

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



“ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO PILOTO DE FACTIBILIDAD DE
UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL RIESGO SEXUAL A ITS Y VIH/SIDA
EN MIGRANTES”

Por

ME. JESÚS RAMÓN ARANDA IBARRA

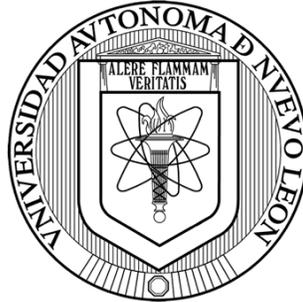
Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



“ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO PILOTO DE FACTIBILIDAD DE
UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL RIESGO SEXUAL A ITS Y VIH/SIDA
EN MIGRANTES”

Por

ME. JESÚS RAMÓN ARANDA IBARRA

Directora de Tesis

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD.

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

AGOSTO, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



“ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO PILOTO DE FACTIBILIDAD DE
UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL RIESGO SEXUAL A ITS Y VIH/SIDA
EN MIGRANTES”

Por

ME. JESÚS RAMÓN ARANDA IBARRA

Codirector de Tesis

DCE. JESÚS ALEJANDRO GUERRA ORDOÑEZ

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

AGOSTO, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



“ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO PILOTO DE FACTIBILIDAD DE
UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL RIESGO SEXUAL A ITS Y VIH/SIDA
EN MIGRANTES”

Por

ME. JESÚS RAMÓN ARANDA IBARRA

Asesor estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

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

AGOSTO, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



“ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO PILOTO DE FACTIBILIDAD DE
UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL RIESGO SEXUAL A ITS Y VIH/SIDA
EN MIGRANTES”

Por

ME. JESÚS RAMÓN ARANDA IBARRA

Asesora externa

DCE. CYNTHIA LIZBETH RUIZ BUGARIN

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

AGOSTO, 2024

“ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO PILOTO DE FACTIBILIDAD DE
UNA INTERVENCIÓN CON ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA REDUCIR EL
RIESGO SEXUAL EN MIGRANTES”

Aprobación de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Director de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Presidente

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Secretario

DCE. María Aracely Márquez Vega

1er. Vocal

DCE. Jesús Alejandro Guerra Ordoñez

2do. Vocal

DCE. Cynthia Lizbeth Ruiz Bugarin

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONHACYT) por la incorporación de planes de estudio de tiempo completo sin dedicación exclusiva y el otorgamiento de la beca para la realización del Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería (FAEN), a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la FAEN, por el apoyo brindado en cada estancia.

A mi directora de tesis Raquel Alicia Benavides Torres PhD, por el conocimiento y la confianza depositada en mí, por siempre impulsarme a trabajar con calidad y excelencia y sobre todo por el apoyo y comprensión en todo momento.

Al Dr. Jesús Alejandro Guerra por participar como codirector y sus aportaciones intelectuales. A la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, por compartir su amplia experiencia. A la Dra. María Aracely Márquez Vega por sus grandes aportaciones y la DCE. Cynthia Lizbeth Ruiz Bugarin por su valioso apoyo operativo y emocional. Gracias a todos por conformar mi jurado de tesis.

A los responsables de las casas del migrante que brindaron las facilidades para el desarrollo del proyecto. A la LE. Raquel Melissa Niebla Villa y Lic. Julia Iraneli Ruiz Villa por su valiosa participación y apoyo en el desarrollo de las sesiones de los tratamientos experimental y control.

A mis compañeros de grupo por todos los momentos que se compartieron en las sesiones presenciales y a distancia, por su invaluable aportación en conocimiento y experiencias y sobre todo por su cariño y acompañamiento durante el trayecto hasta el logro de la meta, muchas gracias Doctores...

Siempre hay que encontrar tiempo para agradecer a todos aquellos que hacen una diferencia en nuestras vidas. (JOHN F. KENNEDY)

... Por siempre ¡GRACIAS!

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a mis padres Gloria Elizabeth Ibarra Rivera y Jesús Aranda Soto a quienes desde años intento honrarlos haciéndolos sentir orgullosos de mí.

A Dios por facilitarme el camino, siempre hace que camine seguro por la vida. A mi abuelita María Rivera Fierro quien siempre me tiene en sus oraciones con Dios.

