud sexual). Cabe mencionar que se consideró cada subescala como variable latente para el análisis. La variable de conciencia del riesgo del VIH/sida (tabla 20) se ajustó con los ítems 1, 2, 4, 7, 8, 9 y 10; la subescala de conciencia sobre salud sexual se ajustó con los ítems 1, 2, 3, 4 y 6.

Por último, la subescala de responsabilidad sobre salud sexual se ajustó con los ítems 7, 8, 9 y 10. En la figura 9 se aprecia el modelo estructural que mostró un ajuste aceptable para el análisis.

Tabla 19

Variables observadas de las propiedades de la transición

Ítem	Descripción	Medición
Conciencia del riesgo del VIH/sida		
PR_01	Ahora que soy migrante, ¿Qué tan probable es que me pueda contagiar con el VIH?	1 = Muy probable 2 = Improbable 3 = Ni probable/Ni improbable 4 = Probable/Muy probable
PR_02	Ahora que soy migrante, me preocupa ser infectado(a) con el VIH	1 = Nunca 2 = Rara vez/A veces 3 = Medianamente 4 = Muchas veces/Siempre
PR_04	Ahora que soy migrante, contraer el VIH es algo de lo que estoy...	1 = Nada preocupada 2 = Un poco preocupada 3 = Medianamente preocupada 4 = Muy preocupada/ Extremadamente preocupada
PR_07	Ahora que soy migrante, me siento vulnerable a la infección por el VIH	1 = Muy en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Algo en desacuerdo/ Algo de acuerdo 4 = De acuerdo/Muy de acuerdo

Nota: Elaboración propia

(continúa)

Tabla 19*Variables observadas de las propiedades de la transición (continuación)*

PR_08	Ahora que soy migrante, existe la posibilidad, por pequeña que sea, de que pueda adquirir el VIH.	1 = Muy en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Algo en desacuerdo/Algo de acuerdo 4 = De acuerdo/Muy de acuerdo.
PR_09	Ahora que soy migrante, creo que mis posibilidades de adquirir el VIH son:	1 = Cero 2 = Casi cero 3 = Pequeñas/moderadas 4 = Grandes/Muy grandes
PR_10	Ahora que soy migrante, adquirir el VIH es algo en lo que ...	1 = Nunca pienso 2 = Rara vez 3 = A veces pienso 4 = A menudo pienso
Responsabilidad con la salud sexual. Subescala de conciencia sobre salud sexual		
CS_01	Soy muy consciente de mi salud sexual	1 = Muy en desacuerdo
CS_02	Por lo general estoy al pendiente de cómo me siento acerca de mi salud sexual	2 = En desacuerdo 3 = Algo en desacuerdo
CS_03	Reflexiono mucho acerca de mi salud sexual	4 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
CS_04	Todo el tiempo estoy interesado(a) por mi salud sexual	5 = Algo de acuerdo
CS_06	Soy responsable de mi salud sexual	6 = De acuerdo 7 = Muy de acuerdo

Nota: Elaboración propia

(continúa)

Tabla 19*Variables observadas de las propiedades de la transición (continuación)*

Responsabilidad con la salud sexual. Subescala de responsabilidad sobre salud sexual

CS_07	Hago cosas para tener buena salud sexual	1 = Muy en desacuerdo
CS_08	Es muy importante para mí vivir la vida sin enfermedades ni malestares sexuales	2 = En desacuerdo 3 = Algo en desacuerdo
CS_09	Mi salud sexual depende de qué tan bien me cuide.	4 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
CS_10	Es muy importante para mí vivir la vida con la mayor salud sexual posible	5 = Algo de acuerdo 6 = De acuerdo 7 = Muy de acuerdo

Nota: Elaboración propia**Tabla 20***Cargas factoriales, R cuadrada e índices de bondad de ajuste de las propiedades de la transición*

Variable latente	Variable observada	Cargas factoriales	R^2
Conciencia del riesgo del VIH/sida	PR_01	1.000	.073
	PR_02	2.572	.407
	PR_04	3.011	.488
	PR_07	2.112	.293
	PR_08	2.397	.360
	PR_09	2.579	.511
	PR_10	2.564	.557

Responsabilidad con la salud sexual.

Nota: Elaboración propia

(continúa)

Tabla 20

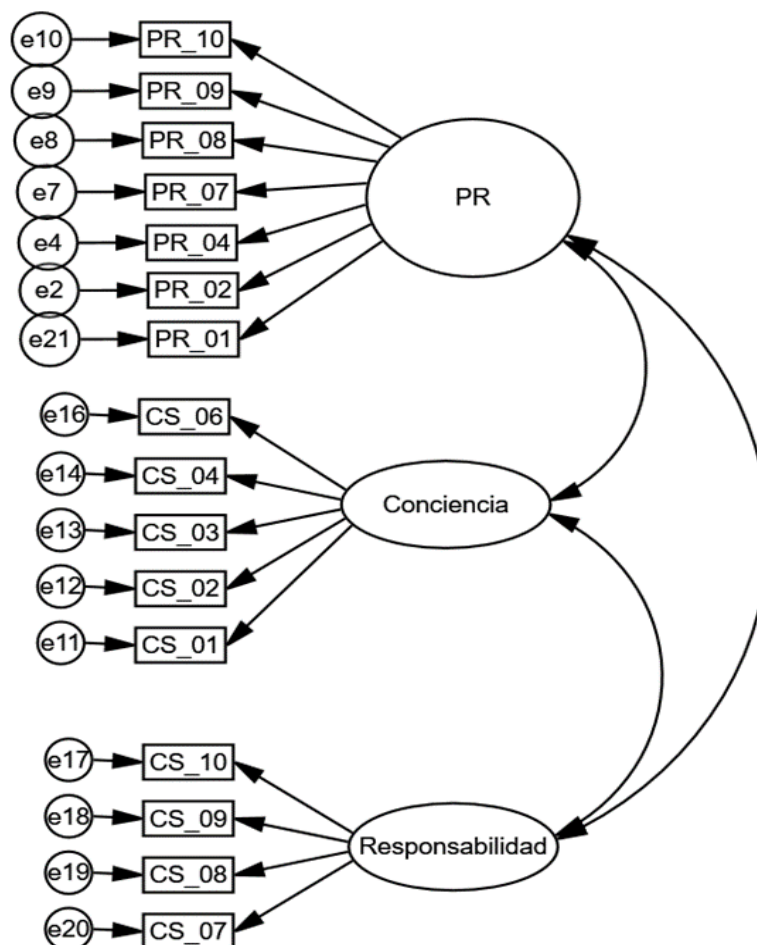
Cargas factoriales, R cuadrada e índices de bondad de ajuste de las propiedades de la transición (continuación)

Variable latente	Variable observada	Cargas factoriales	R^2
Subescala conciencia sobre salud sexual	CS_01	1.000	.627
	CS_02	1.056	.795
	CS_03	1.131	.742
	CS_04	1.064	.646
	CS_06	.960	.715
Responsabilidad con la salud sexual. Subescala responsabilidad sobre salud sexual	CS_07	1.000	.551
	CS_08	1.207	.760
	CS_09	1.143	.844
	CS_10	1.014	.818
		Covarianzas	
Responsabilidad <=> Conciencia		1.106	
PR<=> Conciencia		-.020	
Responsabilidad <=> PR		.004	
Índices de bondad de ajuste:			
$\chi^2 = 348.23, p < .01; CFI = .89, TLI = .86, RMSEA = .10$			

Nota: Elaboración propia

Figura 9

Modelo de medida de las propiedades de la transición



Nota. El modelo de medida muestra las variables latentes de las propiedades de transición (*PR* Conciencia del riesgo del VIH/sida y *Conciencia* subescala de conciencia sobre salud sexual y *Responsabilidad* subescala de responsabilidad sobre salud sexual), errores de medida y las covarianzas.

Facilitadores e inhibidores personales y comunidad. Respecto a los facilitadores e inhibidores personales y comunidad, en la tabla 21 se puede observar las descripciones de los ítems que se ajustan a las variables latentes del modelo de medida. En la tabla 22, se identifican las cargas factoriales y los índices de bondad de ajuste del modelo, los cuales indican un ajuste aceptable ($\chi^2 = 618.22$, $CFI = .90$, $TLI = .88$, $RMSEA = .05$) para el análisis. La subescala de responsabilidad y prevención estuvo compuesta por los

ítems 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11; mientras que la subescala de confianza en la pareja incluyó los ítems 12, 13, 14 y 15. Las actitudes sexuales se construyen con los ítems 2, 5, 6 y 10; en el conocimiento sobre el VIH/sida se incluyen los ítems 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 13 y 18. Y, por último, el apoyo comunitario está compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 (figura 10).

Tabla 21

Variables observadas de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad

Ítem	Descripción	Medición
Esteretipos de género en el comportamiento sexual. Subescala de Responsabilidad y prevención		
EG_05	Es mal visto que las mujeres compren preservativos en la farmacia	1 = Totalmente en desacuerdo
EG_06	La elección de un método anticonceptivo es exclusiva de las mujeres.	2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
EG_07	La responsabilidad de cuidar a la pareja del VIH/sida es exclusiva del hombre	4 = De acuerdo
EG_08	Prevenir riesgos en la salud sexual es responsabilidad exclusiva de los hombres	5 = Totalmente de acuerdo
EG_09	Solo las mujeres son capaces de practicar la monogamia sexual	
EG_10	La responsabilidad de proteger a la pareja de una ITS es exclusiva del varón.	
EG_11	Es mal visto que una mujer le comunique a su pareja su historia sexual	
Esteretipos de género en el comportamiento sexual. Subescala de confianza en la pareja		

Nota: Elaboración propia

(continúa)

Tabla 21*Variables observadas de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad**(continuación)*

Ítem	Descripción	Medición
EG_12	Cuando una mujer conoce lo suficiente a su pareja, puede dejar de usar un condón.	1 = Totalmente en desacuerdo
EG_13	Los hombres prefieren que sus parejas tomen pastillas anticonceptivas, antes que ellos usar un condón.	2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
EG_14	Las mujeres que practican la fidelidad sexual no deberían usar preservativo en sus relaciones sexuales.	4 = De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo
EG_15	Las mujeres plenamente enamoradas de su pareja prefieren el coito interrumpido antes que el condón.	
Actitudes sexuales		
AP_02	En este lugar, el sexo casual es aceptable.	1 = Totalmente de acuerdo 2 = Moderadamente de acuerdo
AP_05	En este lugar está bien tener relaciones sexuales continuas con más de una persona a la vez.	3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
AP_06	En este lugar, el sexo, como un simple intercambio de favores está bien si ambas personas lo aceptan.	4 = Moderadamente en desacuerdo
AP_10	En este lugar, está bien que el sexo sea sólo una buena liberación física.	5 = Totalmente en desacuerdo

Nota: Elaboración propia

(continúa)

Tabla 21*Variables observadas de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad**(continuación)*

Ítem	Descripción	Medición
Conocimiento sobre el VIH/sida		
C_02	Una persona puede contagiarse con VIH si comparte un vaso de agua que ha utilizado una persona infectada con VIH	Verdadero Falso No lo sé
C_03	Sacar el pene antes de que el varón eyacule evita que la mujer se contagie con el virus de VIH durante las relaciones sexuales.	
C_05	Ducharse o lavarse los genitales/partes privadas luego de una relación sexual evita que la persona se infecte con VIH	
C_07	Personas que están infectadas con el VIH, rápidamente muestran signos o síntomas de que están contagiados.	
C_08	Existe una vacuna que evita que la persona adulta se infecte con el VIH.	
C_09	Las personas son más propensas a infectarse cuando se besan o colocan sus lenguas dentro de la boca de su pareja que está infectada con el VIH	Verdadero Falso
C_10	Una mujer no puede contagiarse con VIH si tiene relaciones sexuales durante su menstruación.	No lo sé
C_13	Una persona que esté tomando antibióticos no se contagiara con el VIH si tiene relaciones sexuales.	
Apoyo comunitario		

Nota: Elaboración propia

(continúa)

Tabla 21

Variables observadas de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad
(continuación)

Ítem	Descripción	Medición
A_01	En esta ciudad, por lo general tengo acceso a información existente de mi estado de salud sexual	1= Totalmente en desacuerdo
A_02	En esta ciudad, siempre que lo necesito tengo acceso a especialidades médicas.	2= Más o menos en desacuerdo
A_03	En esta ciudad, siempre que lo necesito, tengo acceso a la prueba del VIH y exámenes médicos que me puedo realizar.	3= Un poco en desacuerdo
A_04	En esta ciudad, atiendo mis consultas y resuelvo todas mis dudas sobre mi salud sexual.	4= Neutral
A_05	En esta ciudad, tengo acceso a escoger mi médico tratante.	5= Un poco de acuerdo
		6=Más o menos de acuerdo
		7= Totalmente de acuerdo

Nota: Elaboración propia

Tabla 22

Cargas factoriales, R cuadrada e índices de bondad de ajuste de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad

Variable latente	Variable observada	Cargas factoriales	R^2
Estereotipos de género en el comportamiento sexual.	EG_05	1.000	.373
Subescala de Responsabilidad			

Nota: Elaboración propia

(continúa)

Tabla 22

Cargas factoriales, R cuadrada e índices de bondad de ajuste de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad (continuación)

Variable latente	Variable observada	Cargas factoriales	R ²
	EG_06	1.065	.420
	EG_07	1.295	.820
	EG_08	1.253	.791
	EG_09	1.043	.373
	EG_10	1.262	.580
	EG_11	.851	.239
Estereotipos de género en el comportamiento sexual. Subescala de confianza	EG_12	.730	.311
	EG_13	.752	.345
	EG_14	1.000	.600
	EG_15	.657	.288
Actitudes Sexuales	AP_02	.872	.374
	AP_05	.680	.426
	AP_06	.844	.428
	AP_10	1.000	.513
Conocimiento sobre el VIH/sida	C_02	1.000	.289
	C_03	1.407	.555
	C_05	1.341	.527
	C_07	1.361	.520
	C_08	1.235	.430

Nota: Elaboración propia

(continúa)

Tabla 22

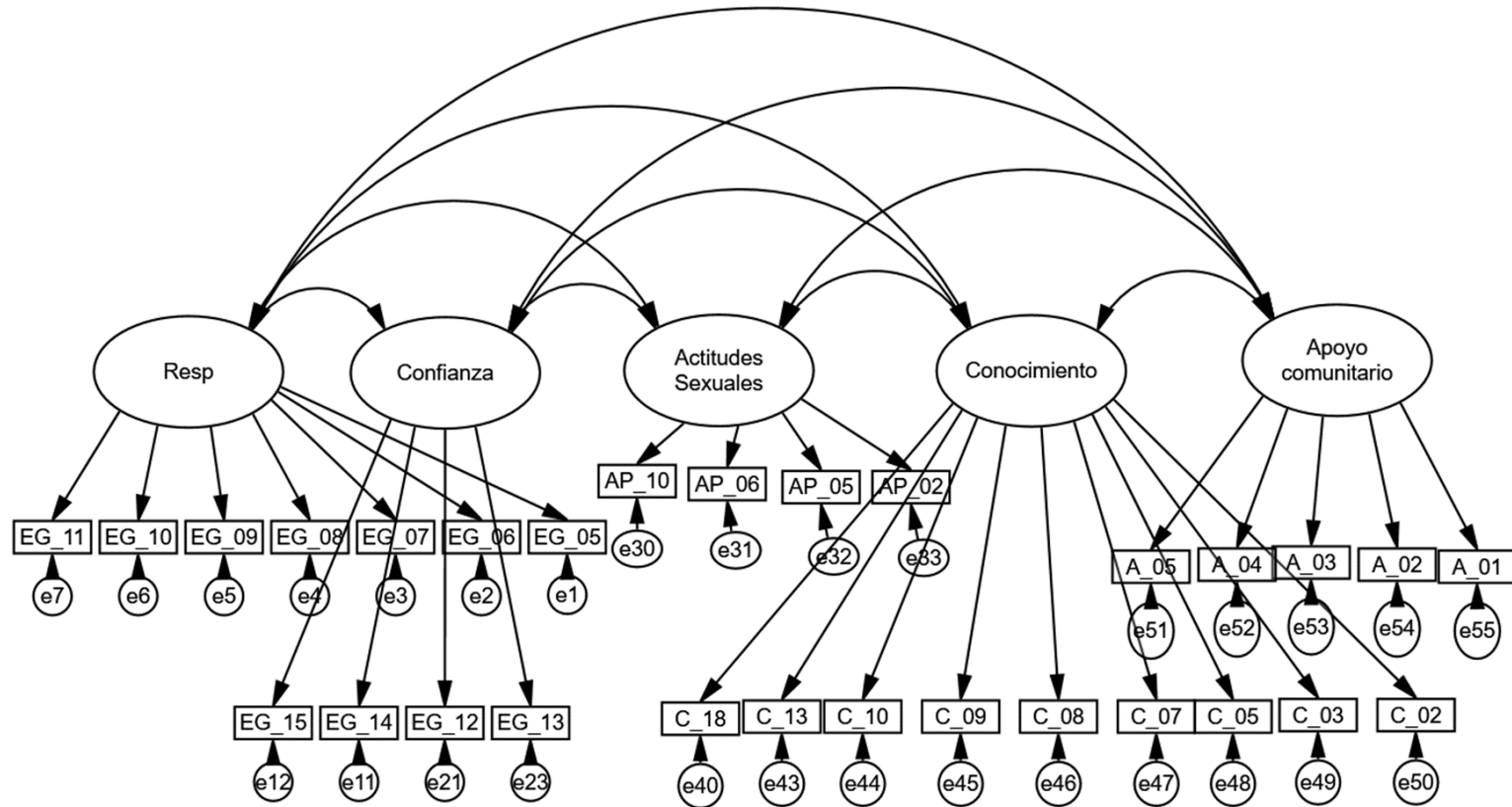
Cargas factoriales, R cuadrada e índices de bondad de ajuste de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad (continuación)

Variable latente	Variable observada	Cargas factoriales	R ²
	C_09	1.045	.321
	C_10	1.223	.428
	C_13	1.120	.353
	C_18	1.189	.398
Apoyo comunitario	A_01	1.000	.467
	A_02	1.150	.584
	A_03	1.233	.723
	A_04	1.337	.804
	A_05	1.140	.585
		Covarianzas	
Responsabilidad <=> Confianza		.244*	
Responsabilidad <=> Actitudes sexuales		-.085	
Confianza <=> Actitudes sexuales		-.032	
Responsabilidad <=> Conocimiento		-.049	
Confianza <=> Conocimiento		-.046	
Actitudes sexuales <=> Conocimiento		.052	
Apoyo comunitario <=> Responsabilidad		-.082	
Apoyo comunitario <=> Confianza		.268	
Apoyo comunitario <=> Actitudes sexuales		.131	
Índices de bondad de ajuste			
$\chi^2 = 618.22, p < .01; CFI = .90, TLI = .84, RMSEA = .05$			

Nota: Elaboración propia.

Figura 10

Modelo de medida de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad



Nota. El modelo de medida muestra las variables latentes de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad (*Resp* subescala de estereotipos de género para la responsabilidad y prevención, *Confianza* subescala de estereotipos de género para confianza con la pareja; *Actitudes sexuales*, *Conocimiento* y *Apoyo comunitario*), errores de medida y las covarianzas.

Indicadores de proceso. La tabla 23 muestra la descripción de los ítems que conforman el modelo de medida de los indicadores del proceso. La negociación del uso de condón está compuesta por los ítems 1, 3, 4, 5 y 6; mientras que la autoeficacia para el sexo seguro se integra por los ítems 2, 3, 5, 6, 7 y 8. En la tabla 24 se observa que ambas variables muestran un ajuste aceptable ($CFI = .92$, $TLI = .89$, $RMSEA = .10$) para el análisis; así mismo, la figura 11 muestra el modelo de medida de los indicadores del proceso.