A los migrantes que brindaron su tiempo y entusiasmo para participar en este proyecto, espero que para este momento ya estén donde planeaban llegar.

A mis hermanos Manuel, Javier y Elizabeth que en cada momento se preocupan por cómo me encuentro en cada una de las esferas de mi ser.

A mis sobrinos Iker, Dariana, Damaris, Camila, Jesusito quienes representan siempre un motivo para ser feliz.

A mi amiga y compañera de vida Carmen Ivette Hernández Vergara que desde hace algunos años hemos caminado juntos hasta llegar a este momento compartiendo un trayecto lleno de matices.

A mi amigo Ulises, quien llego a nuestras vidas justo durante este proceso y quien se ha convertido en un hermanito de vida.

Al resto de mis amigos que siempre me apoyan en la cercanía y en la distancia.

*Ser profundamente amado por alguien te da fuerza,
mientras que amar a alguien profundamente te da coraje.*

Lao Tzu

Tabla de Contenido

Contenido	Páginas
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco de referencia	11
Estudios Relacionados	31
Definición de Términos	46
Objetivo General	50
Objetivos Específicos	50
Hipótesis del estudio	50
Capítulo II	52
Metodología	52
Diseño del Estudio	52
Población, Muestra y Muestreo	53
Criterios de inclusión	53
Criterios de exclusión	54
Criterios de eliminación	54
Instrumentos de medición	54
Descripción de la intervención	63
Descripción del tratamiento control	68
Procedimiento	68
Medidas de control	75
Fidelidad de la intervención	78
Consideraciones éticas	79
Medidas de bioseguridad	82
Plan de análisis de los datos	82

Tabla de Contenido

Contenido	Páginas
Capitulo III	85
Resultados	85
Datos sociodemográficos	85
Consistencia interna y estabilidad de los instrumentos	86
Confiabilidad y Validez del algoritmo de las etapas de cambio para la realización de la prueba rápida del VIH	88
Factibilidad de la ICEM-CP	93
Factibilidad de los métodos	97
Características de los grupos en postest y seguimiento	101
Aceptabilidad de la ICEM-CP	107
Estadística descriptiva y prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S)	109
Eficacia preliminar y comprobación de hipótesis	114
Capitulo IV	134
Discusión	134
Limitaciones del estudio	148
Conclusiones	149
Recomendaciones	151
Referencias	153
Apéndices	179
A. Guía de preguntas iniciales	180
B. Cédula de datos personales	181
C. Prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón e Instrumento de conocimientos asociados a la prueba diagnóstica del VIH	183
D. Escala de actitudes hacia el sida (HIV-AS)	185

Tabla de Contenido

Contenido	Páginas
E. Escala de percepción del riesgo para la conducta sexual	186
F. Escala de doble moral (DSS, por sus siglas en inglés)	187
G. Escala de discriminación cotidiana	188
H. Escala de barreras del condón (Subescala de accesibilidad/disponibilidad) y Escala de Barreras hacia la prueba de VIH.	189
I. Escala de autoeficacia para prevenir el sida (subescala referente al uso del preservativo) e ítems de autoeficacia para la prueba de VIH.	190
J. Health Protective Communication Scale (Escala de comunicación para la protección de la salud)	191
K. Algoritmo para las etapas de cambio del uso del condón y la prueba de detección del VIH.	192
L. Subescala uso del condón del Cuestionario sobre el comportamiento sexual seguro.	193
M. Matriz de inscripción y seguimiento de los participantes.	194
N. Formato de evaluación de la aceptabilidad de la intervención.	195
O. Manual de la intervención.	196
P. Guía de los derechos humanos del migrante (CNDH, 2016).	197
Q. Cédula de control de somatometría.	198
R. Tríptico sobre salud general	199
S. Resultados de la prueba piloto	200
T. Consentimiento informado	213
U. Procedimiento para la realización de la prueba rápida de VIH	215
V. Formato de evaluación de aceptabilidad de la intervención.	218

Tabla de Contenido

Contenido	Páginas
W. AMIGOS (Escala para evaluar fidelidad de la entrevista motivacional en grupos).	219
X. Información de referencia para el participante con prueba de VIH reactiva.	231
Y. Consentimiento informado y autorización de la prueba establecidos por Secretaria de Salud.	232
Z. Formato de entrega de resultado por escrito	234
AA. Referencia al centro de atención para la prevención y atención al VIH/sida	235
BB. Entrega de resultados de pruebas rápidas del VIH y sífilis, formato para compartir en el programa.	236
CC. Procedimiento para manejo de RPBI.	237
DD. Constancia de niveles de pericia en la implementación de las herramientas de EM.	239

Lista de tablas

Tabla	Páginas
1. Plan de fidelidad	82
2. Análisis estadístico por objetivo y/o hipótesis	86
3. Características sociodemográficas iniciales por grupo ICEM-CP y control (variables intervalares).	86
4. Características sociodemográficas iniciales por grupo ICEM-CP y control (variables nominales).	87
5. Consistencia interna y estabilidad de los instrumentos de medición en el pretest, posttest y seguimiento.	89
6. Estabilidad del Algoritmo de las etapas de cambio para la prueba de VIH (Coeficiente de correlación intraclase).	93
7. Número de participantes y tiempo de entrega de la primera sesión.	95
8. Características descriptivas de las estrategias de grupo de la EM en la ICEM-CP.	96
9. Características sociodemográficas en el posttest por grupo ICEM-CP y control (variables intervalares).	101
10. Características sociodemográficas en el posttest por grupo ICEM-CP y control (variables nominales).	102
11. Características sociodemográficas en el seguimiento por grupo ICEM-CP y control (variables intervalares).	104
12. Características sociodemográficas en el seguimiento por grupo ICEM-CP y control (variables nominales).	105
13. Tasa de abandono por grupo y momento.	108
14. Aceptabilidad de la ICEM-CP por el grupo experimental.	108
15. Estadística descriptiva y prueba de K-S de las variables de estudio en el pretest de los grupos ICEM-CP y Control.	110

Lista de tablas

Tabla	Páginas
16. Estadística descriptiva y prueba de K-S de las variables de estudio en el postest de los grupos ICEM-CP y Control.	111
17. Estadística descriptiva y prueba de K-S de las variables de estudio en el seguimiento al mes de los grupos ICEM-CP y Control.	113
18. Comparación de las variables por grupo en el pretest.	114
19. Comparación de las puntuaciones de Conocimientos sobre el condón y la prueba de VIH en el pretest, postest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)	116
20. Comparación de las puntuaciones de Conocimientos sobre el condón y la prueba de VIH en el postest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)	116
21. Comparación de las puntuaciones de actitudes al riesgo sexual en el pretest, postest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)	117
22. Comparación de las puntuaciones de actitudes al riesgo sexual en el postest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)	118
23. Comparación de las puntuaciones de percepción al riesgo sexual en el pretest, postest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)	119
24. Comparación de las puntuaciones de percepción al riesgo sexual en el postest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)	119
25. Comparación de las puntuaciones de creencias sexuales machistas en el pretest, postest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)	120
26. Comparación de las puntuaciones de creencias sexuales machistas en el postest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)	121
27. Comparación de las puntuaciones de la discriminación migrante en el pretest, postest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)	122

Lista de tablas

Tabla	Páginas
28. Comparación de las puntuaciones de la discriminación migrante en el posttest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)	122
29. Comparación de las puntuaciones del acceso a condones y pruebas de detección del VIH en el pretest, posttest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)	123
30. Comparación de las puntuaciones del acceso a condones y pruebas de detección del VIH en el posttest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)	124
31. Comparación de las puntuaciones de la autoeficacia para reducir el riesgo sexual en el pretest, posttest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)	125
32. Comparación de las puntuaciones de la autoeficacia para reducir el riesgo sexual en el posttest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)	126
33. Comparación de las puntuaciones de la comunicación sexual en el pretest, posttest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)	127
34. Comparación de las puntuaciones de la comunicación sexual en el posttest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)	128
35. Frecuencias de las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual en el pretest, posttest y seguimiento.	129
36. Comparación de las puntuaciones de las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual en el pretest, posttest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)	130