Tabla 23

Variables observadas de los indicadores de proceso

Ítem	Descripción	Medición
Negociación del uso del condón		
AC_01	Siempre puedo usar un condón, aun si me encontrara en situación de pagar para tener relaciones sexuales.	1 = Nada segura 2 = Algo segura
AC_03	Puedo hablar con cada nueva pareja sobre la importancia de usar condón.	3 = Medio segura
AC_04	Puedo hacer que cualquier pareja con quien he tenido sexo antes, use un condón aún si no quiere.	4 = Muy segura 5 = Totalmente segura
AC_05	Puedo hacer que mi pareja o mis parejas usemos un condón, aún si no lo hemos usado en el pasado.	
AC_06	Puedo hacer que mi pareja o mis parejas usen un condón, aún si no quieren (o puedo utilizarlo aún si no quiero).	
Autoeficacia para el sexo seguro		
	Qué tan segura estás de ser capaz de ...	1 = Nada segura
AS_2	Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales.	2 = Algo segura

Nota: Elaboración propia

(continúa)

Tabla 23*Variables observadas de los indicadores de proceso (continuación)*

Ítem	Descripción	Medición
	Qué tan segura estás de ser capaz de ...	
AS_3	... Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol.	3 = Medio segura 4 = Muy segura
AS_5	... Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja prefiere no usarlo	5 = Totalmente segura
AS_6	... Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón.	
AS_7	... Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones.	
AS_8	... Acudir a la tienda a comprar condones.	

Nota: Elaboración propia**Tabla 24***Cargas factoriales, R cuadrada e índices de bondad de ajuste de los indicadores del proceso*

Variable latente	Variable observada	Cargas factoriales	R ²
Negociación del uso del condón	AC_01	.535	.218
	AC_03	.626	.339
	AC_04	1.000	.617
	AC_05	1.068	.817
	AC_06	1.096	.838
Autoeficacia para el sexo seguro	AS_2	1.000	.630
	AS_3	1.055	.533

Nota: Elaboración propia

(continúa)

Tabla 24

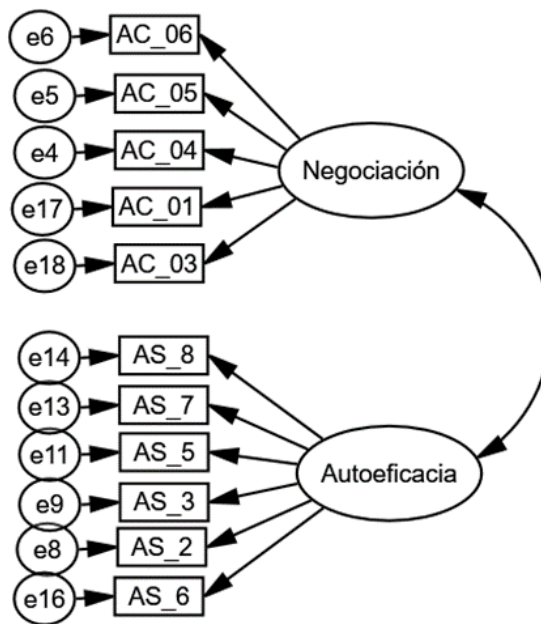
Cargas factoriales, R cuadrada e índices de bondad de ajuste de los indicadores del proceso (continuación)

Variable latente	Variable observada	Cargas factoriales	R ²
	AS_3	1.055	.533
	AS_5	1.108	.619
	AS_6	1.027	.568
	AS_7	1.070	.695
	AS_8	1.108	.650
		Covarianzas	
Autoeficacia <=> Negociación		.690	
Índices de bondad de ajuste			
$\chi^2 = 156.81, p < .01; CFI = .92, TLI = .87, RMSEA = .10$			

Nota: Elaboración propia

Figura 11

Modelo de medida de los indicadores de proceso



Nota. El modelo de medida muestra las variables latentes de los indicadores de proceso

(*Negociación del uso del condón y Autoeficacia para el sexo seguro*), los errores de medida y las covarianzas.

Conducta Sexual. En la tabla 25 se describen los ítems que componen a la variable latente conducta sexual y en la tabla 26 se observan los índices de ajuste del modelo de medida ($CFI = .88$, $TLI = .78$, $RMSEA = .10$), los cuales mostraron un ajuste aceptable para en análisis. En la figura 12 se aprecia el modelo de medida para la conducta sexual de mujeres migrantes en tránsito.

Tabla 25

Variables observadas de la conducta sexual

Ítem	Descripción	Medición
Conducta Sexual		
SS_01	Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales.	
SS_04	Le pregunto a posibles compañeros sexuales acerca de sus propios historiales sexuales.	1 = Nunca 2 = A veces
SS_08	Les pregunto a mis posibles compañeros sexuales acerca de sus historiales de prácticas homosexuales o bisexuales.	3 = La mayoría del tiempo
SS_12	Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual.	4 = Siempre
SS_14	Si estoy en desacuerdo con la información que mi pareja tiene sobre la práctica de sexo seguro, enseguida doy mi punto de vista.	
SS_19	Les pregunto a mis posibles parejas sexuales acerca de sus historiales del uso de drogas intravenosas.	
SS_20	Si sé que una cita puede transformarse en un encuentro sexual, tengo en mente practicar sexo seguro.	

Nota: Elaboración propia

(continúa)

Tabla 25*Variables observadas de la conducta sexual (continuación)*

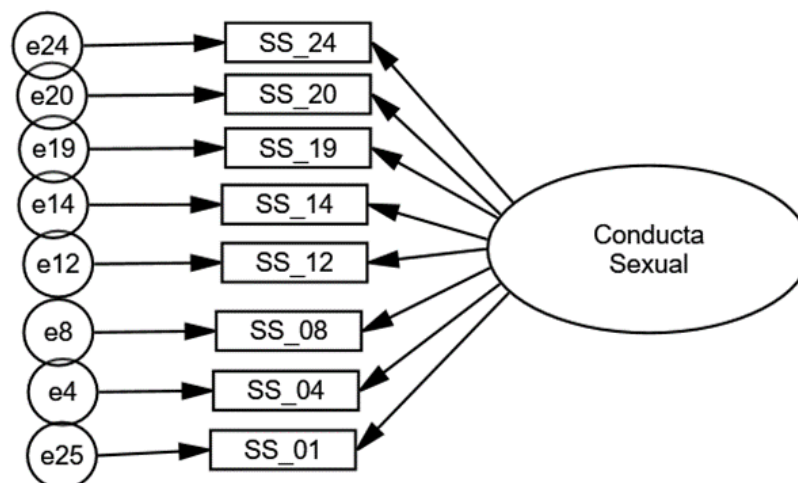
Ítem	Descripción	Medición
Conducta Sexual		
SS_24	Inicio conversaciones sobre sexo seguro con mis posibles parejas sexuales.	

Nota: Elaboración propia**Tabla 26***Cargas factoriales, R cuadrada e índices de bondad de ajuste de la conducta sexual*

Variable latente	Variable observada	Cargas factoriales	R ²
Conducta Sexual	SS_01	.972	.287
	SS_04	1.000	.348
	SS_08	.970	.406
	SS_12	1.272	.393
	SS_14	.999	.317
	SS_19	1.180	.341
	SS_20	1.539	.559
	SS_24	1.214	.429

Índices de bondad de ajuste

 $\chi^2 = 71.93, p < .01$ CFI = .88 TLI = .78*Nota:* Elaboración propia

Figura 12*Modelo de medida de la conducta sexual*

Nota. El modelo de medida muestra las variables latentes de la conducta sexual, los errores de medida y las covarianzas.

Consistencia interna de instrumentos en modelos de medida.

A continuación, se presenta un análisis de confiabilidad por cada variable latente después del ajuste los modelos de medida para su posterior análisis.

Tabla 27*Alfa de Cronbach de los instrumentos en los modelos de medida*

Instrumento	Ítems	Reactivos	Confiabilidad
Percepción de Riesgo para VIH	1, 2, 4, 7, 8, 9, 10	7	.79*
Conciencia sobre salud sexual			
Subescala de conciencia sobre salud sexual	1,2,3,4,6	5	.91*
Subescala de responsabilidad sobre salud sexual	7,8,9,10	4	.90*

Nota: $n = 241$; * = Alfa de Cronbach, † = KR20

(continúa)

Tabla 27*Alfa de Cronbach de los instrumentos en los modelos de medida (continuación)*

Instrumento	Ítems	Reactivos	Confiabilidad
Esteretipos de género en el comportamiento sexual			
Responsabilidad y prevención	5,6,7,8,9,10,11	7	.86*
Confianza en la pareja	12, 13, 14, 15	4	.71*
Permisividad sexual	2,5,6,10		
Conocimientos sobre VIH	13,10,9,8,7,5,3,2	8	.85 [†]
Accesibilidad a los Servicios de Salud	1,2,3,4,5	5	.89*
Persuasión verbal con la pareja	1,3,4,5,6	5	.85*
Autoeficacia para adquirir y utilizar el condón	2,3,5,6,7,8	6	.90*
Conducta sexual	1,4,8,12,14,19,20,24	8	.83*

Nota: $n = 241$; * = Alfa de Cronbach, [†] = KR20

A continuación, se presentan los modelos de ecuaciones estructurales que dan respuesta del segundo al quinto objetivo específico y al objetivo general del presente estudio; así mismo, se muestra el modelo final conformado por las variables que resultaron significativas para la teoría de situación específica de conductas sexuales de mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México. En el análisis inicial de cada modelo, los índices de bondad de ajuste no mostraron parámetros adecuados por lo que se realizó una serie de análisis para el mejor ajuste de cada uno. Se eliminaron las relaciones que no fueron significativas o aquellas variables con una correlación múltiple al cuadrado $< .100$; así mismo, se consideró la congruencia de la correlación para evaluar la permanencia de la variable.

Segundo objetivo específico.

El segundo objetivo específico fue determinar el efecto directo e indirecto de las propiedades de transición (conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual) sobre la conducta sexual de las mujeres migrantes, mismo que también puede ser mediado por las variables que se incluyen en los facilitadores e inhibidores personales y comunidad (estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales, conocimiento sobre el VIH/sida y apoyo comunitario). El modelo hipotético estuvo conformado por nueve variables latentes (tabla 28) y presentó índices de bondad de ajusta que no fueron aceptables para el análisis por lo que se buscó un mejor ajuste del modelo ($\chi^2 = 2239.41$, $p < .01$; $CFI = .83$, $TLI = .82$, $RMSEA = .05$), mediante las correlaciones múltiples al cuadrado y las significancias de las variables.

Tabla 28

Coefficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del segundo objetivo específico

	Estimación	χ^2	CFI	TLI	RMSEA
Estereotipo <= PR	-.027	2239.41	.839	.821	.055
Estereotipo <= Conciencia	.032	$p < .01$			
Estereotipo <= Responsabilidad	-.064				
Confianza <= PR	.097				
Confianza <= Conciencia	.095				
Confianza <= Responsabilidad	-.136				
Confianza <= Estereotipo	.491**				
Actitudes Sexuales <= PR -	-.637*				
Actitudes Sexuales <= Conciencia.	.147				
Actitudes Sexuales <= Responsabilidad.	.117				
Actitudes Sexuales <= Estereotipo	-.163				

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, <= Coeficientes

(continúa)

Tabla 28

Coefficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del segundo objetivo específico (continuación)

	Estimación	χ^2	CFI	TLI	RMSEA
Actitudes Sexuales <= Confianza	.044				
Conocimiento <= PR	-.054				
Conocimiento <= Conciencia	.022				
Conocimiento <= Responsabilidad.	.004				
Conocimiento <= Estereotipo	-.084*				
Conocimiento <= Confianza	-.022				
Conocimiento <= Actitudes Sexuales	.033				
Apoyo comunitario <= PR	-.351				
Apoyo comunitario <= Conciencia.	.258				
Apoyo comunitario <= Responsabilidad.	.117				
Apoyo comunitario <=Estereotipo	-.397*				
Apoyo comunitario <= Confianza.	.371**				
Apoyo comunitario <= Actitudes Sexuales	-.091				
Apoyo comunitario <= Conocimiento	-.444				
Conducta Sexual<= PR	.200				
Conducta Sexual <= Conciencia.	.072				
Conducta Sexual <= Responsabilidad.	.163				
Conducta Sexual <= Apoyo comunitario.	.025				
Conducta Sexual <= Confianza -	-.030				
Conducta Sexual <= Estereotipo	-.111				
Conducta Sexual <= Actitudes Sexuales -	-.039				
Conducta Sexual <= Conocimiento	.186				

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, <= Coeficientes

En la figura 13 se presenta el modelo final formado por seis variables latentes ($\chi^2 = 2239.41$, $p < .01$; $CFI = .91$, $TLI = .90$, $RMSEA = .04$) e índices de bondad de ajuste adecuados. El valor de R^2 de conducta sexual fue de .22, lo que indica que las variables en el modelo explican el 22 % de la varianza total. Así mismo, se observó que las actitudes sexuales presentaron la mayor varianza explicada de las variables mediadoras ($R^2 = .13$). Lo anterior indica que la conciencia del riesgo del VIH/sida, la responsabilidad con la salud sexual y los estereotipos de género en el comportamiento sexual, explican el 13 % de la varianza total de las actitudes sexuales.

Dentro de los resultados se encontró que la responsabilidad con la salud sexual ($\beta = .42$, $p < .01$) y los estereotipos de género en el comportamiento sexual ($\beta = -.16$, $p < .05$), efectuaron la principal aportación explicativa de la conducta sexual, sin embargo, éste último presentó un efecto inverso. El efecto directo de la responsabilidad con la salud sexual hacia la conducta sexual fue de .24, el efecto indirecto fue de .00 y el efecto total fue de .25. Por otra parte, el efecto directo de los estereotipos de género en el comportamiento sexual sobre la conducta sexual fue de -.14, el efecto indirecto fue de .00 con un efecto total fue de -.14.

No se observaron efectos directos significativos de actitudes sexuales y apoyo comunitario hacia conducta sexual, sin embargo, se observó que la responsabilidad con la salud sexual predice directamente ambas variables ($\beta = .28$, $p < .01$ y $\beta = .21$, $p < .01$, respectivamente). El efecto directo de la responsabilidad con la salud sexual sobre actitudes sexuales fue de .26, el efecto indirecto fue de .00 y el efecto total fue de .24. De igual manera, el efecto directo de la responsabilidad con la salud sexual sobre apoyo comunitario fue de .31, el efecto indirecto fue .00 y el efecto total fue de .32 (tabla 29). Además, se encontró que la conciencia del riesgo del VIH/sida, presentó un efecto inverso sobre actitudes sexuales ($\beta = -.19$, $p < .05$). El efecto directo fue de -.66, el efecto indirecto fue de .00 y el efecto total fue de -.65.

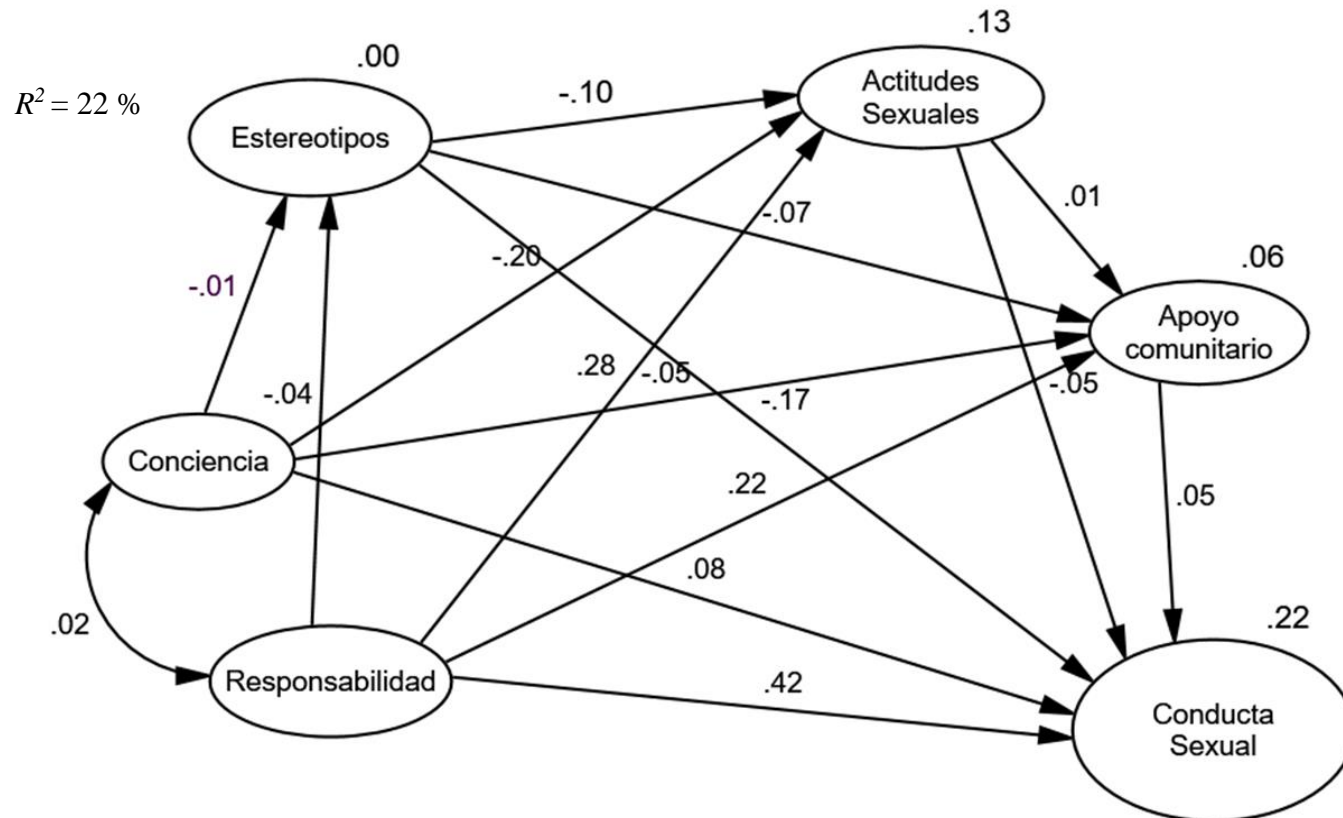
Tabla 29*Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del segundo objetivo específico*

Predictor	Respuesta	Efecto directo	Efecto indirecto	Efecto total	β	χ^2	CFI	TLI	RMSEA
Conciencia	Estereotipo	-.013	—	-.013	-.005	2239.41	.919	.821	.045
	Actitudes Sexuales	-.660*	.002	-.658	-.199	$p < .01$			
	Apoyo comunitario	-.274	-.009	-.283	-.052				
	Conducta Sexual	.170	.016	.186	.080				
Responsabilidad	Estereotipo	-.026	—	-.026	-.039				
	Actitudes Sexuales	.261**	.004	.264	.283				
	Apoyo comunitario	.317**	.008	.326	.218				
	Conducta Sexual	.249**	.002	.251	.421				
Estereotipo	Actitudes Sexuales	-.136	—	-.136	-.100				
	Apoyo comunitario	-.148	-.002	-.150	-.068				
	Conducta Sexual	-.145*	.001	-.144	-.165				
Actitudes Sexuales	Apoyo comunitario	.016	—	.016	.010				
	Conducta Sexual	-.030	—	-.030	-.047				
Apoyo Comunitario	Conducta Sexual	.019	—	.019	.047				

*Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, β = Beta**(continúa)*

Figura 13

Modelo de ecuaciones estructurales segundo objetivo



Nota. El análisis de senderos muestra las asociaciones entre la conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual sobre la conducta sexual, mismos que son mediados por estereotipos de género para la responsabilidad y prevención, actitudes sexuales y apoyo comunitario.

Tercer objetivo específico.

El tercer objetivo específico planteo determinar el efecto directo e indirecto de las propiedades de transición (conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual) sobre la conducta sexual de las mujeres migrantes, mismo que también puede ser mediado por los indicadores de proceso (negociación del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro). El modelo hipotético (tabla 30) estuvo conformado por seis variables latentes con índices de bondad de ajuste por debajo de rangos normales para el análisis ($\chi^2 = 1195.68$, $p < .01$; $CFI = .86$, $TLI = .83$, $RMSEA = .07$).

Tabla 30

Coefficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del tercer objetivo específico

	Estimación	χ^2	CFI	TLI	RMSEA
Negociación <= PR	-.017	1195.682	.861	.839	.071
Negociación <= Conciencia	.216	$p < .01$			
Negociación <= Responsabilidad	.050				
Autoeficacia <= PR	-.099				
Autoeficacia <= Conciencia	.132				
Autoeficacia <= Responsabilidad	.002				
Autoeficacia <= Negociación	.856**				
Conducta <= PR	.221				
Conducta <= Conciencia	-.048				
Conducta <= Responsabilidad	.142				
Conducta <= Negociación	.168*				
Conducta <= Autoeficacia	.237**				

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, <= Coeficientes

Después de realizar los análisis correspondientes como eliminar relaciones que no resultaron significativas o variables con una correlación múltiple al cuadrado $< .10$;

en la figura 14 se observa el modelo final que da respuesta al tercer objetivo mostrando índices de bondad de ajuste ($\chi^2= 398.06$, $p < .01$; $CFI = .92$, $TLI = .90$, $RMSEA =.05$) adecuados. Dentro de los resultados se observa que el valor de R^2 para la conducta sexual fue de .38, lo que significa que las variables explican el 38 % de la varianza total del modelo. Así mismo, el valor de R^2 de la negociación del uso del condón, que desempeña un papel mediador en el modelo, es de .13, lo que indica que las variables de conciencia y responsabilidad explican el 13 % de la varianza de la negociación del uso del condón (tabla 31).