Lista de tablas

Tabla	Páginas
37. Comparación de las puntuaciones de las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual en el posttest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)	131
38. Comparación de las puntuaciones del uso de condón en el pretest, posttest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)	132
39. Comparación de las puntuaciones del uso del condón en el posttest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)	132
40. Identificación de las modificaciones en las puntuaciones de la realización de la prueba de VIH en el pretest y posttest del grupo ICEM-CP. (Test de McNemar)	133

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Mapeo de la intervención.	12
2. Modelo de conducta sexual del migrante.	14
3. Estructura del modelo lógico de las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual del migrante en tránsito, adaptado del COSEMI.	19
4. Modelo adaptado de COSEMI para el uso del condón y la prueba de VIH (COSEMI-CP).	21
5. Algoritmo para las etapas de cambio del uso del condón y la prueba de detección del VIH.	24
6. Modelo de cambio de conducta	29
7. Modelo lógico de la intervención.	30
8. Esquema del diseño del ECA piloto	53
9. Rol de la teoría como guía de los componentes.	64
10. Etapas de cambio de la prueba de VIH	91
11. Etapas de cambio de la prueba de VIH (migrantes)	92
12. Diagrama de flujo CONSORT para el ensayo controlado aleatorizado piloto ICEM- CP	99

Resumen

Jesús Ramón Aranda Ibarra
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Agosto, 2024

Título del estudio: “ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO PILOTO DE FACTIBILIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL RIESGO SEXUAL A ITS Y VIH/SIDA EN MIGRANTES”

Número de páginas: 239

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: Desarrollar y evaluar la factibilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar de una intervención con EM para reducir el riesgo sexual en migrantes en tránsito de albergues. Se realizó un estudio piloto de factibilidad con diseño experimental. El marco que permitió el diseño, la implementación y la evaluación de la intervención con EM para reducir el riesgo sexual en migrantes en tránsito de albergues, es el mapeo de la intervención propuesto por Bartholomew et al. (2016). Se utilizó el Modelo de la Conducta Sexual del Migrante (COSEMI) de Guerra et al. (2017) para entender el problema de estudio y los factores causales. Como teoría para el proceso de cambio se utilizó el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Di Clemente (1992) y por último el componente base para la entrega de la intervención fue la Entrevista Motivacional (EM) de Miller y Rollnick (2012). Se empleó un diseño experimental con grupo de control con medidas en el pretest-postest, y al mes en seguimiento con un muestreo probabilístico por conglomerados, considerando los albergues de mayor afluencia en la ciudad de Tijuana. Se utilizaron una cedula de datos personales y diversos instrumentos con alfas de Cronbach en el pretest entre .46 y .90, el postest entre .62 y .94, para el seguimiento al mes se mantuvieron entre .74 y .93 para medir las variables de estudios así como la estabilidad que se mantuvo entre .71 y .96. Para la comprobación de las hipótesis se evaluaron las diferencias de medias entre los grupos ICEM-CP y control entre el test, postest y seguimiento utilizando la prueba de Friedman. Se complementó el análisis con la prueba de Wilcoxon, en aquellas variables que mostraron diferencias de medias para compararlas en el pretest-postest, pretest-seguimiento y postest-seguimiento en ambos grupos.

Contribución y conclusiones: En relación con la variable resultado, los hallazgos muestran diferencias significativas en el grupo de la ICEM-CP, para el uso del condón, de acuerdo con los valores que se presentaron en el postest ($M = 75.49$; $DE = 27.58$) en comparación con el pretest ($M = 57.40$; $DE = 26.12$; $Z = -4.02$; $p < .001$), manteniéndose valores superiores en el seguimiento ($M = 76.82$; $DE = 24.53$; $Z = -4.23$; $p < .001$) manteniéndose al mes de seguimiento. También se presentaron diferencias significativas en las medias globales en comparación con el grupo control. Para la realización de la prueba de VIH se puede observar que en el pretest el 27.8% de la muestra se había