Tabla 31

Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del tercer objetivo específico

Predictor	Respuesta	Efecto directo	Efecto indirecto	Efecto total	β	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>
Conciencia	Negociación	-.025	—	-.025	-.010	.920	.902	.057
	Conducta	.196	-.010	.185	.096			
	Sexual							
Responsabilidad	Negociación	.236**	—	.236	.363			
	Conducta	.136**	.097	.233	.242			
	Sexual							
Negociación	Conducta	.411**	—	.411	.475			
	sexual							

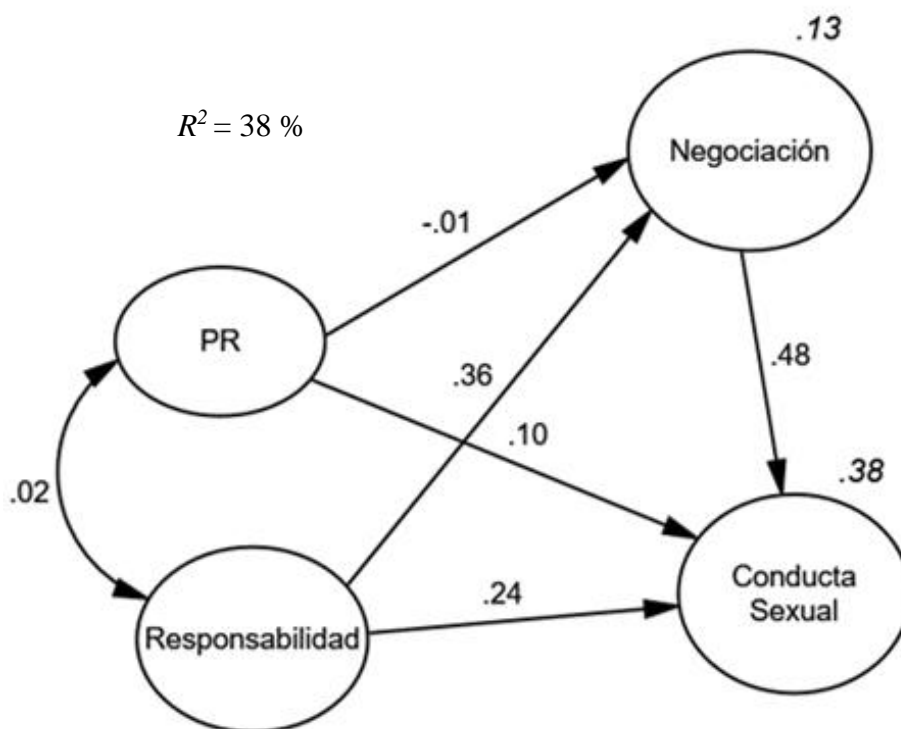
Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, β = Beta

En los resultados se puede observar que la responsabilidad con la salud sexual fue el principal predictor de la conducta sexual ($\beta = .24$, $p < .01$). El efecto directo de la responsabilidad con la salud sexual sobre la conducta sexual fue de .13 y significativo, el efecto indirecto fue de .09 y el efecto total fue de .23. Además, se observó que la responsabilidad con la salud sexual influye directamente en la negociación del uso del

condón ($\beta = .36, p < .01$) y ésta a su vez, tiene un efecto significativo sobre la conducta sexual ($\beta = .47, p < .01$) de las mujeres migrantes en tránsito. El efecto directo y total de la responsabilidad con la salud sexual sobre la negociación del uso del condón fue de .23. Por su parte, el efecto directo y total de la negociación del uso del condón hacia la conducta sexual fue de .411. No se observaron efectos significativos de la conciencia del riesgo del VIH/sida. Lo anterior propone a la negociación del uso del condón como variable mediadora significativa hacia la conducta sexual.

Figura 14

Modelo de ecuaciones estructurales tercer objetivo



Nota. El análisis de senderos muestra las asociaciones entre la Conciencia del riesgo del VIH/sida y Responsabilidad con la salud sexual sobre la conducta sexual, mismos que son mediados por la Negociación del uso del condón.

Cuarto objetivo específico.

El cuarto objetivo específico buscó determinar el efecto directo e indirecto de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad (estereotipos de género en el

comportamiento sexual, actitudes sexuales, conocimiento sobre el VIH/sida y apoyo comunitario) sobre la conducta sexual, que también pueden ser mediado por los indicadores del proceso (negociación del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro). El modelo teórico estuvo conformado por ocho variables latentes con índices de bondad de ajuste ($\chi^2 = 1889.80$, $p < .01$, $CFI = .83$, $TLI = .81$, $RMSEA = .05$), los cuales no fueron adecuados para el análisis (tabla 32).

Tabla 32

Coefficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del cuarto objetivo específico

	<i>Estimación</i>	χ^2	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>
Negociación <= Responsabilidad	-.030	1889.804	.832	.812	.058
Negociación <= Confianza	-.073	$p < .010$			
Negociación <= Actitudes Sexuales	.116				
Negociación <= Conocimiento	.049				
Negociación <= Apoyo comunitario	.115**				
Autoeficacia <= Responsabilidad	-.139				
Autoeficacia <= Confianza	.048				
Autoeficacia <= Actitudes Sexuales	-.050				
Autoeficacia <= Conocimiento	.325				
Autoeficacia <= Apoyo comunitario	.102*				
Autoeficacia <= Negociación	.882**				
Conducta Sexual <= Responsabilidad	-.023				
Conducta Sexual <= Conocimiento	.144				
Conducta Sexual <= Apoyo comunitario	-.014				
Conducta Sexual <= Negociación	.189*				

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, <= Coeficientes

(continúa)

Tabla 32

Coefficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del cuarto objetivo específico (continuación)

	<i>Estimación</i>	χ^2	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>
Conducta Sexual <= Autoeficacia	.255**				

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, <= Coeficientes

Después de realizar los análisis correspondientes que permitieran un ajuste adecuado para el modelo, la figura 15 muestra el modelo final correspondiente al cuarto objetivo específico ($\chi^2 = 528.19$, $p < .01$, $CFI = .95$, $TLI = .89$, $RMSEA = .05$). Se observó también que la R^2 de conducta sexual fue de .32, lo que indica que las variables en el modelo explican el 32 % de la varianza total. En los resultados se observa que la negociación del uso del condón fue el principal predictor de la conducta sexual ($\beta = .54$, $p < .01$), seguido de apoyo comunitario, actitudes sexuales y estereotipos de género en el comportamiento sexual, sin embargo, estos últimos no fueron significativos. El efecto directo y total de la negociación del uso del condón sobre la conducta sexual fue de .49. Así mismo, se observó que el apoyo comunitario mejora las habilidades de negociación del uso del condón, que, a su vez, mejoran la conducta sexual ($\beta = .21$, $p < .05$) en las mujeres migrantes. El efecto directo y total de apoyo comunitario sobre la negociación del uso del condón fue .09 (tabla 33).

Tabla 33

Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del cuarto objetivo específico

Predictor	Respuesta	Efecto directo	Efecto indirecto	Efecto total	β	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>
Estereotipo	Negociación	-.025	—	-.025	-.026	.915	.898	.053

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, $\beta = \text{Beta}$

(continúa)

Tabla 33

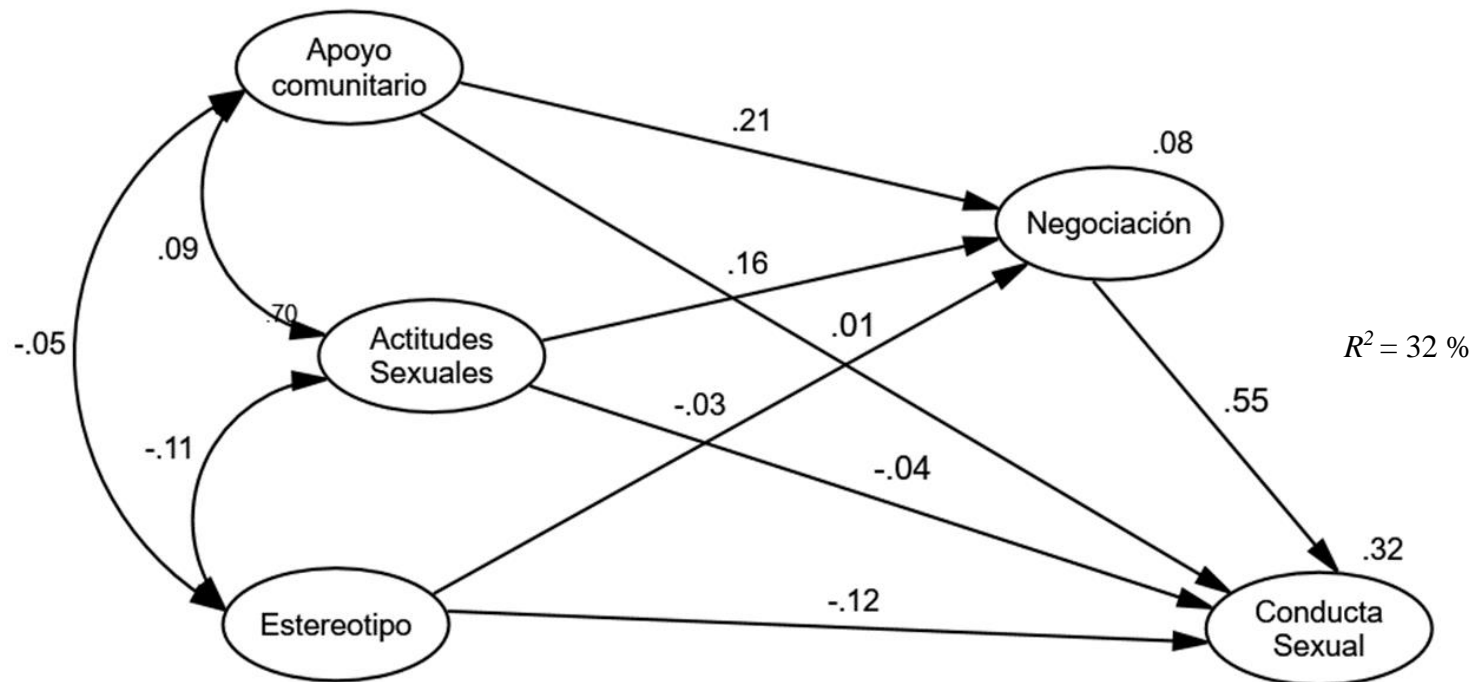
Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del cuarto objetivo específico (continuación)

Predictor	Respuesta	Efecto directo	Efecto indirecto	Efecto total	β	CFI	TLI	RMSEA
	Conducta Sexual	-.109	-.013	-.122	-.123			
Actitudes Sexuales	Negociación	.113	—	.113	.164			
	Conducta Sexual	-.027	.056	.029	-.043			
Apoyo comunitario	Negociación	.095*	—	.095	.214			
	Conducta Sexual	.005	.047	.052	.013			
Negociación Sexual	Conducta Sexual	.498**	—	.498	.546			

*Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, $\beta = Beta$*

Figura 15

Modelo de ecuaciones estructurales cuarto objetivo



Nota. El análisis de senderos muestra las asociaciones entre los estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales y apoyo comunitario sobre la conducta sexual, mismos que son mediados por la negociación del uso del condón.

Quinto objetivo específico.

El quinto objetivo específico estableció analizar el efecto directo e indirecto de las propiedades de la transición (conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual) sobre los indicadores del proceso (negociación del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro), mismo que también puede ser mediado por los facilitadores e inhibidores personales (estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales y conocimiento sobre el VIH) y comunidad (apoyo comunitario). El modelo hipotético estuvo conformado por 10 variables latentes mostrando índices de bondad de ajuste por debajo de los parámetros recomendables para el ajuste ($\chi^2 = 2615.01$, $p < .01$; $CFI = .83$, $TLI = .81$, $RMSEA = .05$), por lo que se buscó mejorar el ajuste del modelo (tabla 34).

Tabla 34

Coefficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del quinto objetivo específico

	Estimación	χ^2	CFI	TLI	RMSEA
Estereotipo<= Responsabilidad	-.072	2615.010	.834	.815	.058
Estereotipo<= Conciencia	-.042	$p < .010$			
Estereotipo<= PR	-.021				
Confianza<= Responsabilidad	-.145				
Confianza<= Estereotipo	.494**				
Confianza<= Conciencia	.103				
Confianza<= PR	.112				
Actitudes Sexuales <= Responsabilidad	.109				
Actitudes Sexuales <= Conciencia	.158				
Actitudes Sexuales <= PR	-.632*				
Actitudes Sexuales <= Estereotipos	-.159				

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, <= Coeficientes

(continúa)

Tabla 34

Coefficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del quinto objetivo específico (continuación)

	Estimación	χ^2	CFI	TLI	RMSEA
Actitudes Sexuales <= Confianza	.042				
Conocimiento <= Responsabilidad	.003				
Conocimiento <= Actitudes Sexuales	.033				
Conocimiento <= Conciencia	.023				
Conocimiento <= PR	-.055				
Conocimiento <= Confianza	-.023				
Conocimiento <= Estereotipo	-.084*				
Apoyo comunitario <= Responsabilidad.	.118				
Apoyo comunitario <= Conocimiento	-.450				
Apoyo comunitario <= Conciencia	.257				
Apoyo comunitario <=PR	-.349				
Apoyo comunitario <=Estereotipo	-.392*				
Apoyo comunitario <=Confianza	.359*				
Apoyo comunitario <=Actitudes sexuales	-.019				
Negociación <= Responsabilidad.	.019				
Negociación <= Estereotipo	-.076				
Negociación <= Confianza	-.047				
Negociación <= Actitudes sexuales	.068				
Negociación <= Conocimiento	-.062.				
Negociación <= Apoyo comunitario	.075				
Negociación <= Conciencia	.198				
Negociación <= PR	.005				

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, <= Coeficientes

(continúa)

Tabla 34

Coefficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del quinto objetivo específico (continuación)

	Estimación	χ^2	CFI	TLI	RMSEA
Autoeficacia <= Responsabilidad.	-.028				
Autoeficacia <= Estereotipo	-.180				
Autoeficacia <= Confianza	.065				
Autoeficacia <= Actitudes sexuales	-.095				
Autoeficacia <= Conocimiento	.258				
Autoeficacia <= Apoyo comunitario	.080				
Autoeficacia <= Negociación	.827**				
Autoeficacia <= Conciencia	.164				
Autoeficacia <= PR	-.108				

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, <= Coeficientes.

La figura 16 muestra el modelo estructural final que dio respuesta al quinto objetivo específico, el cual se ajustó con siete variables latentes e índices de bondad de ajuste adecuados ($\chi^2 = 890.09$, $p < .01$; $CFI = .90$, $TLI = .89$, $RMSEA = .05$). El valor de R^2 de la autoeficacia para el sexo seguro y negociación del uso del condón fue .50 y .15, respectivamente. Lo anterior indica que el modelo explica el 50 % de la autoeficacia para el sexo seguro y el 15 % de la negociación del uso del condón.

Se encontró que la responsabilidad con la salud sexual y el apoyo comunitario participaron como predictores significativos de la negociación del uso del condón y la autoeficacia para el sexo seguro. El efecto directo de la responsabilidad con la salud sexual sobre la negociación del uso del condón fue .21, el efecto indirecto fue de .05 y el efecto total fue de .26 ($\beta = .27$, $p < .01$). El efecto directo y total de apoyo comunitario sobre la negociación del uso del condón fue de .08 ($\beta = .16$, $p < .05$), así mismo, el efecto

directo de apoyo comunitario sobre la autoeficacia para el sexo seguro fue de .09, el efecto indirecto fue de .07 y el efecto total fue de .16 ($\beta = .13, p < .05$).

Además, se observó que la responsabilidad con la salud sexual y la conciencia del riesgo del VIH/sida, influyen significativamente sobre las actitudes sexuales, sin embargo, éste último, mostro un efecto inverso. El efecto directo de la responsabilidad con la salud sexual sobre las actitudes sexuales fue de .26, el efecto indirecto fue de -.001 y su efecto total fue de .26 ($\beta = .22, p < .01$). El efecto de la conciencia del riesgo del VIH/sida sobre las actitudes sexuales fue de -.64, el efecto indirecto fue de .002 y su efecto total fue de -.63 ($\beta = -.19, p < .05$).

También se observó que la responsabilidad con la salud sexual y los estereotipos de género en el comportamiento sexual predicen apoyo comunitario, que, a su vez, influye en la negociación del uso del condón (tabla 35). El efecto directo de la responsabilidad con la salud sexual sobre el apoyo comunitario fue .33, el efecto indirecto fue de -.01 y el efecto total fue de .31 ($\beta = .22, p < .01$). El efecto directo y total de los estereotipos sobre apoyo comunitario fue de .30 y significativo ($\beta = .20, p < .05$).

Tabla 35*Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del quinto objetivo específico*

Predictor	Respuesta	Efecto directo	Efecto indirecto	Efecto total	β	χ^2	CFI	TLI	RMSEA
Conciencia	Estereotipo	.099	—	.099	.029	890.09	.909	.801	.052
	Actitudes sexuales	-.640*	.002	-.638	-.196	$p < .01$			
	Apoyo comunitario	-.307	.023	-.284	-.058				
	Negociación	.014	-.084	-.069	.005				
	Autoeficacia	-.099	-.045	-.144	-.026				
Responsabilidad	Estereotipo	-.051	—	-.051	-.053				
	Actitudes sexuales	.264**	-.001	.263	.292				
	Apoyo comunitario	.331**	-.012	.318	.226				
	Negociación	.210**	.052	.263	.276				
	Autoeficacia	.120	.238	.358	.116				
Estereotipo	Actitudes sexuales	.015	—	.015	.016				
	Apoyo comunitario	.308*	—	.308	.203				

*Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, β = Beta**(continúa)*

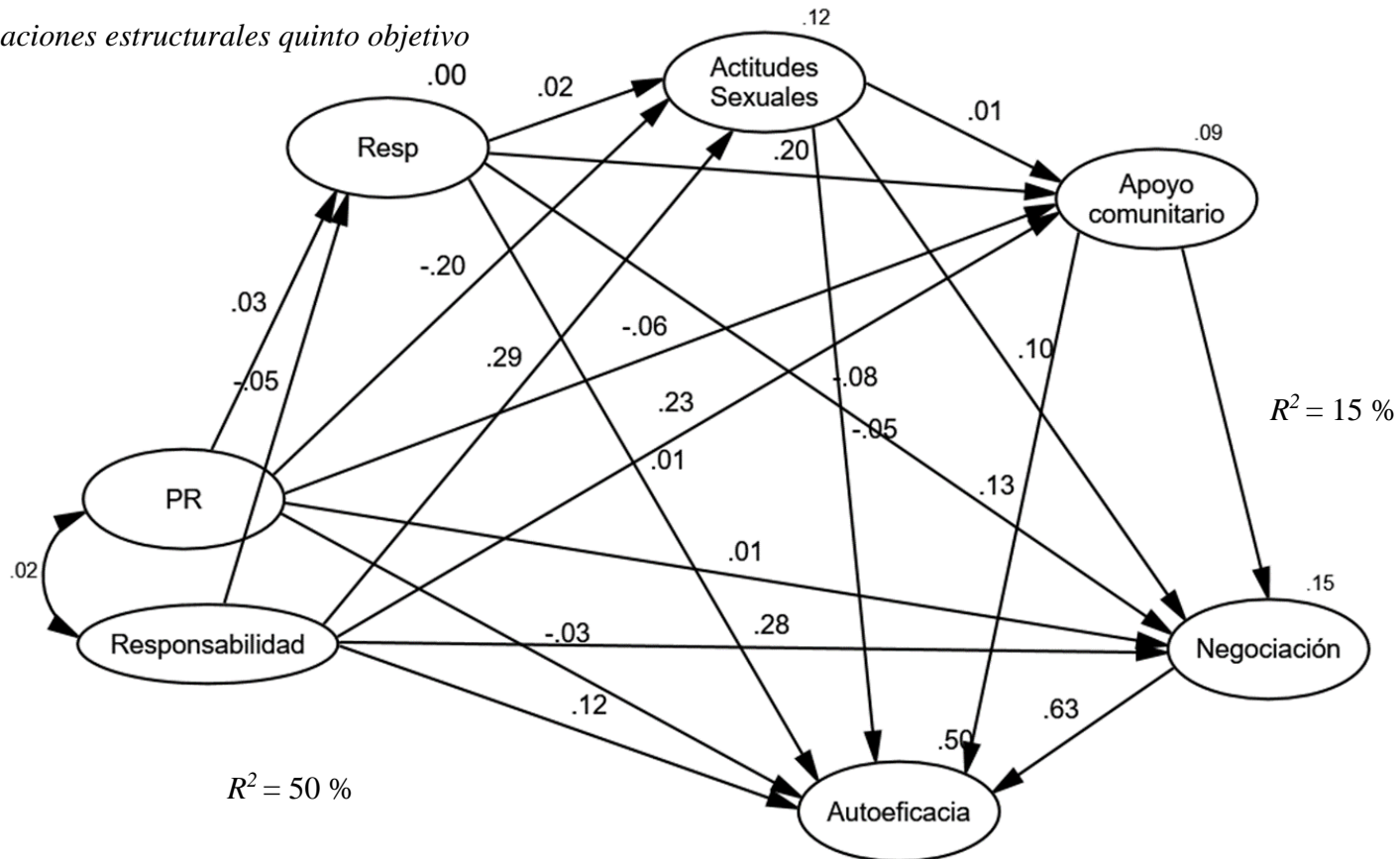
Tabla 35*Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del quinto objetivo específico (continuación)*

Predictor	Respuesta	Efecto directo	Efecto indirecto	Efecto total	β	x^2	CFI	TLI	RMSEA
	Negociación	-.063	.027	-.035	-.079				
	Autoeficacia	.012	-.002	.010	.011				
Actitudes sexuales	Apoyo comunitario	.012	—	.012	.008				
	Negociación	.083	.001	.084	.099				
	Autoeficacia	-.063	.073	.011	-.055				
Apoyo comunitario	Negociación	.085*	—	.085	.163				
	Autoeficacia	.094*	.073	.167	.132				
Negociación	Autoeficacia	.856**	—	.856	.628				

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, β = Beta

Figura 16

Modelo de ecuaciones estructurales quinto objetivo



Nota. El análisis de senderos muestra las asociaciones entre la conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual sobre negociación del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro, mismos que son mediados por estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales y apoyo comunitario.

Objetivo general.

El objetivo general del estudio buscó determinar las interrelaciones y efectos directos e indirectos de las propiedades de la transición, los facilitadores e inhibidores personales, comunidad e indicadores del proceso sobre la conducta sexual de mujeres migrantes en tránsito. El modelo hipotético estuvo conformado por 11 variables latentes ($\chi^2 = 3761.93$, $p < .01$; $CFI = .78$, $TLI = .77$, $RMSEA = .05$), sin embargo, los índices de bondad de ajuste no fueron adecuados, por lo que se realizó una serie de análisis para eliminar aquellas relaciones que no fuesen significativas y evaluar su pertinencia en el modelo final (tabla 36).

Tabla 36

Coefficientes e índices de bondad de ajuste del modelo inicial del objetivo general

	Estimación	χ^2	CFI	TLI	RMSEA
Conducta Sexual <= Responsabilidad	.151	3761.939,	.789	.773	.059
Conducta Sexual <= Conciencia	-.048	$p < .01$			
Conducta Sexual <= PR	.240				
Conducta Sexual <= Resp	-.042				
Conducta Sexual <= Confianza	-.033				
Conducta Sexual <= Actitudes sexuales	-.032				
Conducta Sexual <= Conocimiento	.121				
Conducta Sexual <= Apoyo comunitario	-.013				
Conducta Sexual <= Negociación	.154*				
Conducta Sexual <= Autoeficacia	.247**				

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, <= Coeficiente

El modelo final del objetivo general estuvo conformado por ocho variables latentes, sin embargo, los índices de bondad de ajuste estuvieron por debajo de los parámetros aceptables, por lo que se realizó una serie de análisis como eliminar efectos no significativos o variables que mostraran una correlación múltiple al cuadrado $< .1$

para mejorar su ajuste. El modelo final se confirmó con los índices de bondad de ajuste que, pese a ser relativamente bajos, permitieron explicar el 46 % de la varianza total de la conducta sexual ($\chi^2 = 1885.26$, $p < .01$; $CFI = .84$, $TLI = .83$, $RMSEA = .05$).

Dentro de los resultados se encontró que, de las propiedades de la transición, la la responsabilidad con la salud sexual y los indicadores de proceso, presentaron efectos significativos sobre la conducta sexual (figura 17). El efecto directo y total de la responsabilidad con la salud sexual con conducta sexual fue de .11 ($\beta = .21$, $p < .05$). El efecto directo y total de la negociación del uso del condón hacia la conducta sexual fue de .15 ($\beta = .21$, $p < .05$). El efecto directo y total de la autoeficacia para el sexo seguro sobre la conducta sexual fue de .24 ($\beta = .45$, $p < .01$).

Se puede observar que la autoeficacia para el sexo seguro ($\beta = .45$) es el mayor predictor de la conducta sexual seguido de la negociación del uso del condón y la responsabilidad con la salud sexual ($\beta = .21$) con significancia estadística. Cabe destacar que, pese a que no se observaron efectos directos significativos de los estereotipos de género en el comportamiento sexual, apoyo comunitario y actitudes sexuales hacia la conducta sexual, las covarianzas resultaron significativas para explicar el 46 % de la varianza total del modelo (tabla 37).

Tabla 37

Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del objetivo general

Predictor	Respuesta	Efecto directo	Efecto indirecto	Efecto total	β	CFI	TLI	$RMSEA$
Responsabilidad	Conducta Sexual	.118*	—	.118	.211	.846	.830	.056
PR	Conducta Sexual	.229	—	.229	.113			
Resp	Conducta Sexual	-.071	—	-.071	-.085			

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, β = Beta, <= Coeficientes

(continúa)

Tabla 37

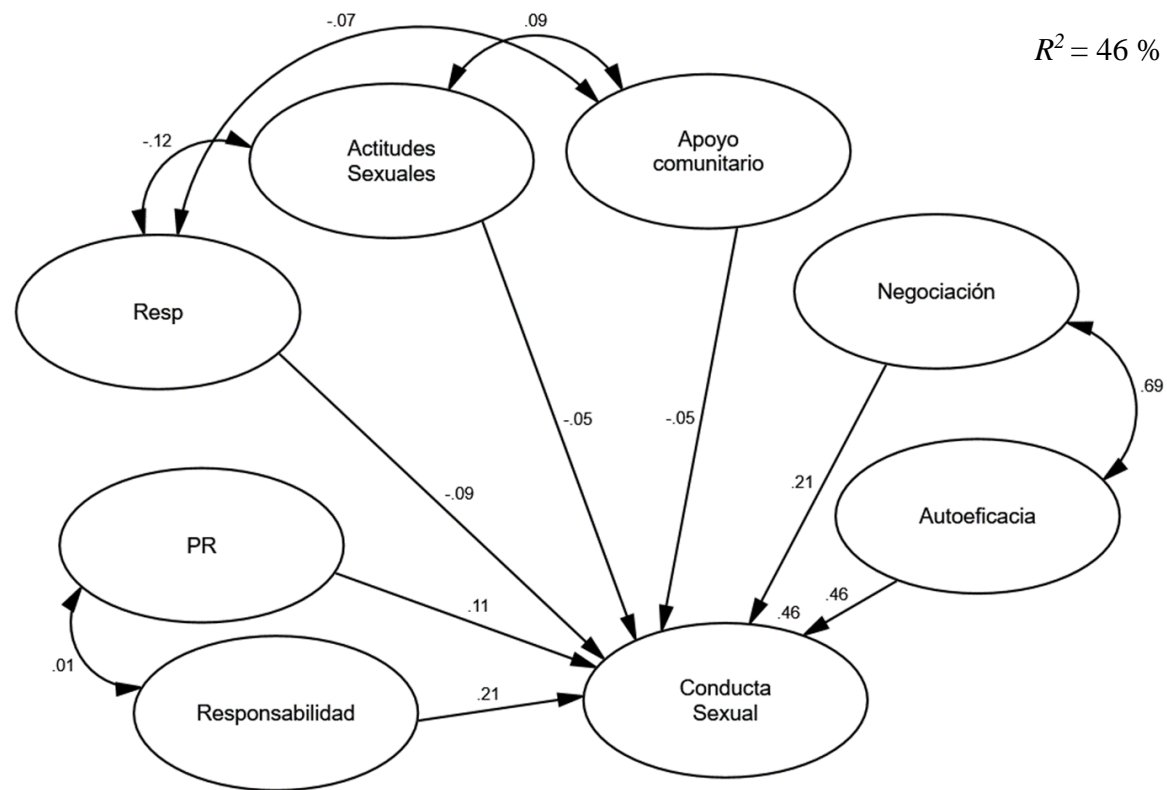
Efectos directos, indirectos y totales e índices de bondad de ajuste del modelo final del objetivo general (continuación)

Predictor	Respuesta	Efecto directo	Efecto indirecto	Efecto total	β	CFI	TLI	RMSEA
Actitudes sexuales	Conducta Sexual	-.030	—	-.030	-.051			
Negociación	Conducta Sexual	.152*	—	.152	.211			
Autoeficacia	Conducta Sexual	.247**	—	.247	.456			

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, β = Beta, <= Coeficientes

Figura 17

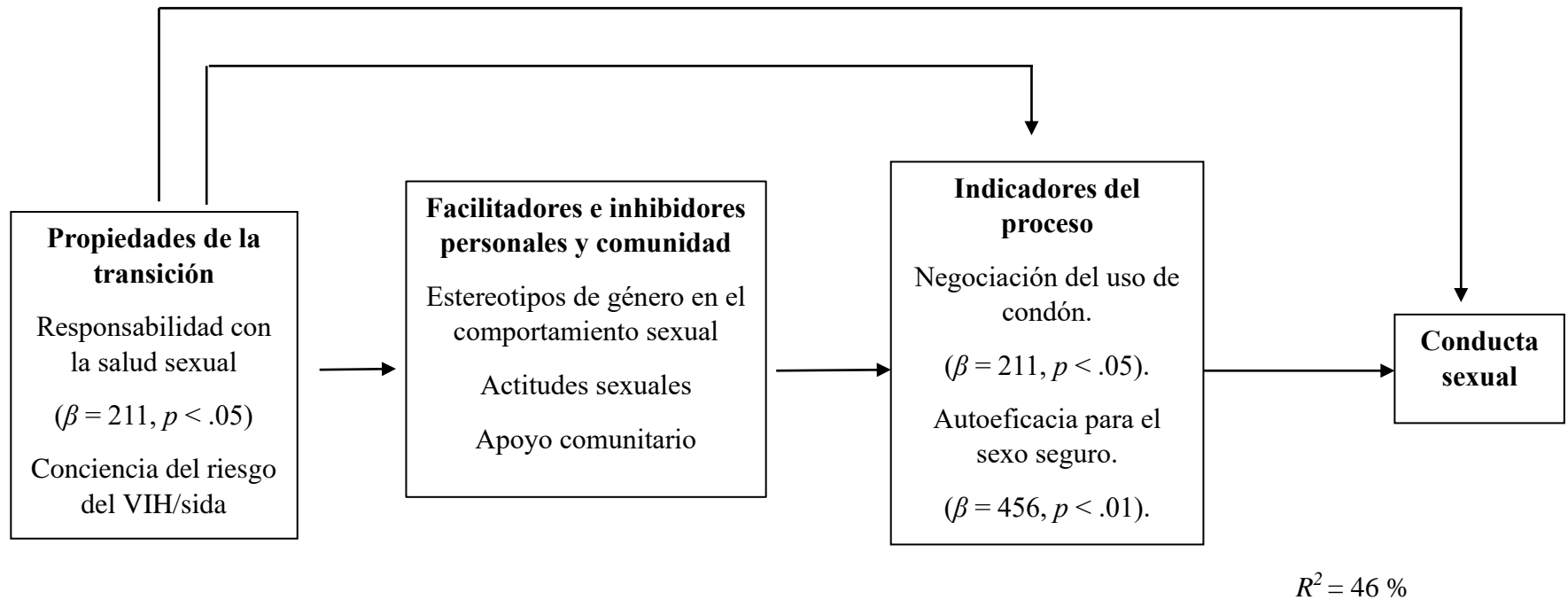
Modelo de ecuaciones estructurales objetivo general



Nota. El análisis de senderos muestra las asociaciones en el objetivo general de la conciencia del riesgo del VIH/sida, responsabilidad con la salud sexual, estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales y apoyo comunitario, negociación del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro sobre la conducta sexual.

Figura 18

Modelo de la Teoría de situación específica de conductas sexuales de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México



Nota. Se presenta esquema final del modelo de la teoría de situación específica de las conductas sexuales de mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México, en él se puede observar que, Responsabilidad con salud sexual, Negociación del uso del condón y Autoeficacia para el sexo seguro tiene un efecto predictivo sobre la conducta sexual.

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio de investigación tuvo por objetivo probar de manera empírica un modelo adecuado para la Teoría de situación específica de conductas sexuales de mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México. A continuación, se discuten los resultados obtenidos en los objetivos específicos y general, posteriormente se presentan las limitaciones de este estudio, conclusiones y recomendaciones en función de los hallazgos.

En primer lugar, el primer objetivo específico, planteó establecer la asociación de las variables sociodemográficas edad, escolaridad, tiempo de migración, número de migraciones ilegales, y consumo de alcohol con las variables que integran las propiedades de la transición, los facilitadores e inhibidores personales y comunidad, indicadores del proceso y la conducta sexual en mujeres migrantes en tránsito se encontraron asociaciones significativas entre las variables sociodemográficas y las que integran el modelo de las conductas sexuales de las mujeres migrantes en tránsito.

Respecto a la edad, sólo se encontraron asociaciones significativas con los facilitadores e inhibidores personales. Se encontró que, una mayor edad se asocia a una mayor actitud de estereotipos de género en el comportamiento sexual como la creencia de que las mujeres no deben comprar condones y de que solo el hombre tiene la responsabilidad de proteger a la mujer del VIH/sida (estereotipos de género en el comportamiento sexual). Ertl et al. (2018) reportaron que las mujeres migrantes de mayor edad presentaron menos actitudes y creencias de estereotipos y roles de género tradicionales de los comportamientos de la mujer frente al hombre. Esta diferencia se pudo presentar debido al momento migratorio que reportan las mujeres de ambos estudios. La mayoría de las investigaciones en mujeres migrantes están centradas en la última fase migratoria y las mujeres se consideran a sí mismas como establecidas. De acuerdo con la literatura, las mujeres migrantes suelen presentar actitudes más liberales

en las ciudades de destino y adquieren cierto grado de aculturación, es decir, adoptan las normas de la ciudad donde se encuentran y van perdiendo ciertas actitudes y creencias de la ciudad de tránsito (Eguiluz-Cárdenas et al., 2013).

Así mismo, respecto a la edad, también se observó que, a mayor edad, las mujeres migrantes tienden a mantener mayores creencias acerca de que ciertas conductas sexuales como tener relaciones sexuales casuales, tener múltiples parejas sexuales y mayor permisividad sexual, son aceptables (actitudes sexuales). Esto es similar a Ertl et al. (2018) donde encontraron que a mayor edad las mujeres tienden a presentar conductas sexuales de riesgo tales como tener múltiples parejas sexuales, prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol y uso inconsistente del condón.

Por otro lado, Cai et al. (2013), reportaron que las mujeres jóvenes que migran suelen tener relaciones sexuales sin algún compromiso legal como el matrimonio. Una posible explicación a esto puede ser la sensación de libertad que las mujeres experimentan una vez que han llegado a la ciudad de destino o cuando se consideran como establecidas en la nueva sociedad. Respecto al artículo de Cai et al. (2013), es posible que el lugar o cultura de origen sea un factor por considerar ya que, regularmente, las mujeres que viven en zonas rurales tienen menor nivel educativo, lo que nos permite pensar que carecen de información o instrucción sobre conductas de riesgo.

En el caso de la escolaridad, se observaron asociaciones con los facilitadores e inhibidores personales y comunidad, los indicadores de proceso y la variable dependiente (conducta sexual). Se encontró que a mayor escolaridad, las mujeres migrantes cuentan con más información y conocimiento sobre el VIH/sida, las vías de transmisión y métodos preventivos (conocimiento sobre el VIH/sida), tienden a presentar con mayor frecuencia, actitudes y creencias culturales como los roles y estereotipos de género (estereotipos de género en el comportamiento sexual), presentan mayor habilidad para convencer y proponer a la pareja el uso del condón en sus relaciones sexuales y realizar prácticas que reduzcan el riesgo de adquirir el VIH/sida

(negociación del uso del condón), y realizan con mayor frecuencia prácticas sexuales que se consideran seguras en función del riesgo de adquirir el VIH/sida como el uso del condón, tener pocas parejas sexuales y tener asertividad sexual (conducta sexual).

Esto es consistente con investigaciones realizadas en contextos diferentes, por ejemplo, Huang et al. (2014) en China, encontraron que una mayor probabilidad de someterse a la prueba del VIH se asoció con un bajo nivel educativo y el uso consistente del condón. En América Latina, Ramírez-Ortiz, Rojas, Sánchez, Cano y De La Rosa (2019) encontraron que el nivel educativo fue un predictor importante en los conocimientos relacionados al VIH; así mismo, Connors et al. (2017) en su estudio con mujeres migrantes en la frontera sur de México con Guatemala, encontraron que las mujeres con mayor nivel educativo tenían mayor probabilidad de un uso inconsistente del condón, sin embargo, también se asoció con el sexo transaccional.

Además, Ravelo et al. (2019) en Estados Unidos, encontró que una mayor preparación académica se vincula a mayor conocimiento sobre el VIH y autoeficacia para negociar el sexo seguro. Como se puede observar, la escolaridad juega un papel importante para percibir riesgos sexuales, así como para identificar acciones que permitan prevenir futuros riesgos para la salud sexual, como adquirir alguna ITS. Según la teoría de Bandura (1994), el cambio de comportamiento se inicia a través del conocimiento. El conocimiento sobre el VIH y sus métodos de prevención es el primer paso hacia la prevención de futuros riesgos sexuales por lo que la educación sobre el VIH sigue siendo una estrategia importante para disminuir el riesgo de ésta (Cianelli et al., 2013).

Dentro de los facilitadores e inhibidores personales, el tiempo de migración presentó asociaciones con el conocimiento sobre el VIH/sida. Se encontró que, a mayor tiempo de migración en la ciudad de tránsito, las mujeres migrantes refieren tener más información y conocimiento sobre el VIH/sida, las vías de transmisión y métodos preventivos (conocimiento sobre el VIH/sida).

Además, de las asociaciones antes mencionadas, algunos estudios reportan asociaciones que en el presente estudio no se identificaron. Islam y Gagnon (2016) reportaron que el tiempo de residencia tuvo efectos positivos en el uso de los servicios sanitarios. Esta asociación se puede explicar debido a una mayor exposición a otras mujeres utilizan los servicios de salud para la población. Por otro lado, una disminución del uso de los servicios de salud en la ciudad de tránsito puede estar asociada a una pobre difusión o limitada oferta de los servicios sanitarios para los migrantes, especialmente para las mujeres. Los prejuicios sociales contra los centros de salud modernos y establecidos también pueden contribuir al menor uso de dichos servicios.

Las migraciones ilegales también presentaron asociaciones significativas con las variables del modelo. Se encontró que un mayor número de migraciones de forma ilegal se asocia a una mayor capacidad en las mujeres migrantes en tránsito de reconocer situaciones o comportamientos que aumenten su vulnerabilidad ante el riesgo de adquirir el VIH/sida (conciencia del riesgo del VIH/sida), menores actitudes y creencias acerca de que ciertas conductas sexuales como tener relaciones sexuales casuales, tener múltiples parejas sexuales y mayor permisividad sexual, son aceptables (actitudes sexuales) y una menor probabilidad de que las mujeres migrantes acudan y utilicen los módulos y servicios de salud que tengan en la ciudad de tránsito como asistir a consultas y realizar la prueba del VIH (apoyo comunitario), así como referir con menor frecuencia el uso de prácticas sexuales que se consideran seguras en función del riesgo de adquirir el VIH/sida como el uso del condón, tener pocas parejas sexuales y tener asertividad sexual (conducta sexual).

Islam et al. (2016) encontraron que las mujeres que migran hacia zonas urbanas tienen mayor probabilidad de usar los servicios de salud reproductiva. Ramírez-Ortiz et al. (2019) en su estudio con mujeres migrantes en Estados Unidos, lograron determinar que el tiempo de migración fue un predictor significativo para las intenciones de negociar el sexo seguro.