realizado una prueba de VIH en los últimos 12 meses y en el posttest el 53.3% de la muestra total se la realizó. Las modificaciones presentadas en el grupo ICEM-CP son estadísticamente significativas (McNemar = 10.38; $p = .002$). De acuerdo con los objetivos e hipótesis planteados para este estudio, la Intervención Con Entrevista Motivacional para incrementar el uso de Condones y la realización de Pruebas de VIH (ICEM-CP) es factible y aceptable con ligeras modificaciones para un estudio a futuro. Las dos sesiones desarrolladas en este ensayo controlado aleatorizado piloto de factibilidad, parecen tener potencial en el tiempo para incrementar el uso de condones y la realización de pruebas de VIH reduciendo el riesgo sexual de los migrantes, sin embargo, en la eficacia preliminar no se encontraron cambios en la percepción del migrante en cuanto a la discriminación, ni hubo mayor comunicación sexual por lo que se podría requerir ajustes en la implementación y/o en la medición de dichos resultados para evaluar la eficacia de la ICEM-CP.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), siguen siendo un problema de salud pública por su alta incidencia y pueden ser prevenibles con intervenciones efectivas. Actualmente se conocen más de 30 virus, bacterias o paracitos que se transmiten por vía sexual, ocho de ellos vinculados a una incidencia elevada de ITS, de estos, cuatro son curables como: la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis, y las otras cuatro son infecciones virales incurables, pero con tratamientos que pueden atenuar sus síntomas o la enfermedad entre ellos: Hepatitis B, herpes simple, Virus de Papiloma Humano (VPH) y VIH (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). La OMS (2021), refiere que por día más de un millón de personas contraen una ITS, estimando que, en 2020, hubo 374 millones de personas adquieren clamidiasis, blenorragia, sífilis y tricomoniasis (129, 82, 7.1 y 156 millones respectivamente), además se estima que más de 500 millones de personas son portadoras del VPH.

En relación con el VIH, se reportan alrededor de 12 mil nuevas infecciones al año y cada día 33 personas lo adquieren. A finales de 2021 había 38.4 millones de personas infectadas (33.9-43.8 millones) (OMS, 2022). El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2020) menciona en los objetivos 90-90-90 que el 90% de las personas que viven con el VIH deben conocer su estado serológico, el 90% de los que conocen su estado serológico deben tener acceso a tratamiento y el 90% de las personas en tratamiento para el VIH deben tener la carga viral suprimida. Lo cual no se cumplió para el 2020, dando como resultado 3.5 millones más de infecciones por VIH. Aunado a lo anterior, se espera que debido a las interrupciones y ralentización de los servicios de salud pública durante la pandemia por COVID aumentarán significativamente los casos en los próximos años y por ende un retraso de 10 años o más en la respuesta a la pandemia del VIH/sida (OMS, 2020).

En las Américas, la situación no es diferente con respecto a las ITS, pues según las OMS (2019), se presentan alrededor de 64 millones de casos al año, ocupando el segundo lugar solo por debajo de la región africana con el 23.2% en casos de tricomoniasis, clamidia, gonorrea y sífilis activa. En cuanto a el VIH, no se ha logrado minimizar de forma considerable la aparición de nuevos casos, pues se presentó un incremento del 21% del 2010 al 2019, significando 3.7 millones de personas viviendo con VIH, siendo la población más afectada entre los 15 y 49 años. Se considera que el 23% de personas que viven con VIH desconocen su estatus serológico, y una tercera parte de la población recibe un diagnóstico tardío (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

En el caso de México, de acuerdo con el reporte epidemiológico en 2021 según la Secretaría de Salud (2021) se había presentado un incremento del 75.3% en casos de ITS comparado con el 2020, la Secretaría de Salud (SSA, 2021) reporta que en los últimos 15 años la tasa de incidencia por ITS incremento en un 124% pasando de 2.1 casos por cada 100 mil habitantes a 4.7 actualmente. Con relación al VIH el Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/sida (CENSIDA, 2022) reporta que hasta julio de 2022 se habían notificado 341,313 casos de VIH, de los cuales el 81.6% son hombres, la mayoría entre 20 y 49 años, las mujeres representan el 18.4% del total de notificaciones, de acuerdo con el informe histórico de VIH 2022, durante el año 2021 se incrementaron en un 52.8 % los casos positivos en comparación con el año 2020.