Rocha-Jiménez, Morales-Miranda, Fernández-Casanueva y Brouwer (2020), encontraron que las mujeres migrantes tienen un mayor consumo de sustancias, uso del condón y uso de los servicios de atención en salud. Por su parte, Ertl et al. (2018) encontraron que el tiempo de migración fue un factor determinante para las conductas sexuales de riesgo. De acuerdo con la literatura, la situación irregular de los migrantes compromete su calidad de vida sobre todo respecto a su salud y el acceso limitado a los servicios de salud (Álvarez et al., 2011). Nuestros hallazgos apoyan esta afirmación y aportan evidencia sobre las conductas de mujeres en territorio mexicano en situación irregular que además se encuentra en tránsito.

Para finalizar con el primer objetivo específico, el consumo de alcohol presentó asociaciones significativas con las propiedades de transición, los facilitadores e inhibidores personales y los indicadores de proceso. Se encontró que un mayor consumo de alcohol se asoció a un mayor tiempo de migración en la ciudad de tránsito y a una mayor capacidad de reconocer situaciones o comportamientos que aumenten la vulnerabilidad ante el riesgo de adquirir el VIH/sida (conciencia del riesgo del VIH/sida).

Así mismo, se encontró que un mayor consumo de alcohol se asoció a tener menos interés en la búsqueda de información sobre el VIH/sida y en realizar acciones que mejoren su salud sexual (responsabilidad con la salud sexual), tener menos creencias acerca de que ciertas conductas sexuales como tener relaciones sexuales casuales, tener múltiples parejas sexuales y mayor permisividad sexual, son aceptables (actitudes sexuales), tener menos habilidades para convencer y proponer a la pareja el uso del condón en sus relaciones sexuales y realizar prácticas que reduzcan el riesgo de adquirir el VIH/sida (negociación del uso del condón) así como demostrar menos habilidades y destrezas para usar correctamente el condón en las relaciones sexuales (autoeficacia para el sexo seguro).

Lo anterior es consistente con investigaciones anteriores que destacan el consumo de alcohol como un factor problemático asociado a conductas sexuales de riesgo y factores psicológicos como depresión y ansiedad en mujeres migrantes (Huang et al., 2014). Además, Zaller et al. (2014) encontraron que más del 50% de las mujeres migrantes tenían un consumo de alcohol de riesgo y un 30% reportó probable dependencia por lo que este grupo era más propenso a tener algún comportamiento de riesgo durante los últimos 6 meses.

Los hallazgos del presente estudio son consistentes con lo reportado en otras investigaciones, sin embargo, respecto a la asociación del consumo de alcohol y la conciencia del riesgo del VIH, no se encontró literatura que respalde dicho hallazgo en población migrante. Se ha demostrado que el estar expuesto a un mayor consumo de sustancias como alcohol y drogas, aumenta la probabilidad de reconocer situaciones detonantes para conductas sexuales de riesgo en distintas poblaciones vulnerables.

El segundo objetivo específico planteó determinar el efecto directo e indirecto de las propiedades de transición (conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual) sobre la conducta sexual de las mujeres migrantes en tránsito, mismo que también puede ser mediado por los facilitadores e inhibidores personales y comunidad (estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales, conocimiento sobre el VIH/sida y apoyo comunitario). El modelo final explico el 22 % de la varianza total de la conducta sexual y sus índices de bondad de ajuste fueron adecuados.

Se logró determinar que las propiedades de transición y los facilitadores e inhibidores personales presentaron efectos significativos sobre la conducta sexual. La responsabilidad con la salud sexual y los estereotipos de género, aunque éste último con dirección inversa, demostraron ser los principales predictores directos de la conducta sexual, seguidos de conciencia del riesgo del VIH/sida, apoyo comunitario y actitudes sexuales, sin embargo, éstos últimos no presentaron significancia estadística. Por otro

lado, se observó que la responsabilidad con la salud sexual predice directamente las actitudes sexuales y el apoyo comunitario. Además, la conciencia del riesgo del VIH/sida, explica directamente las actitudes sexuales con una dirección negativa.

Lo anterior indica que las mujeres migrantes en tránsito con interés en realizar acciones para mejorar su salud sexual (responsabilidad con la salud sexual) y que tengan pocas o menos creencias y actitudes culturales como la idea de que es mal visto que las mujeres compren condones y que sólo el hombre tiene la responsabilidad de proteger a la mujer del VIH/sida (estereotipos de género en el comportamiento sexual), probablemente realizarán con mayor frecuencia prácticas sexuales que se consideran seguras en función del riesgo de adquirir el VIH/sida como el uso del condón y tener pocas parejas sexuales (conducta sexual).

Así mismo, aquellas mujeres migrantes con mayor interés en la búsqueda por mejorar y/o mantener su salud sexual (responsabilidad con la salud sexual), tendrán mayor probabilidad de utilizar los servicios de salud en la ciudad de tránsito como asistir a consultas y realizar la prueba del VIH (apoyo comunitario), sin embargo, es muy posible que mantengan comportamientos sexuales permisivos como tener relaciones sexuales casuales y múltiples parejas sexuales (actitudes sexuales). Por otro lado, aquellas mujeres que tengan la capacidad de reconocer situaciones que eleven su vulnerabilidad y las coloquen en mayor riesgo para adquirir el VIH/sida (conciencia del riesgo del VIH/sida), posiblemente podrán modificar comportamientos de riesgo sexual (actitudes sexuales).

Lo anterior es consistente en investigaciones con mujeres migrantes en países occidentales. Cai et al. (2013) en su estudio con mujeres migrantes en China, encontraron que las habilidades conductuales como el deseo de obtener la promoción de la salud reproductiva y la información relacionada con la salud sexual, predicen significativamente la reducción de conductas sexuales de riesgo, además, las actitudes de motivación para practicar acciones preventivas de salud sexual y reproductiva, fueron

predictoras de la reducción de conductas sexuales de riesgo mismas que fueron mediadas por las habilidades conductuales. Respecto a los estereotipos de género, los hallazgos muestran similitudes con Ochoa y Sampalis (2014), quienes, en su estudio con mujeres migrantes latinas en Canadá, encontraron que la percepción del riesgo del VIH/sida/ITS por parte de las mujeres estaba relacionada con las relaciones de desigualdades de poder en sus relaciones sexuales, así mismo, reportaron que las mujeres que no se percibían en riesgo eran las que tenían una pareja estable en la que podían confiar.

Congruente con los artículos anteriores, el primer modelo propone que las mujeres migrantes en tránsito mantendrán conductas sexuales preventivas si existe interés sobre el cuidado de su salud sexual, mientras que el segundo modelo reporta que las actitudes y conductas culturales como la idea de que el hombre tiene un papel dominante en las relaciones, afecta significativamente la percepción del riesgo de las mujeres ante el VIH/sida.

Estos hallazgos posiblemente puedan verse afectados por el estado civil ya que la mayoría (33 %) de las mujeres migrantes que participaron en la investigación estaba casada o en unión libre (13 %), lo que es congruente con investigaciones que mencionan que las mujeres no se perciben en riesgo porque mantienen una relación monógama (Pavía-Ruz, Góngora-Biachi, Vera, Moguel, & González, 2012) y confían en sus parejas (Ibáñez et al., 2017). Por otro lado, el lugar de procedencia también juega un papel importante durante las fases de la migración. Las mujeres que participaron en la investigación también eran de procedencia latina, por lo que se puede pensar que las creencias culturales tradicionalistas sobre el género están presentes durante el tránsito y se mantienen hasta el destino.

Los factores socioculturales como las normas, los roles y estereotipos de género han sido reportados en la literatura como elementos contextuales para adquirir el VIH entre las mujeres migrantes latinoamericanas (Cianelli et al., 2013). Esta similitud puede

presentarse debido a que las creencias culturales tradicionalistas sobre el género implican la sumisión a las decisiones, los deseos y el poder de la mujer hacia el hombre, como resultado, esta situación inhibe su capacidad y habilidad para insistir en la adopción de medidas de sexo seguro como el uso del condón (Hernández, Zule, Karg, Browne & Wechsberg, 2012).

El tercer objetivo específico planteó analizar el efecto directo e indirecto de las propiedades de transición (conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual) sobre la conducta sexual de las mujeres migrantes, mismo que también puede ser mediado por los indicadores de proceso (negociación del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro). El modelo final explicó el 38 % de la varianza de la conducta sexual con índices de bondad de ajuste aceptables.

Se observó que las propiedades de transición y los indicadores del proceso presentaron efectos significativos sobre la conducta sexual. La negociación del uso del condón y la responsabilidad con la salud sexual establecieron las principales contribuciones explicativas directas de la conducta sexual, seguidas de la conciencia del riesgo del VIH/sida, sin embargo, ésta última no fue significativa. Se observó también que la responsabilidad con la salud sexual explica directamente la negociación del uso del condón, que, a su vez, influye directamente sobre la conducta sexual. No se observaron efectos significativos de la conciencia del riesgo del VIH/sida.

Lo anterior indica que las mujeres migrantes en tránsito con la habilidad de proponer a su pareja el uso de prácticas sexuales seguras como el uso del condón (negociación del uso del condón) y que demuestren interés en preservar su salud sexual (responsabilidad con la salud sexual), tienen mayor probabilidad de modificar comportamientos sexuales que se consideran de riesgo ante el VIH como el uso inconsistente del condón, tener múltiples parejas sexuales y tener relaciones sexuales bajo la influencia de sustancias como el alcohol antes, durante y después de las relaciones sexuales (conducta sexual).

Así mismo, se puede decir que aquellas mujeres migrantes que tengan interés en preservar su salud sexual (responsabilidad con la salud sexual), tendrán mayor probabilidad de modificar ciertos comportamientos sexuales que se consideran de riesgo ante el VIH (conducta sexual) a través de las habilidades para proponer prácticas sexuales seguras (negociación del uso del condón).

Se tiene evidencia de que se han considerado estas variables en mujeres migrantes, principalmente durante los primeros años en los que se establecen en la ciudad de destino. Por ejemplo, Ravelo et al. (2021) en Estados Unidos, encontraron que las mujeres que tienen confianza para practicar conductas sexuales preventivas para el VIH son aquellas que tienen conocimientos sobre el VIH y conocen métodos preventivos, por lo que presentan mejores habilidades para negociar el sexo seguro.

Estos hallazgos sugieren que cuando las mujeres migrantes reciben cierta instrucción relacionada a riesgos sexuales, tendrán mayor probabilidad de realizar acciones preventivas, como proponer el uso del condón con sus parejas. Considerando que, pese a que el conocimiento relacionado con el VIH no figuró dentro de los modelos, se observaron asociaciones con la mayoría de las variables del modelo, sin embargo, fueron bajas. Por lo que se considera importante buscar estrategias para incluir a esta variable, como buscar algún instrumento más adecuado para esta población.

Así mismo, Shen et al (2019) encontraron que las habilidades de comportamiento sobre el uso del condón influyen directamente sobre el uso consistente del condón, mientras que la motivación participa significativamente como mediador y contribuye al uso consistente del mismo. Si bien, los análisis explicativos y de mediación son relativamente recientes en esta población, las habilidades de negociación o autoeficacia para el uso del condón han sido estudiadas con anterioridad en poblaciones con características semejantes a las del presente estudio. Por ejemplo, Peragallo et al. (2019) demostraron la importancia de integrar las habilidades de negociación como parte de la

metodología de intervenciones culturales dirigidas a identificar comportamientos de riesgo de VIH/ITS entre las mujeres hispanas.

El cuarto objetivo específico estableció conocer el efecto directo e indirecto de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad (estereotipos de género, actitudes sexuales, conocimiento sobre el VIH/sida y apoyo comunitario) sobre la conducta sexual, que también pueden ser mediados por los indicadores del proceso (negociación del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro). El modelo final explicó el 32% de la varianza total de la conducta sexual. Se observó que ninguno de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad mostraron efectos predictivos significativos sobre la conducta sexual. Sin embargo, sí se observó un efecto significativo de apoyo comunitario sobre la negociación del uso del condón, que, a su vez, explica la conducta sexual de las mujeres migrantes en tránsito.

Lo anterior indica que las mujeres con habilidades para proponer a su pareja realizar prácticas que reduzcan el riesgo de adquirir el VIH/sida (negociación del uso del condón) y utilizan los servicios de salud en la ciudad de tránsito como asistir a consultas y realizar la prueba del VIH (apoyo comunitario), tendrán mayor probabilidad de modificar ciertos comportamientos sexuales que se consideran de riesgo ante el VIH (conducta sexual). Así mismo, se indica que las mujeres migrantes que acudan a recibir atención médica y utilicen los servicios de salud de la ciudad de tránsito (apoyo comunitario), mejorarán las habilidades para proponer a su pareja el uso del condón como medida para reducir el riesgo de adquirir el VIH/sida (negociación del uso del condón), y así, modificar ciertos comportamientos sexuales que se consideran de riesgo ante el VIH (conducta sexual).

Lo anterior es consistente con otras investigaciones que abordan que el uso de los servicios de salud tiene un impacto en las conductas sexuales de las mujeres migrantes. Brito, Landmann, Nogueira y Costa (2019) encontraron que factores como uso de servicios de salud públicos y privados, uso consistente de condón, escolaridad, vivir con

la pareja y tener un empleo, aumentan la probabilidad de tomar medidas preventivas como realizarse la prueba de VIH. Giorgio et al. (2017) reportaron que las mujeres con poco apoyo social tenían mayor percepción de ser VIH positivo. Así mismo, Limousi et al. (2017) encontraron que, para las mujeres, las relaciones sexuales casuales y múltiples parejas se asocian a una mayor probabilidad de acudir a realizarse la prueba de VIH.

Estas similitudes se pueden explicar debido a que las mujeres con mayor confianza en sus habilidades para realizar prácticas sexuales preventivas presentan mejores habilidades para negociar el sexo seguro, principalmente por la presencia de conocimientos suficientes relacionados al VIH (Ravelo et al., 2021). Por otro lado, también es importante considerar la accesibilidad que las mujeres migrantes perciben en la ciudad de tránsito, ya que en la literatura se reporta que las barreras más comunes para acceder a servicios de atención en salud como ir a realizarse la prueba de VIH, son las distancias de los centros de salud, sentirse incomoda al buscar realizarse la prueba y la falta de percepción del riesgo (Montgomery et al., 2020).

Además, de lo antes mencionado, algunos estudios reportan asociaciones que en el presente estudio no se identificaron. Por ejemplo, la literatura menciona asociaciones significativas entre factores culturales como normas, roles y estereotipos de género y las conductas sexuales; además, las identifican tanto como protectoras y de riesgo. Ramírez-Ortiz et al. (2019) reportaron que los roles de género tradicionales como el auto silenciamiento derivado de la sumisión, se asocian inversamente con los conocimientos relacionados al VIH, transmisión, prevención y consecuencias negativas mientras que actitudes igualitarias se asocian a mayor conocimiento sobre el virus, las vías de transmisión y métodos de prevención.

Deardorff et al. (2013), reportaron que cuanto más creían las mujeres que las conversaciones sexuales eran impropias, se elevaba el riesgo de conductas sexuales desprotegidas y le atribuían mucho valor a la virginidad femenina. Ravelo et al. (2021) encontraron que cuando las mujeres tienen más actitudes igualitarias de género,

presentan mayor capacidad predictiva para la autoeficacia del VIH, así como el conocimiento sobre el VIH y habilidades de negociación de sexo seguro.

Así mismo, también se destaca que el conocimiento es un factor que interviene sobre las conductas sexuales de mujeres hispanas que han migrado. Según la teoría de Bandura (1994), el cambio de comportamiento se inicia a través del conocimiento, por lo que el conocimiento sobre el VIH y sus métodos de prevención es el primer paso hacia la prevención de futuros riesgos sexuales (Cianelli, et al., 2013; Peragallo, et al., 2019).

El quinto objetivo específico permitió analizar el efecto directo e indirecto de las propiedades de la transición (conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual) sobre los indicadores del proceso (negociación del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro), mismo que también puede ser mediado por los facilitadores e inhibidores personales (estereotipos de género, actitudes sexuales y conocimiento sobre el VIH/sida) y comunidad (apoyo comunitario). Los hallazgos demuestran que las propiedades de la transición influyen sobre los indicadores del proceso directamente y a través de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad.

El modelo final explicó el 50 % de la varianza de la autoeficacia para el sexo seguro y el 15 % para la negociación del uso del condón. Así mismo se encontró que la responsabilidad con la salud sexual y apoyo comunitario fueron los principales predictores de la negociación del uso del condón y la autoeficacia para el sexo seguro. Además, se observó que tanto la responsabilidad con la salud sexual y la conciencia para el sexo seguro, son predictoras de las actitudes sexuales, sin embargo, éste último, mostró un efecto significativo inverso

También se observó que la responsabilidad con la salud sexual y los estereotipos de género en el comportamiento sexual predicen el apoyo comunitario, que, a su vez, influye en la negociación del uso del condón. Giorgio et al. (2017) reportaron que las mujeres con poco apoyo social presentan mayor percepción de ser VIH positivo. Ravelo

et al. (2021) en Estados Unidos, encontró que las mujeres que tienen confianza para practicar conductas sexuales preventivas tienen conocimientos sobre el VIH y conocen métodos preventivos, por lo que presentan mejores habilidades para negociar el sexo seguro.

Los resultados de este estudio aportan diversos resultados al creciente cuerpo de literatura sobre variables como apoyo comunitario y responsabilidad con la salud sexual, así como con aquellas de comportamientos preventivos ante el VIH. Por otra parte, es importante considerar que el apoyo comunitario percibido durante momentos que las mujeres migrantes en tránsito consideren más vulnerables, actúe como un factor protector ante el riesgo de adquirir el VIH (Tan et al., 2016), así como promover intervenciones que integren las habilidades de negociación como variables preventivas de conductas de riesgo sexual.

Finalmente, el objetivo general del presente estudio planteó determinar las interrelaciones y efectos directos e indirectos de las propiedades de la transición (conciencia del riesgo del VIH/sida y responsabilidad con la salud sexual), los facilitadores e inhibidores personales, comunidad (estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales, conocimiento sobre el VIH/sida y apoyo comunitario) y los indicadores del proceso (negociación del uso del condón y autoeficacia para el sexo seguro) sobre la conducta sexual.

El modelo final explicó el 46 % de la varianza total de la conducta sexual y, pese a que los índices de bondad de ajuste son relativamente bajos, los efectos que se reportaron resultaron significativos para la conducta sexual. Se observó que las propiedades de transición y los indicadores de proceso presentaron efectos significativos sobre la conducta sexual. Autoeficacia para el sexo seguro, negociación del uso del condón y responsabilidad con la salud sexual realizaron las principales contribuciones explicativas directas de la conducta sexual, seguidas de conciencia del riesgo del VIH,

estereotipos de género en el comportamiento sexual, actitudes sexuales y apoyo comunitario, sin embargo, los efectos de estos último no fueron significativos.

Lo anterior indica que las mujeres migrantes en tránsito con interés en buscar información sobre el VIH/sida y en realizar acciones que mejoren su salud sexual (responsabilidad con la salud sexual), que manifiesten habilidades para convencer y proponer a la pareja el uso del condón en sus relaciones sexuales (negociación del uso del condón) y que además, sepan colocar correctamente el condón (autoeficacia para el sexo seguro), tienen mayor probabilidad de realizar prácticas sexuales que se consideran seguras en función del riesgo de adquirir el VIH/sida (conducta sexual).

Esto es consistente con investigaciones en mujeres migrantes en diferentes contextos culturales como China y Estados Unidos. Shen et al. (2019) encontró que las habilidades de comportamiento como la capacidad de convencer a la pareja sobre prácticas de sexo seguro (el uso del condón) y los factores psicológicos y personales como la depresión y la autoestima, influyen directamente en conductas sexuales preventivas como el uso consistente del condón. Cai et al. (2013) encontraron que las habilidades conductuales como la autoeficacia predicen la disminución de conductas sexuales de riesgo en las mujeres migrante; además, probaron que la motivación fue el predictor más significativo en la disminución de las conductas sexuales de riesgo. French y Holland (2013) encontraron una asociación significativa entre la autoeficacia en el uso del condón y el uso de estrategias de negociación asertiva para el uso de este.

Existen diversas similitudes entre los autores anteriores y la presente investigación; primeramente, en todos los casos se intentó probar un modelo basado en la teoría para explicar y predecir comportamientos sexuales como el uso consistente del condón y la disminución de conductas sexuales y reproductivas de riesgo en mujeres migrantes, obteniendo predictores y mediadores significativos. Además, las variables que resultaron significativas en cada uno son similares a las del presente estudio como negociación y autoeficacia.

La diferencia más significativa que se puede observar es el momento migratorio en el que están situadas las investigaciones. Existe evidencia que aborda características sexuales como el desarrollo de habilidades de autoeficacia para el VIH en las etapas finales como el destino o retorno (Cianelli et al., 2017), lo que aumenta la posibilidad de adoptar conductas sexuales de riesgo en las primeras etapas de la migración (Capurchande, Coene, Schockaert, Macia & Meulemans, 2016) como el tránsito.

Por otro lado, pese a que la mayoría se reconoció en fase de tránsito, muchas de las participantes tenían más de seis meses residiendo en la ciudad, lo que posiblemente influyó para la búsqueda de un trabajo dando como resultado tener un ingreso económico y algún tipo de atención médica en el periodo de tránsito. Existen investigaciones en mujeres migrantes que mencionan que, al migrar a zonas más urbanizadas, las mujeres migrantes adquieren mayor conocimiento e información sobre ITS, especialmente el VIH/sida (Cai et al., 2013). Así mismo, estos factores como el ingreso y el empleo pueden ser detonantes para sentirse con mayor libertad hacia actitudes sexuales más permisivas como el sexo casual y aumentan la seguridad del uso del condón (Cai et al., 2013)

Además, de las asociaciones antes mencionadas, algunos estudios reportan asociaciones que en el presente estudio no se identificaron. Por ejemplo, respecto a asociaciones con el acceso y servicios de salud comunitarios, Ross et al. (2019) encontraron asociaciones entre barreras estructurales como el temor a ser descubiertos por autoridades migratorias y la atención en salud como las pruebas de VIH y citas médicas. La evidencia muestra que, para los migrantes, usar los recursos de salud en general tiene beneficios positivos en su calidad de vida, por lo que se puede pensar que también influye positivamente en su capacidad tanto de reconocer situaciones de riesgo como aquellas medidas preventivas respecto a su salud sexual (Ramos, Ferreira-Pinto, Rusch & Ramos, 2010)

Por otro lado, con relación a factores culturales como los estereotipos de género, Ertl et al. (2018) encontraron que los factores culturales como el marianismo, fueron determinantes para los comportamientos sexuales de riesgo de las mujeres migrantes latinas. Ramírez-Ortiz et al. (2019) encontraron que los roles de género tradicionales como el auto silenciamiento derivado de la sumisión, se asocia a baja autoeficacia para la prevención del VIH; mientras que mayores actitudes igualitarias se asocian a mayor confianza en conductas preventivas hacia el VIH.

Así mismo, Ravelo et al. (2019) encontraron que una mayor autoeficacia relacionada al VIH se asociaba directamente con la autoeficacia para el sexo seguro. Los estudios anteriores muestran que las dinámicas socioculturales como las normas, los roles de género y la falta de poder han sido reportadas como factores de riesgo contextuales para el VIH entre las mujeres latinas (Cianelli et al., 2013).

Pese a que no se presentaron efectos significativos de los estereotipos de género en el comportamiento sexual en el modelo final del presente estudio, se pueden observar asociaciones significativas inversas en el análisis de correlación. Es decir, aquellas mujeres migrantes con mayores estereotipos de género en el comportamiento sexual presentaron menos actitudes sexuales, menor conocimiento sobre el VIH y menores habilidades de negociación del uso del condón.

Cabe destacar que se considera que las asociaciones mencionadas anteriormente son muy bajas y posiblemente eso explica el hecho de que no fue suficiente el efecto hacia alguna de las variables del modelo final; sin embargo, resaltan la importancia de continuar con investigaciones enfocadas en factores culturales como los estereotipos, roles o normas de género y en el conocimiento sobre el VIH, especialmente en las mujeres, ya que por ejemplo, al igual que en el estudio de Ross et al. (2019) los estereotipos pueden condicionar la toma de decisión en función de acudir y usar los servicios de salud, dando como resultado, la disminución en la capacidad de realizar

comportamientos preventivos como la autoeficacia para el sexo seguro (Ramírez-Ortiz et al., 2019).

Limitaciones

Es importante destacar que la presente investigación presentó limitaciones en su desarrollo. Por ejemplo, dentro de la literatura, existen diversas posturas respecto a los elementos necesarios para el desarrollo de una teoría de situación específica en enfermería que, además de considerar aspectos de cuidado integral, aborde situaciones sociales como la migración. Por lo que se sugiere continuar utilizando la teoría de las transiciones dentro de la rama de enfermería sobre todo para aquellas poblaciones en constante cambio y movimiento como los migrantes.

Por otro lado, al no contar con evidencia suficiente que permitiera abordar adecuadamente los conceptos utilizados y el análisis estadístico planeado, se limitó a lo descrito por la teoría y a dos modelos recientes encontrados en la literatura, sin embargo, éstos eran diferentes respecto a la fase migratoria y a la especificación por género de los migrantes.

En el aspecto metodológico, debido a situaciones extraordinarias como la contingencia por COVID-19, no fue posible realizar un muestreo sistematizado en la recolección y la muestra fue menor a lo esperado. Sin embargo, al observar otras investigaciones en población de mujeres migrantes, se observaron similitudes del tamaño muestral. Respecto a los instrumentos y la forma empleada de recoger la información, es decir, auto aplicados, y a su situación de tránsito, es posible que algunas de las mujeres migrantes no hayan sido completamente honestas con sus respuestas. Por otro lado, la escasa literatura disponible acerca de instrumentos de índole sexual validados en mujeres migrantes dificultó la elección de instrumentos adecuados y culturalmente adaptados. Respecto a los resultados, los datos fueron recabados solamente en una ciudad fronteriza del país, por lo que no se pueden generalizar los hallazgos con todas las mujeres migrantes de la frontera.

En el análisis estadístico, se limitó únicamente a los efectos propuestos en los objetivos derivados de la teoría, sin embargo, si se considera la cantidad de variables, es posible que existan asociaciones diferentes a las reportadas en este estudio.

Conclusiones

Se puede concluir que las propiedades de transición influyen en los facilitadores e inhibidores personales y comunidad, por lo que una mujer migrante en tránsito que tiene interés por cuidar y mantener su salud sexual y que, además, conserva actitudes y creencias culturales respecto al comportamiento apropiado de las mujeres, posiblemente presentará cambios en sus conductas sexuales durante el tránsito. Además, aquellas mujeres migrantes que reconozcan situaciones que eleven su vulnerabilidad ante el VIH/sida y demuestren interés en mantener su salud sexual, posiblemente presentarán cambios en los comportamientos de permisividad sexual en la ciudad de tránsito, sin embargo, pese a reconocerse en riesgo, solo aquellas que les interese mantener su buena salud sexual, buscarán los servicios de atención médica disponibles en la ciudad de tránsito.

Así mismo, se concluye que a través de los indicadores del proceso de transición se puede observar si una transición se dirige hacia la salud o la enfermedad, por lo que una mujer migrante que reconoce situaciones que elevan la vulnerabilidad ante el riesgo de adquirir el VIH y demuestra interés en la búsqueda de mejorar su salud sexual, a través de habilidades preventivas como proponer a su pareja el uso del condón, tendrá mayores posibilidades de realizar conductas sexuales que sean seguras. Además, solo aquellas mujeres migrantes que demuestren interés en mantener y mejorar su salud sexual podrán mejorar sus habilidades para convencer a su pareja de utilizar condón en sus relaciones sexuales.

Por otro lado, se observa que a través de los indicadores del proceso es posible determinar el efecto de los facilitadores e inhibidores personales y comunidad sobre la conducta sexual; por lo que las mujeres migrantes con ciertas actitudes de permisividad

sexual, que utilicen los servicios de salud de la comunidad de tránsito, tendrán mejores posibilidades de proponer y convencer a su pareja de usar el condón en las relaciones sexuales.

Además, se concluye que aquellas mujeres migrantes que demuestren interés en mantener su salud sexual probablemente tendrán mejores habilidades para convencer y usar correctamente el condón en sus relaciones sexuales. Así mismo, aquellas que tengan la capacidad para reconocer situaciones de riesgo ante el VIH/sida y demuestren interés en mejorar su salud sexual, posiblemente podrán modificar comportamientos de permisividad sexual. Por otro lado, las mujeres migrantes con interés en cuidar su salud sexual y mantengan actitudes y creencias culturales respecto al comportamiento apropiado de la mujer, tendrán mayor probabilidad de utilizar los servicios de atención médica en la ciudad de tránsito y así, modificaran sus habilidades de proponer y utilizar el condón correctamente.

Por último, fue posible probar de manera empírica el modelo de la teoría de situación específica de las conductas sexuales de mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México. Se pudo probar que, que al menos una variable de cada constructo de la teoría fue predictora de la conducta sexual. No obstante, a pesar de que múltiples variables del modelo no presentaron efectos significativos directos sobre la variable resultado, las variables que componen al modelo general explican el 46 % de la varianza total. Esta evidencia pone de manifiesto que, el fenómeno de las conductas sexuales puede abordarse desde la perspectiva de un modelo conceptual y ser analizado a través de estadísticos causales como los modelos de ecuaciones estructurales y conocer sus efectos predictivos.

Recomendaciones

Se recomienda replantear algunas variables del modelo, es decir, eliminar variables que no resultaron significativas y agregar nuevas como lo sugiere la literatura. En el caso de la variable de estereotipos de género en el comportamiento sexual, se

sugiere reflexionar sobre los conceptos de estereotipos de género, roles de género y normas de género, ya que puede existir confusión en las participantes respecto a preguntas relacionadas a estos conceptos. Por lo que se sugiere, una revisión del instrumento y considerar sustituirlo por otro más adecuado. Respecto a la variable de apoyo comunitario, se sugiere reemplazarla por una más específica, es decir, apoyo social, apoyo emocional o de instrucción relacionado a ITS/VIH, esto probablemente pueda aportar mejores resultados y relaciones con el resto de las variables.

Respecto a la variable de conocimiento sobre el VIH, se sugiere una revisión y actualización de este instrumento o sustituirlo por uno más adecuado que haya sido probado en población con características semejantes. Principalmente por la importancia de la variable dentro de futuras intervenciones de enfermería. Por otro lado, respecto a los facilitadores e inhibidores de comunidad, se sugiere considerar integrar otras variables sociales como discriminación y violencia, que permitan conocer la influencia de la condición migratoria en esta población, así como variables psicológicas como estrés, ansiedad o depresión. Lo anterior, debido a que han demostrado tener efectos significativos en población de mujeres migrantes en diferentes contextos y sus conceptos se ajustan a lo descrito en la teoría de las transiciones.

En el aspecto metodológico, pese a que se puede pensar que el uso de encuestas electrónicas agiliza el trabajo de recolección, esta estrategia no resultó adecuada para este grupo específico, principalmente debido a cuestiones socioeconómicas ya que la mayoría de las mujeres migrantes no contaban con un dispositivo móvil o electrónico para responder las encuestas, además, se observó que el hecho de que el investigador principal estuviera presente, las mujeres mostraban mejor empatía por participar y manifestaban mayor curiosidad por tener información sobre el tema.

Respecto al tamaño muestral, se sugiere intentar ampliar el alcance con participantes de otras ciudades fronterizas, para poder brindar resultados generalizados. Se recomienda continuar realizando estudios con esta población, dada la escasez de

literatura referente al comportamiento sexual de las mujeres migrantes, particularmente de las zonas fronterizas del país y que, además, tengan la capacidad de demostrar asociaciones y causalidad a través de resultados cuantitativos

Por otro lado, es importante considerar criterios específicos respecto a la fase de tránsito migratorio. Lo anterior debido a que un mayor tiempo de residencia en la ciudad puede mermar o la percepción de las participantes y a su vez sesgar sus respuestas frente a preguntas de índole sexual, cultural, violencia o discriminación. Es importante contemplar también los lineamientos migratorios que se presenten durante el desarrollo de los estudio, ya que, durante el desarrollo del presente estudio, el gobierno de la frontera sur de Estados Unidos mantuvo fuertes restricciones en el tema de migración durante más de dos años, situación que llevo a muchos migrantes a decidir viajar hacia otra ciudad, regresar a su ciudad de origen o establecerse en las ciudades de tránsito y esperar cualquier modificación respecto a su situación legal. Ahora bien, si pensamos que el tiempo de tránsito se considera de entre 6 a 12 meses, esta población ya no cumplía con este criterio.

Así mismo se sugiere incorporar estudios con enfoque cualitativo con el fin de observar el fenómeno desde distintos contextos y puntos de vista. Así mismo, se sugiere buscar fuentes de financiamiento que ayuden a implementar pruebas diagnósticas como la del VIH y se propone la creación de grupos de profesionales de la salud con enfoque en la salud sexual y reproductiva de la mujer que aborde grupos de mayor vulnerabilidad como las mujeres migrantes y con ello, contribuir a mejorar los indicadores de salud por medio de intervenciones que incluyan atención médica, así como educación, promoción y prevención para la salud sexual.

Se sugiere también dar difusión a los hallazgos del estudio, particularmente por la perspectiva de género en la población migrante y por la zona geográfica donde se desarrolla el estudio, considerando que la frontera norte de México es la más importante a nivel internacional. Además, hasta donde se conoce, la presente investigación, es

pionera en cuanto al abordaje de las conductas sexuales en migrantes en México que, además, incluya la incorporación de género y la fase de tránsito migratorio. Por lo tanto, es importante dar a conocer estos hallazgos en foros o congresos científicos, así como a las autoridades de la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas quienes son los responsables de realizar acciones que eleven los indicadores de salud en este grupo poblacional. Por último, se sugiere alentar a otros investigadores, así como alumnos de pre y posgrado a continuar con este trabajo o a realizar estudios similares.

Referencias

- Åkerman, E., Östergren, P. O., Essén, B., Fernbrant, C., & Westerling, R. (2016). Knowledge and utilization of sexual and reproductive healthcare services among Thai immigrant women in Sweden. *BMC international health and human rights*, 16(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12914-016-0100-4>
- Albarracin, J., Chancay, J., Hinrichs, D., & Sanchez, L. (2014). Empowerment and Condom Use Among Mexican and Mexican American Women in Illinois. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 36(2), 211–223. <https://doi.org/10.1177/0739986314528462>
- Álvarez, Y., Alemán, S., & González, C. (2011). Efecto de la migración y del comportamiento sexual en la incidencia del VIH-SIDA entre migrantes mexicanos Migration and sexual behavior effects on HIV infection among Mexican migrants to the USA Autor responsable de la publicación. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 31(3), 98–104. <http://www.censida>.
- Álvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Grande-Gascón, M. L., & Linares-Abad, M. (2015). Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reproductive Health*, 12. doi:10.1186/s12978-015-0071-2
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En *Preventing AIDS theories and methods of behavioral interventions*, editado por Ralph DiClemente y John Peterson, 89-116. Boston, Massachusetts. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3_3.
- Baru, A., Adeoye, I., & Adekunle, A. (2020). Risky sexual behavior and associated factors among sexually active unmarried young female internal migrants working in Burayu Town, Ethiopia. *PloS one*, 15(10), e0240695. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240695>

- Brito, A., Szwarcwald, C., Damacena, G., Dourado, I., & Brazilian FSW Group (2019). HIV testing coverage among female sex workers, Brazil, 2016. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, 22Suppl 1(Suppl 1), e190006. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190006.supl.1>
- Burns, N., Grove, S. K., & Gray, J. (2015). *Understanding nursing research: building an evidence-based practice*. 6th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Cai, Y., Wang, Y., Zheng, Z., Wang, J., Yao, W., & Ma, J. (2013). Predictors of reducing sexual and reproductive risk behaviors based on the information-motivation-behavioral skills (IMB) model among unmarried rural-to-urban female migrants in Shanghai, China. *PloS one*, 8(4), e62787. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062787>
- Cao, H., He, N., Jiang, Q., Liu, Z., Gao, M., Ding, P., Chen, L. & Detels, R. (2010) Stigma Against HIV-Infected Persons Among Migrant Women Living in Shanghai, China. *AIDS Education and Prevention*; 22: 445-454.
- Capurchande, R., Coene, G., Schockaert, I., Macia, M., & Meulemans, H. (2016). "It is challenging... oh, nobody likes it!": a qualitative study exploring Mozambican adolescents and young adults' experiences with contraception. *BMC women's health*, 16, 48. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0326-2>
- Carey, M., & Schroder, K. (2002). Development and Psychometric Evaluation of the Brief HIV Knowledge Questionnaire. *AIDS Education and Prevention*, 14(2), 172–182. doi:10.1521/aeap.14.2.172.23902
- Castilla-Vázquez, C. (2017). Mujeres en transición: La inmigración femenina africana en España. *Migraciones internacionales*, 33(9); 143-171. Doi <https://doi.org/10.17428/rmi.v9i33.290>.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (2018). Día Mundial del Sida México. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/415703/Boleti_n_Di_a_Mundial_2018_Vfin.pdf

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (2020). Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH informe histórico al 4to trimestre de VIH 2020. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/622468/VIH-Sida_4toTrim_2020.pdf

Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC, 2018). El VIH en los Estados Unidos y áreas dependientes. Hoja informativa. Recuperado [marzo, 2020] de <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/statistics/ataglance.html>

Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC, 2021). El VIH y las mujeres. Hoja informativa. Recuperado [marzo, 2020] de:

<https://www.cdc.gov/hiv/spanish/pdf/group/gender/women/cdc-hiv-women-es.pdf>

Cianelli, R., Villegas, N., Lawson, S., Ferrer, L., Kaelber, L., Peragallo, N., & Yaya, A. (2013). Unique factors that place older Hispanic women at risk for HIV: intimate partner violence, machismo, and marianismo. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 24(4), 341–354.

<https://doi.org/10.1016/j.jana.2013.01.009>

Cianelli, R., Villegas, N., McCabe, B., 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

<https://doi.org/10.1007/s10903-016-0462-7>

Clifton, S., Nardone, A., Field, N., Mercer, C., Tanton, C., Macdowall, W., Johnson, A. M. & Sonnenberg, P. (2016). HIV testing, risk perception, and behavior in the British population. *AIDS*, (30(6), 943–952.

<https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001006>

- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, 2018) Informe anual de actividades 2018. Personas Migrantes. Recuperado 01/06/2019.
<http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=30055>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, 2019). Las mujeres, el VIH y los derechos humanos. Disponible en:
https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/cartillas/16_Cartilla_Mujeres_VIH_Sida.pdf
- Connors, 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. doi:10.1007/s10461-017-1726-5
- Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2017). Mujeres en la migración. Recuperado [marzo, 2020] de: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/mujeres-en-la-migracion-98976?idiom=es>
- Deardorff, J., Tschann, J., Flores, E., de Groat, C., Steinberg, J. & Ozer, E. J. (2013). Latino youths' sexual values and condom negotiation strategies. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 45(4), 182–190. <https://doi.org/10.1363/4518213>
- Dillon, F., Ertl, M., Corp, D. A., Babino, R., & De La Rosa, M. (2018). Latina young adults' use of health care during initial months in the United States. *Health care for women international*, 39(3), 343–359. doi:10.1080/07399332.2017.1388382
- Dillon, F., Ertl, M., Verile, M., Siraj, N., Babino, R., & De La Rosa, M. (2019). A social ecological study of psychological distress among recently immigrated, Latina young adults. *Journal of Latinx Psychology*, 7(1), 39-58.
- Dilorio, C. (2010). "Safe Sex Behavior Questionnaire" , in *Handbook of Sexuality-Related Measures* ed. Terri D. Fisher , Clive M. Davis , William L. Yarber and Sandra L. Davis (Abingdon: Routledge, 12 ago 2010). Disponible en:
<https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9781315881089.ch201>

- 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. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1408860/>
- Dulock, H., & Holzemer, W. (1991). Substruction: Improving the Linkage from Theory to Method. *Nursing Science Quarterly*, 4: 83–87.
doi.org/10.1177/089431849100400209
- Eguiluz-Cárdenas, I., Torres-Pereda, P. & Allen-Leigh, B. (2013). Percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (2), pp. 515-526. DOI:10.11600/1692715x.1124080213.
- Ertl, M., Dillon, F., Cabrera, Y., Verile, M., Jurkowski, J., & De La Rosa, M. (2018). Sexual risk during initial months in US among Latina young adults. *AIDS care*, 30(3), 353–360. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1368442>
- Escobar, B. & Paravic-Klijin, T. (2017) La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. Revista electrónica. *Revista actual en Costa Rica*. 32; 1409-4568. Disponible en:
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n33/1409-4568-enfermeria-33-00073.pdf>
- Fawcet, J. & Downs, F. (1986). The relationship of the theory and research. Norwalk, CT: Apleton-Century-Crofts.
- French, S., & Holland, K. (2013). Condom negotiation strategies as a mediator of the relationship between self-efficacy and condom use. *Journal of sex research*, 50(1), 48–59. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.626907>
- García-Vega, E., Menéndez, E., García, P., & Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*, 22(4),606-612. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72715515011>

- García-Vega, E., Menéndez, R., Fernández, G. & Cuesta, I. (2012) Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychology Research* 5: 79-87.
- Giorgio, M., Townsend, L., Zembe, Y., Cheyip, M., Guttmacher, S., Kapadia, F., & Mathews, C. (2017). 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. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0514-z>
- Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors (2019). Global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2017, and forecasts to 2030, for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017. *The Lancet HIV* (6): 831-859. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30196-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30196-1)
- Guerra-Ordoñez, J. (2017) Modelo de Transición de la Conducta Sexual del Migrante en las Fronteras de Matamoros y Reynosa (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Nuevo León, México.
- Guerra-Ordoñez, J., Benavides-Torres, R., Burgos-Regil, J., Zapata- Garibay, R., & Onofre-Rodríguez, D. (2018). Confiabilidad y validez de una escala de conciencia sobre salud sexual en migrantes de México en tránsito hacia Estados Unidos. *Acta Universitaria*, 28(2), 75-82. doi: 10.15174/au.2018.1768
- Guerra-Ordoñez, J., Benavides-Torres, R., Zapata-Garibay, R., Onofre-Rodríguez, D., Márquez-Vega, M. & Zamora-Carmona, G. (2017). Facilitating and Inhibiting Factors of Sexual Behavior among Migrants in Transition from Mexico to the United States. *Front. Public Health* 5:149. doi: 10.3389/fpubh.2017.00149
- Guerrero N, Zhang X, Rangel G, González-Fagoaga JE, & Martínez-Donate A. (2016) Cervical and Breast Cancer Screening Among Mexican Migrant Women, 2013. *Preventing Chronic Disease* 2016; 13:160036. DOI:

<http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.160036>.

Hall, B., Yang, X., Huang, L., Yi, G., Chan, E., Tucker, J. & Latkin, C. (2019) Barriers and Facilitators of rapid HIV and Syphilis testing uptake among Filipino transnational migrants in China. *AIDS and Behavior*; 1-10.

doi.org/10.1007/s10461-019-02449-0

Hendrick, C., Hendrick, S. & Reich, D. (2006). The Brief Sexual Attitudes Scale.

Journal of Sex Research, 43(1), 76–86.

<https://doi.org/10.1080/00224490609552301>

Hernandez, A., Zule, W., Karg, R., Browne, F. & Wechsberg, W. (2012). Factors That Influence HIV Risk among Hispanic Female Immigrants and Their Implications for HIV Prevention Interventions. *International journal of family medicine*, 2012,

876381. <https://doi.org/10.1155/2012/876381>

Hernández, R., Verdugo, R., Torres, J., López, M. & Valle, C. (2012). Acceso para las y los migrantes a los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionado con el VIH/sida. México, D.F. ed. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Disponible en: http://condesadf.mx/pdf/vih_migrantes.pdf

Hernández-Hernández, O. (2019) Caravana de migrantes centroamericanos en Reynosa y Matamoros. El Colegio de la Frontera Norte Consultado el 12 de marzo del 2020, www.colef.mx/estudiosdeelcolef/caravana-de-migrantes-centroamericanos-en-reynosa-y-matamoros-2019.

Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio (6a. ed. --). México D.F.: McGraw-Hill.

Hinshaw, A.S. (1979) Problems in doing research. Theoretical Substruction: an assessment process. *Western Journal of Nursing Research*, 1: 319–324.

<https://www.nursing.upenn.edu/live/files/552-transitions-theory>

- Hoyle, R. (1995). The structural equation modeling approach: Basic concepts and fundamental issues. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 1–15). Sage Publications, Inc.
- Huang, W., Operario, D., Dong, Y., Zaller, N., Song, D., He, H., Tao, H., Xia, J., & Zhang, H. (2014). HIV-related risk among female migrants working in entertainment venues in China. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, *15*(3), 329–339.
<https://doi.org/10.1007/s11121-013-0423-5>
- Huitzil-Ascensión, A., Landeros-Olvera, E., Benavides-Torres, R., Linares-Fleites, G., Villa-Rueda, A., & Morales-Rodríguez, C. (2016). Validación del constructo y confiabilidad de la escala de autoeficacia para el uso del condón en estudiantes mexicanos. *Acta Universitaria*, *26*(6), 44-52. doi: 10.15174/au.2016.1292
- Ibañez, G., Whitt, E., Avent, T., Martin, S., Varga, L., Cano, M. & O'Connell, D. (2017). Love and trust, you can be blinded: HIV risk within relationships among Latina women in Miami, Florida. *Ethnicity & health*, *22*(5), 510–527.
<https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1244737>
- Im, E. (2005). Development of Situation-specific Theories. *Advances in Nursing Science*, *28*(2), 137–151. doi:10.1097/00012272-200504000-00006
- Islam, M., & Gagnon, A. (2016). Use of reproductive health care services among urban migrant women in Bangladesh. *BMC women's health*, *16*, 15.
<https://doi.org/10.1186/s12905-016-0296-4>
- Islam, M., Conigrave, K., Miah, M., & Kalam, K. (2010). HIV Awareness of Outgoing Female Migrant Workers of Bangladesh: A Pilot Study. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *12*: 940–946. doi:10.1007/s10903-010-9329-5
- Izcara, S. (2017). Feminización de la Migración. Tráfico de migrantes y trata en México. *Revista Electrónica Iberoamericana*, *11*; 1988-0618; pp. 1-17. Recuperado de:

https://www.urjc.es/images/ceib/revista_electronica/vol_11_2017_1/REIB_11_01_Art3.pdf

- Kline, R.B. (2010) *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. The Guilford Press, New York.
- Limousi, F., Lert, F., Desgrées du Loû, A., Dray-Spira, R., Lydié, N., & PARCOURS Study Group (2017). Dynamic of HIV-testing after arrival in France for migrants from sub-Saharan Africa: The role of both health and social care systems. *PloS one*, 12(12), e0188751. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188751>
- Lomelí, U. & Ybañez, E. (2017). Los flujos de migración interna a través del análisis de redes: Comparación entre dos regiones fronterizas de México, 1995 y 2015. *Frontera Norte*, 29(58),95-120. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=136/13652710005>
- López, P. (07 de diciembre del 2020). México, segundo país con más mujeres migrantes. *Gaceta UNAM*. Recuperado de <https://www.gaceta.unam.mx/mexico-segundo-pais-con-mas-mujeres-migrantes/>
- López-Rosales F, & Moral-de la Rubia J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Publica de México* 43:421-432. Recuperado de: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Luo, M., Zhu, L., Dong, Y., Wang, Z., Shen, Q., Mo, D., ... Cai, Y. (2018). Sexual compulsivity and its relationship with condomless sex among unmarried female migrant workers in Shanghai, China: a cross-sectional study. *BMC women's health*, 18(1), 181. doi:10.1186/s12905-018-0670-5
- Ma, W., Kang, D., Song, Y., Wei, C., Marley, G., & Ma, W. (2015). Social support and HIV/STDs infections among a probability-based sample of rural married migrant women in Shandong Province, China. *BMC public health*, 15: 1170. doi:10.1186/s12889-015-2508-5

- Marcinechová, D., & Záhorcová, L. (2020). Sexual satisfaction, sexual attitudes, and shame in relation to religiosity. *Sexuality & Culture: An Interdisciplinary Quarterly*, 24(6), 1913–1928. <https://doi.org/10.1007/s12119-020-09727-3>
- Martínez-Donate, A. P., Hovell, M. F., Rangel, M. G., Zhang, X., Sipan, C. L., Magis-Rodriguez, C., & Gonzalez-Fagoaga, J. E. (2015). Migrants in transit: the importance of monitoring HIV risk among migrant flows at the Mexico-US border. *American journal of public health*, 105(3), 497–509.
doi:10.2105/AJPH.2014.302336
- Martínez-Pizarro, J., & Reboiras-Finardi, L. (2010). Migración, derechos humanos y salud sexual y reproductiva: delicada ecuación en las fronteras. *Papeles de Población*, 16: 9-29.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Pub. Co.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E, Hilfinger, D. & Shumacher, K. (2000) Experiencieng transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursin Science*.
- Monge, S., & Pérez-Molina, J. A. (2016). Infección por el VIH e inmigración. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 34(7), 431–438. doi: 10.1016/j.eimc.2016.02.027
- Monreal-Gimeno, M., Terrón-Caro, T. & Cárdenas-Rodríguez, R. (2014). Las mujeres en los movimientos migratorios en la frontera norte de México. *Pedagogía Social*; 23, pp. 45-69.
- Montealegre, J., Risser, J., Selwyn, B., McCurdy, S. & Sabin, K. (2012). Prevalence of HIV risk behaviors among undocumented Central American immigrant women in Houston, Texas. *AIDS and behavior*, 16(6), 1641–1648.
<https://doi.org/10.1007/s10461-011-0130-9>
- Montgomery, M., Alholm, Z., Almonte, A., Sykes, K., Rudolph, G., Cusick, B., Castello, L., Sowemimo-Coker, G., Tang, I., Haberlack, S., & Chan, P. (2020). A

cross-sectional evaluation of HIV testing practices among women in the rural Dominican Republic. *BMC women's health*, 20(1), 21.

<https://doi.org/10.1186/s12905-020-0891-2>

Napper, L., Fisher, D., & Reynolds, G. (2012). Development of the Perceived Risk of HIV Scale. *AIDS and Behavior*, 16: 1075–1083. doi:10.1007/s10461-011-0003-2

Ochoa, S. & Sampalis, J. (2014). Risk perception and vulnerability to STIs and HIV/AIDS among immigrant Latin-American women in Canada. *Culture, health & sexuality*, 16(4), 412–425. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.884632>

Organización de las Naciones Unidas (2016). Situación de los migrantes en Tránsito.

Recuperado de:

https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/StudyMigrants/OHCHR_2016_Report-migrants-transit_SP.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2020) Women's Human Rights and Gender Equality. Gender stereotyping. Disponible en

<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/GenderStereotypes.aspx>

Organización Internacional para la Migración (OIM, 2019). Vivir la vida en positivo:

Que los migrantes sepan cuál es su estado de VIH. Recuperado marzo, 2020 en:

<https://www.iom.int/es/news/vivir-la-vida-en-positivo-que-los-migrantes-sepan-cual-es-su-estado-de-vih>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2018) Anuario de migración y remesas. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/386658/Anuario_Migracion_y_Remesas_2018.pdf

Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2018) Anuario de migración y remesas. (2018). Portal de datos mundiales sobre la migración. Datos migratorios en América del Sur. Disponible en: <https://migrationdataportal.org/es/regional-data-overview/datos-migratorios-en-america-del-sur>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017). Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. Disponible en:
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7266:hiv-prevention-comprehensive-care-key-populations&Itemid=40682&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017). Salud en las Américas. Resumen: Panorama regional y perfiles de país. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) Documento de orientación sobre migración y salud. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&aliases=48291-documento-de-orientacion-sobre-migracion-y-salud&category_slug=migracion&Itemid=270&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019). Los casos nuevos de infección por el VIH aumentaron más del 20% en América Latina en la última década. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-11-2020-casos-nuevos-infeccion-por-vih-aumentaron-mas-20-america-latina-ultima-decada>
- Palacios-Delgado, J. & Ortego-García, N. (2020). Diferencias en los estilos de negociación sexual y autoeficacia en el uso del condón en hombres y mujeres universitarios de Querétaro, México. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 71(1): 9-20. <https://doi.org/10.18597/rcog.3327>.
- Pavía-Ruz, N., Góngora-Biachi, R., Vera, L., Moguel, W., & González, P. (2012). Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 23(2), 53–60. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v23i2.86>
- Peragallo, N., Cianelli, R., Villegas, N., González-Guarda, R., Williams, W., & de Tantillo, L. (2019). Evaluating a Culturally Tailored HIV Risk Reduction

- Intervention Among Hispanic Women Delivered in a Real-World Setting by Community Agency Personnel. *American journal of health promotion: AJHP*, 33(4), 566–575. <https://doi.org/10.1177/0890117118807716>
- Pickett, S., Peters, M. R., & Jarosz, A. P. (2014). Toward a Middle-Range Theory of Weight Management. *Nursing Science Quarterly*, 27: 242–247. doi: 10.1177/0894318414534486
- Polit, D., & Beck, C. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2019). *Avanzando hacia las metas 2020. Progreso en América Latina y el Caribe*. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/73659-1.pdf>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNAIDS, 2019) *Women and HIV. A spotlight on adolescent girls and Young women*. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019_women-and-hiv_en.pdf
- Quintal, R. & Vera, L. (2015). Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la década migración y VIH/sida entre mujeres mayas de Yucatán. *Estudios de cultura maya*, 46, 197-226. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-25742015000200197&lng=es&tlng=.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-25742015000200197&lng=es&tlng=)
- Ramírez-Ortiz, D., Rojas, P., Sánchez, M., Cano, M. Á., & De La Rosa, M. (2019). Associations of Self-Silencing and Egalitarian Attitudes with HIV Prevention Behaviors Among Latina Immigrant Farmworkers. *Journal of immigrant and minority health*, 21(2), 430–433. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0773-y>
- Ramos, R., Ferreira-Pinto, J., Rusch, M., & Ramos, M. (2010). Pasa la voz (spread the word): using women's social networks for HIV education and testing. *Public*

health reports (Washington, D.C.: 1974), 125(4), 528–533.

<https://doi.org/10.1177/003335491012500407>

- Rangel, M., Martinez-Donate, A., Hovell, M. F., Sipan, C., Zellner, J., 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. doi:10.1007/s10461-012-0196-z
- Ravelo, G., Sánchez, M., Cyrus, E., De La Rosa, M., Peragallo, N., & Rojas, P. (2019). Associations between gender norms and HIV self-efficacy among Latina immigrants in a farmworker community. *Ethnicity & health*, 1–13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13557858.2019.1659234>

Referencias

- Rocha-Jiménez, T., Morales-Miranda, S., Fernández-Casanueva, C., & Brouwer, K. C. (2020). The influence of migration in substance use practices and HIV/STI-related risks of female sex workers at a dynamic border crossing. *Journal of ethnicity in substance abuse, 19(4)*, 503–520. <https://doi.org/10.1080/15332640.2018.1556763>
- Rojas, P., Huang, H., Li, T., Ravelo, G., Sánchez, M., Dawson, C., ... De La Rosa, M. (2016). Sociocultural Determinants of Risky Sexual Behaviors among Adult Latinas: A Longitudinal Study of a Community-Based Sample. *International journal of environmental research and public health, 13*: 1164. doi:10.3390/ijerph13111164
- Ross, J., Akiyama, M. J., Slawek, D., Stella, J., Nichols, K., Bekele, M., Cunningham, C. O., & Blackstock, O. J. (2019). Undocumented African Immigrants' Experiences of HIV Testing and Linkage to Care. *AIDS patient care and STDs, 33(7)*, 336–341. <https://doi.org/10.1089/apc.2019.0036>
- Sanchez, M., Rojas, P., Li, T., Ravelo, G., Cyrus, E., Wang, W., Kanamori, M., Peragallo, N.P. & De La Rosa, M.R. (2016), Evaluating a Culturally Tailored

HIV Risk Reduction Intervention Among Latina Immigrants in the Farmworker Community. *WHM*, 8: 245-262. doi:10.1002/wmh3.193

Sánchez, R. & Enríquez, D. (2017). Validación de la escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual de riesgo en hombres privados de la libertad. *European Journal of Health Research*, 3(2), 127-136. doi:10.30552/ejhr. v3i2.70

Secretaría de Gobernación (SEGOB, 2017) Prontuario sobre migración mexicana de retorno. Migración mexicana a Estados Unidos y política migratoria estadounidense. Disponible en:
http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Prontuario_mig_mex_retorno

Shen, Q., Wang, Y., Wang, Z., Wang, Y., Luo, M., Wang, S., Jiang, X., Yang, Y., Cai, Y., & 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.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-6541-7>

Sio, T., Chang, K., Jayakrishnan, R., Amitai, A., Xu, H., Zaller, N., Fu, J., Mayer, K., & Wu, L. (2015). The Impact of Healthcare Access on Knowledge and Willingness for HIV Testing in Chinese Female Entertainment Workers. *Journal of immigrant and minority health*, 17(5), 1322–1329.
<https://doi.org/10.1007/s10903-014-0087-7>

Song, Y., Kang, D., Wang, G., Wei, C., Tao, X., Huang, T., Qian, Y., Zhu, T., Yang, S., Yu, S., Wang, H., & 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.
<https://doi.org/10.1007/s10508-014-0360-9>

Soper, D. (2015). A-priori Sample Size Calculator for Structural Equation Models. [Programa de Cómputo]. Recuperado de www.danielsoper.com/statcalc

- Tan, S. & Meléndez-Torres, G. (2016). A systematic review and metasynthesis of barriers and facilitators to negotiating consistent condom use among sex workers in Asia. *Culture, health & sexuality*, 18(3), 249–264.
- 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). Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-917>
- Teixeira, L., Figueiredo, V., & Mendoza-Sassi, R. (2016). Etapa Inicial da adaptação transcultural para o português do Brasil do HIV Knowledge Questionnaire (HIV-K-Q). *Medicina (Ribeirão Preto)*, 49(4), 303-320. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i4p303-320>
- Torres, E., & Lastra, J. (2008). Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. *Revista de Administração Pública*, 42(4), 719-734. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000400005>
- Tran, T. D. H., Tuan, D. K., Anh, N. D., Le, T. K. A., & Bui, T. T. H. (2018). Premarital sex, contraceptive use among unmarried women migrant workers in industrial parks in Vietnam, 2015. *Health Care for Women International*, 39(4), 377–388.
- Valverde, E., Painter, T., Heffelfinger, J., Schulden, J., Chavez, P., & DiNenno, E. (2014). 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: 1826–1833. doi:10.1007/s10903-014-0132-6
- Vargas, T. & Mora-Esquivel, R. (2017). Tamaño de la muestra en modelos de ecuaciones estructurales con constructos latentes: Un método práctico. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 17(1); 1-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/aie.v17i1.27294>

- 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). doi:10.1186/s12992-018-0359-4
- 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*:480–494. doi:10.1521/aeap.2013.25.6.480
- Yang, Y., Wang, J., Lin, F., Zhang, T., Yu, F., Zhao, Y., & Zhang, T. (2015). Stigma against HIV/AIDS among female sex workers and general migrant women in eastern China. *BMC women's health, 15*, 2. doi:10.1186/s12905-014-0160-3
- Ye, P., Wu, X., Keita, H., Zhou, W., Lin, J., Lou, Y....Chen, Q. (2013) Knowledge, attitudes and Behaviors Related to HIV/AIDS among Female Migrant Workers in the Restaurant Industry in Guangzhou, China. *West Indian Medical Journal; 62*: 329-336.
- Zaller, N., Huang, W., He, H., Dong, Y., Song, D., Zhang, H., & Operario, D. (2014). Risky alcohol use among migrant women in entertainment venues in China. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire), 49*(3), 321–326. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt184>
- Zapata-Garibay, R., González-Fagoaga, J.& Rangel-Gómez, M. (2014). Mortalidad por VIH/SIDA en la frontera norte de México: niveles y tendencias recientes. *Papeles de población, 20*(79), 39-71
- Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011). Migration and health: a framework for 21st century policymaking. *PLOS Medicine, 8*(5). e1001034. doi: 10.1371/journal.pmed.1001034

Apéndices

Apéndice B**Cédula de datos sociodemográficos**

Fecha: ____/____/____
 Día Mes Año

Folio: _____

Instrucciones: Marque con una X La respuesta correcta en el recuadro, escriba sobre la línea y/o subraye la respuesta correcta en las preguntas que así lo indiquen

1.- Por favor indique su nacionalidad

Mexicana

Extranjera

Especificar: _____

2.- Edad (años cumplidos) _____

3.- Años de estudio (indique hasta el último grado terminado) _____

4.- Indique cuantos meses tiene desde que salió de su lugar de residencia? _____

5.- ¿Cuál es su estado civil?

Soltera

Divorciada

En una relación, pero no casada

Separada

Casada

Viuda

6.- ¿Tiene esposo o pareja en su lugar de origen?

No

Si

7.- ¿Tiene esposo o pareja actualmente en esta ciudad?

No Si

8.- En esta ocasión, ¿Viaja usted con su esposo o pareja de su lugar de origen?

 No Si

9.- ¿Cuántos hijos tiene? _____

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

11.- ¿Cuál es su Religión?

Cristiana Católica Romana Protestante Otra. Especifique _____

12.- ¿Cuál es su escolaridad en años? (Indique hasta el último grado terminado)

13.- ¿Tiene empleo actualmente?

 Si No

14.- ¿Cuál es su ocupación principal? _____

15.- Marque si cuenta con alguno de los siguientes servicios.

 IMSS Hospital privado ISSSTE No tengo población abierta

16.- ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, bebidas preparadas, tequila, vodka, ron, whisky, brandy, etc.)?

0) Nunca

1) Una o menos veces al mes

2) De 2 a 4 veces al mes

3) De 2 a 3 veces a la semana

4) 4 o más veces a la semana

17.- ¿Cuántas cervezas o copas de bebida alcohólica sueles tomar en un día típico de los que bebes (el día que llegas a consumir)?

0) Ninguna

1) 1 o 2

2) 3 o 4

3) 5 o 6

4) 7 a 9

5) 10 o más

18.- ¿Cuántas veces ha tomado bebidas alcoholicas en los ultimos 30 dias? _____

19.- ¿Alguna vez ha intentado cruzar la frontera norte de México?

No

Si

20.- ¿Cuántas veces ha cruzado la frontera? _____

21.- ¿Cuántas veces lo ha hecho de manera ilegal, es decir, sin visa/documntos? _____

22.- Tipo de migración actual: Legal

Ilegal

23.- ¿ Que edad tenia cuando migró por primera vez? _____

Apéndice C

Escala de Percepción de Riesgo para VIH (Napper, Fisher & Reynolds, 2012)

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

<p>1. Ahora que soy migrante, ¿Qué tan probable es que me pueda contagiar con el VIH?</p> <p>A) Muy improbable</p> <p>B) Improbable</p> <p>C) Ni probable/ Ni improbable</p> <p>D) Probable</p> <p>E) Muy probable</p>	<p>2. Ahora que soy migrante, me preocupa ser infectado(a) con el VIH</p> <p>A) Nunca</p> <p>B) Rara vez</p> <p>C) A veces</p> <p>D) Medianamente</p> <p>E) Muchas veces</p> <p>F) Siempre</p>
<p>3. Ahora que soy migrante, imaginarme que contraigo el VIH es algo que me resulta:</p> <p>A) Muy difícil</p> <p>B) Difícil</p> <p>C) Fácil</p> <p>D) Muy fácil</p>	<p>4. Ahora que soy migrante, contraer el VIH es algo de lo que estoy...</p> <p>A) Nada preocupado(a)</p> <p>B) Un poco preocupado(a)</p> <p>C) Medianamente preocupado(a)</p> <p>D) Muy preocupado(a)</p> <p>C) Extremadamente preocupado(a)</p>
<p>5. Ahora que soy migrante, estoy seguro(a) de que NO me voy a infectar con el VIH</p> <p>A) Muy en desacuerdo</p> <p>B) En desacuerdo</p> <p>C) Algo en desacuerdo</p> <p>D) Algo de acuerdo</p> <p>E) De acuerdo</p> <p>F) Muy de acuerdo</p>	<p>6. Ahora que soy migrante, siento que no es probable que me infecte con el VIH</p> <p>A) Muy en desacuerdo</p> <p>B) En desacuerdo</p> <p>C) Algo en desacuerdo</p> <p>D) Algo de acuerdo</p> <p>E) De acuerdo</p> <p>F) Muy de acuerdo</p>

<p>7. Ahora que soy migrante, me siento vulnerable a la infección por el VIH</p> <p>A) Muy en desacuerdo</p> <p>B) En desacuerdo</p> <p>C) Algo en desacuerdo</p> <p>D) Algo de acuerdo</p> <p>E) De acuerdo</p> <p>F) Muy de acuerdo</p>	<p>8. Ahora que soy migrante, existe la posibilidad, por pequeña que sea, de que pueda adquirir el VIH</p> <p>A) Muy en desacuerdo</p> <p>B) En desacuerdo</p> <p>C) Algo en desacuerdo</p> <p>D) Algo de acuerdo</p> <p>E) De acuerdo</p> <p>F) Muy de acuerdo</p>
<p>9. Ahora que soy migrante, creo que mis posibilidades de adquirir el VIH son:</p> <p>A) Cero E) Grandes</p> <p>B) Casi cero F) Muy Grandes</p> <p>C) Pequeñas</p> <p>D) Moderadas</p>	<p>10. Ahora que soy migrante, adquirir el VIH es algo en lo que</p> <p>A) Nunca pienso</p> <p>B) Rara vez pienso</p> <p>C) A veces pienso</p> <p>D) A menudo pienso</p>

Apéndice D

Escala de Conciencia sobre salud sexual (Guerra-Ordoñez, J. A., Benavides-Torres, R. A., Burgos-Regil, J. L., Zapata- Garibay, R., & Onofre-Rodríguez, D. J., 2018).

Seleccione la respuesta que sea correcta para usted y escriba la letra en la casilla correspondiente, elija sólo una por pregunta.

Opciones de respuesta

A) Muy en desacuerdo

B) En desacuerdo

C) Algo en desacuerdo

d) Ni de acuerdo ni en desacuerdo

e) Algo de acuerdo

f) De acuerdo

g) Muy de acuerdo

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

Apéndice E

Escala de estereotipos de género en el comportamiento sexual

(Sánchez & Enríquez, 2017).

En cada enunciado, marque la respuesta con la que usted se sienta más identificada.

- A. Totalmente en desacuerdo
- B. En desacuerdo
- C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- D. De acuerdo
- E. Totalmente de acuerdo

¿Pregunta? ...	A	B	C	D	E
1.- Solo los varones deben estar informados sobre cómo poner un condón					
2.- La responsabilidad de prevenir un embarazo es exclusiva de la mujer					
3.- Es mal visto que las mujeres planeen un encuentro sexual con su pareja					
4.- En el acto sexual la mujer tiene prohibido pedirle un condón a su pareja					
5.- Es mal visto que las mujeres compren preservativos en la farmacia					
6.- La elección de un método anticonceptivo es exclusiva de las mujeres					
7.- La responsabilidad de cuidar a la pareja del VIH/SIDA es exclusiva del hombre					

¿Pregunta? ...	A	B	C	D	E
8.- Prevenir riesgos en la salud sexual es responsabilidad exclusiva de los hombres					
9.- Solo las mujeres son capaces de practicar la monogamia sexual					
10.- La responsabilidad de proteger a la pareja de una ITS es exclusiva del varón.					
11.- Es mal visto que una mujer le comunique a su pareja su historia sexual					
12.- Cuando una mujer conoce lo suficiente a su pareja puede dejar de usar condón					
13.- Los hombres prefieren que sus parejas tomen pastillas anticonceptivas antes que ellos usar condón					
14.- Las mujeres que practican la fidelidad sexual no deberían de usar preservativo en sus relaciones sexuales					
15.- Las mujeres plenamente enamoradas de su pareja prefieren el coito interrumpido antes que el condón					
16.- La educación sexual incita a los hombres a tener relaciones sexuales					
17.- Solo los hombres cargan condones por si se presenta la oportunidad de tener relaciones sexuales					
18.- Solo un hombre aceptaría tener relaciones sexuales, aunque falte un condón para protegerse					

¿Pregunta? ...	A	B	C	D	E
19.- Es más importante en los varones que en las mujeres asear los genitales antes de tener relaciones sexuales					
20.- Abstenerse de tener relaciones sexuales es solo para mujeres					

Apéndice F

Escala Breve de Actitudes Sexuales (Hendrick, Hendrick & Relch, 2006).

Subescala de permisividad

Seleccione la respuesta que sea correcta para usted y escriba la letra en la casilla correspondiente, elija sólo una por pregunta.

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| A) Totalmente de acuerdo | D) Moderadamente en desacuerdo |
| B) Moderadamente de acuerdo | E) Totalmente en desacuerdo |
| C) Ni de acuerdo ni en desacuerdo | |

Pregunta	A	B	C	D	E
1.- En este lugar no necesito comprometerme con una persona para tener relaciones sexuales con ella.					
2.- En este lugar el sexo casual es aceptable.					
3.- En este lugar me gustaría tener sexo con muchas parejas.					
4.- En este lugar las aventuras de una noche son a veces muy agradables.					
5.- En este lugar está bien tener relaciones sexuales continuas con más de una persona a la vez					
6.- En este lugar, el sexo como un simple intercambio de favores está bien si ambas personas lo aceptan.					
7.- En este lugar el mejor sexo es sin condiciones.					
8.- La vida tendría menos problemas si las personas pudieran tener relaciones sexuales más libremente.					
9.- En este lugar es posible disfrutar del sexo con una persona y no gustarle mucho.					
10.- En este lugar está bien que el sexo sea solo una buena liberación física.					

Apéndice G

Cuestionario de conocimientos sobre VIH (Carey & Schroder, 2002)

De acuerdo con sus conocimientos, circule **Verdad**, si considera que la respuesta es verdadera, **Falso** si considera que es falsa y **NLS** si no sabe la respuesta.

1. El toser o estornudar NO disemina el contagio de VIH	Verdad	Falso	NLS
2. Una persona puede contagiarse con VIH si comparte un vaso de agua que ha utilizado una persona infectada con VIH	Verdad	Falso	NLS
3. Sacar el pene antes de que el varón eyacule evita que la mujer se contagie con el virus de VIH durante las relaciones sexuales	Verdad	Falso	NLS
4. Una mujer puede infectarse con el VIH, si tiene relaciones sexuales anales (sexo anal) con un hombre	Verdad	Falso	NLS
5. Ducharse o lavarse los genitales/ partes privadas luego de una relación sexual evita que la persona se infecte con VIH.	Verdad	Falso	NLS
6. Toda mujer embarazada, infectada con VIH, tendrá niños infectados con VIH	Verdad	Falso	NLS
7. Personas que están infectadas con el VIH, rápidamente muestran los signos o síntomas de que están contagiados	Verdad	Falso	NLS
8. Existe una vacuna que evita que la persona adulta se infecte con el VIH	Verdad	Falso	NLS
9. Las personas son más propensas a infectarse cuando se dan besos profundos (“French kiss”), o colocan sus lenguas dentro de la boca de sus parejas que está infectada con VIH	Verdad	Falso	NLS
10. Una mujer no puede contagiarse con VIH si tiene relaciones sexuales durante su menstruación	Verdad	Falso	NLS
11. Existe un condón femenino que ayuda a reducir el riesgo de	Verdad	Falso	NLS

infectarse con VIH			
12. Un condón de piel es mejor para prevenir el contagio de VIH que un condón de látex	Verdad	Falso	NLS
13. Una persona que esté tomando antibióticos no se contagiará con VIH si tiene relaciones sexuales	Verdad	Falso	NLS
14. Tener relaciones sexuales con más de una pareja sexual aumenta la probabilidad de que se infecte con VIH	Verdad	Falso	NLS
15. Realizarse una prueba para determinar si se está infectado con VIH una semana después de haber tenido relaciones sexuales, puede determinar si la persona está infectada o no	Verdad	Falso	NLS
16. Una persona puede infectarse con VIH compartiendo un baño termal (yacusi) o una piscina con una persona infectada con el VIH	Verdad	Falso	NLS
17. Una persona puede contagiarse con VIH cuando sostiene relaciones sexuales de forma oral	Verdad	Falso	NLS
18. Utilizar vaselina o aceite para bebé con los condones reduce el riesgo de infectarse con VIH.	Verdad	Falso	NLS

Apéndice H

Escala de Calidad del Servicios de Centros de Atención Secundaria de Salud

(CCAS) Subescala de Accesibilidad

- A) Totalmente en desacuerdo
- B) Más o menos en desacuerdo
- C) Un poco en desacuerdo
- D) Neutral
- E) Un poco de acuerdo
- F) Más o menos de acuerdo
- G) Totalmente de acuerdo

	A	B	C	D	E	F	G
1. En esta ciudad, por lo general, tengo acceso a información existente de mi estado de salud sexual							
2. En esta ciudad, siempre que lo necesito, tengo acceso a especialidades médicas							
3. En esta ciudad, siempre que lo necesito, tengo acceso a la prueba del VIH exámenes médicos que me puedo realizar							
4. En esta ciudad, atiendo mis consultas y resuelvo todas mis dudas sobre mi salud sexual							
5. En esta ciudad, tengo acceso a escoger mi médico tratante							

Apéndice I

Escala de autoeficacia para el uso del condón.

Subescala persuasión verbal

(Huitzil-Ascensión et al., 2016; versión adaptada culturalmente)

A continuación, se enumeran varias declaraciones que reflejan diferentes actitudes sobre el uso del condón masculino. Para cada declaración marque la respuesta que indica cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con esa declaración.

	Nada segura	Algo segura	Media segura	Muy segura	Totalmente segura
1. Siempre puedo usar un condón, aun si me encontrara en la situación de pagar para tener relaciones sexuales.					
2. Puedo hablar con cada pareja sobre la importancia de usar condones, inclusive con aquellos con quienes he tenido sexo anteriormente					
3. Puedo hablar con cada nueva pareja sobre la importancia de usar condón.					
4. Puedo hacer que cualquier pareja con quien he tenido sexo antes use un condón, aun si no quiere.					
5. Puedo hacer que mi pareja o mis parejas usemos un condón, aun si no lo hemos usado en el pasado.					

	Nada segura	Algo segura	Media segura	Muy segura	Totalmente segura
6.- Puedo hacer que mi pareja o mis parejas usen un condón, aun si no quieren (o puedo utilizarlo aun si no quiero).					

Apéndice J

Escala de autoeficacia para prevenir el sida (López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001). Capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón

Seleccione la respuesta de acuerdo con el grado de seguridad que usted cree tener. Marque sólo una respuesta con X.

1.- ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de...	Nada Seguro	Algo Seguro	Medio Seguro	Muy Seguro	Total Seguro
1.- ¿Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?					
2.- ¿Usar correctamente el condón?					
3.- ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?					
4.- ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga?					
5.- ¿Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja prefiere no usarlo?					
6.- ¿Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?					
7.- ¿Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?					
8.- ¿Acudir a comprar condones?					

Apéndice K

Cuestionario de Conducta de Sexo Seguro (DiIorio, et al., 1993)

Instrucciones: Lee las frases y luego responde cada pregunta marcando uno solo de los círculos debajo de las cuatro categorías disponibles.

	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 homosexuales o bisexuales.				

	Nunca	A Veces	La mayoría del tiempo	Siempre
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				

	Nunca	A Veces	La mayoría del tiempo	Siempre
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 transformarse 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 L


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Teoría de la situación específica de conductas sexuales de mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México.

Autores/Estudiantes: ME. Patricia Marisol Márquez Vargas

Director de Tesis/Asesor: Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Introducción/Objetivo del estudio:

El objetivo del estudio es conocer los factores que se relacionan con los comportamientos sexuales de mujeres que cruzan o intentan cruzar la frontera norte de México. La información que pediremos se relaciona con temas sobre su sexualidad, salud sexual y el uso del condón masculino; al final, se utilizará sólo con fines académicos y de investigación para alcanzar el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. El estudio no tiene ningún financiamiento institucional, público o privado en lo referente a la recolección de la información.

El estudio se está realizando en este albergue a mujeres mayores de edad, de nacionalidad mexicana o extranjera, que tengan un año o menos desde que salieron de su lugar de residencia, además, que sean sexualmente activas con o sin pareja, por lo que le invitamos a participar contestando algunas preguntas relacionadas a temas de su salud sexual. En caso de cualquier duda, se le explicará de manera clara a fin de que conteste lo más certero a la realidad. El tiempo estimado para responder a los cuestionarios es de 30 minutos, se le brindarán nueve cuestionarios, un lápiz o pluma y se le colocará en un lugar adecuado de este albergue para su privacidad, cabe mencionar que esta institución previamente autorizó realizar el estudio.

La información que Usted proporcione será anónima y confidencial, los resultados pueden ser publicados en revistas Científicas, pero se realizará de manera grupal; su nombre o datos de identificación serán omitidos. Aun firmando este consentimiento, Usted podrá retirarse en el momento que lo desee.

Riesgos y aspectos experimentales del estudio.

El estudio tiene un riesgo mínimo; si llega a sentirse incomoda, ansiosa o emocional por los temas en los cuestionarios, se le canalizará al módulo de psicología de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo para una sesión de apoyo o bien, si se siente incómoda con alguna pregunta puede negarse a responder sin que esto tenga alguna repercusión para usted dentro o fuera de esta institución.

Beneficios esperados:

Al finalizar el llenado de las preguntas, Si usted acepta participar en el estudio, se le dará una plática de prevención sobre enfermedades de transmisión sexual y el uso correcto del condón masculino a modo de agradecimiento por su colaboración.

Compromisos del Investigador:

Si usted tiene alguna clase de duda, éstas serán aclaradas por el investigador.

Firma: _____ Fecha: _____
 Día / Mes / Año

Resumen Autobiográfico

ME. Patricia Marisol Márquez Vargas

Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: TEORÍA DE SITUACIÓN ESPECÍFICA DE CONDUCTAS SEXUALES DE MUJERES MIGRANTES EN TRÁNSITO EN LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO

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

Biografía: Nacida en Nuevo Laredo, Tamaulipas el 12 de Enero de 1990, Patricia Marisol Márquez Vargas es hija del CP. Luis E. Márquez Avila y la Sra. Rosa María Vargas Mendoza.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Tamaulipas con el grado de Licenciada en Enfermería (2008-2013) y posteriormente, egresada de la misma Universidad Autónoma de Tamaulipas con el grado de Maestro en Enfermería en el año 2017.

Egresada con honores de Maestría en Enfermería. Becaria de la Universidad Autónoma de Tamaulipas para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León periodo 2018-2021.

Docencia: Profesora de Horario Libre en el programa de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (2016-actual).

Miembro de la Academia de Investigación en Enfermería de la Facultad de Enfermería Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Colaborador en el Cuerpo Académico Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Directora de proyectos de investigación de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Investigación:

-Fernández-Sánchez, H., Salma, J., Márquez-Vargas, P. M., & Salami, B. (2020). Left-Behind Women in the Context of International Migration: A Scoping Review. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(6), 606–616. <https://doi.org/10.1177/1043659620935962>

-Márquez-Vargas, P.M., Méndez-Ruiz, M.D., Villegas-Pantoja, M., Santos, F.C., & Llano, A.L. (2017). Violencia de Pareja en Mujeres Trabajadoras de Empresas Maquiladoras de Nuevo Laredo, México / Intimate Partner Violence in Women Workers of Maquiladoras of Nuevo Laredo, Mexico. *Horizonte de Enfermería*, 28(2): 25-37. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.28.2.25.

-Rodríguez-Santamaría, Y., Cadena, F., Alarcón, N., Márquez-Vargas, P.M., Juárez, A. (2017). Acciones de cuidado y factores psicosociales en mujeres con diabetes mellitus tipo 2. *Horizonte de enfermería*. 28(2): 38-52. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.28.2.38

Artículos aceptados para su publicación

-Márquez-Vargas, P., Benavides-Torres, R. & Guerra-Ordoñez, J. (2021). Caracterización de las mujeres migrantes en tránsito en la frontera noreste de México. *Revista Mexicana de Enfermería* " con No. de registro ENF/0015/21.

-Autor y Co Autor de Capítulo de libro.

2020. *Título de Libro: Investigación de enfermería en las diferentes etapas de la vida.*

Capítulo I. Hábitos alimenticios e índice de masa corporal en escolares.

Capítulo IX. Conocimiento sobre VIH y autoeficacia en el uso del condón en Migrantes de la Frontera Norte de México.

2021. *Título de Libro: Producción científica en Poblaciones Vulnerables. Salud, Comportamiento Humano y Sociedad*

Capítulo 13. Uso de Facebook en padres y su relación con el maltrato infantil

Capítulo 14. Síndrome Metabólico y comportamiento alimentario en trabajadores informales con diabetes tipo 2.

Capítulo 17. Conducta Sexual de riesgo para el VIH/SIDA en mujeres migrantes.

Revisión sistemática.

Asociaciones y Membresías: Miembro del Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha 2019

Experiencia profesional: Enfermera General y Supervisora de Enfermería en Hospital de Especialidades de Nuevo Laredo, Tamaulipas (2013-2016).

E-mail: patymarisol1203@gmail.com