Para la prevención de las ITS incluido el VIH, es imprescindible la adopción del preservativo como practica de protección, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018), el uso del condón es más frecuente en adolescentes que mantienen por primera vez una relación sexual, alcanzando un 82.7% en hombres y 69.2% en mujeres, sin embargo, en las siguientes ocasiones disminuye hasta 79.2% de los hombres y 54.9%, conforme avanza la edad el uso es menos común, pues en personas entre 20 y 29 años el 72.1% de hombres y 59.3 de mujeres lo utilizan, de 30 y 39 años solamente el

53.4 de hombres y 41.5% mujeres, para el grupo de edad de 40 a 49 años el uso del condón apenas alcanza el 38.5% en los hombres y 21.4% en mujeres.

Para la prevención, también es importante el conocimiento del estado serológico. En el caso de la detección de las ITS, específicamente sífilis y VIH se utilizan pruebas rápidas y baratas en países de medianos y bajos ingresos como México, actualmente se cuenta con pruebas individuales o dobles (pruebas que diagnostican simultáneamente sífilis y VIH), la técnica para la realización es sencilla, estas pruebas se realizan con un pinchazo en el dedo y el resultado se obtiene entre 15 y 20 minutos (OMS, 2019). En México, CENSIDA (2021) menciona que en la última década se han realizado 22,288,163 pruebas de detección de VIH caben destacar durante el 2020 disminuyó más de la mitad en relación con el 2019, 1,426,414 contra los 2,897,256 del año anterior. La situación es similar en cuanto a las pruebas de sífilis 20,665,852 en los últimos 10 años, durante el 2020 se realizaron 1,237,255 contra las 2,311,038 que se habrían realizado en 2019, asociando esta disminución a la actual pandemia por COVID 19, reconociendo que se deben redoblar esfuerzos para la detección oportuna de VIH y otras ITS.

Todos los países han respaldado el plan de acción para la prevención y control del VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021, con la finalidad de acelerar la desaparición de las epidemias del SIDA e ITS como problemas de salud pública para el 2030, entre los objetivos del plan es reducir la incidencia de nuevos casos de VIH, menos muertes por SIDA y reducir las complicaciones relacionadas con las ITS (OPS, 2016). Las estrategias 2022-2030 deben ser aplicadas en las personas más afectadas y en las que cuentan con mayor riesgo de contraer estas condiciones, redoblando esfuerzos para alcanzar el nuevo objetivo mundial 95-95-95, es decir, que el 95% de las personas conozcan su estado serológico, el 95% este en tratamiento y el 95% cuente con una carga viral de indetectable (OMS, 2022).

Es conocido que el VIH se encuentra concentrado en poblaciones clave como Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), Mujeres transexuales (MTS),

sexoservidoras, usuarios de drogas inyectables (UDI), es recomendable que se aborden poblaciones vulnerables (OMS, 2020). En este sentido, una población vulnerable son los migrantes, ya que tienen un mayor riesgo sexual debido a los procesos de desplazamiento que viven (OMS, 2019). Según Guerra et al. (2017), este grupo poblacional se relaciona con la alta prevalencia de VIH desde el inicio de la pandemia. Las personas que migran tienen tres veces más probabilidad de infectarse que las personas que no lo hacen (Alvizo & Quintal, 2022).

Dentro de los grupos clave identificados para la prevención del VIH, se incluyen las poblaciones móviles, como son los migrantes, quienes para el 2020, representaban el 3.6 de la población mundial (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2022). La OIM (2020), estimaba que en el mundo había aproximadamente 281 millones de personas que viven en un país distinto al de su nacimiento, de ellos, el 21% se encuentra en los países de América del Norte. Los migrantes son una población que sufre una serie de enfermedades transmisibles y no transmisibles que requieren de un reconocimiento y atención urgente, entre las enfermedades que es preciso abordar en la población migrante se encuentra el VIH/sida (OPS, 2020).

En la región de las Américas, se alcanzaron los 70 millones de migrantes en 2019, desde 2018 surgió una tendencia de desplazamiento en grandes grupos que migran desde Centroamérica hacia México y EUA, esto supone una presión adicional en los sistemas de salud de los países americanos que carecen de recursos, es por eso que se han propuesto medidas para mejorar la salud de los migrantes a través del abordaje de las barreras que presentan en tránsito, como es el acuerdo firmado por la OIM y la OPS (OPS, 2020).

En México se enfrentan cuatro fenómenos migratorios (Origen, tránsito, destino y retorno). Es el segundo país de emigrantes con 13 millones de personas ubicadas principalmente en EUA, en relación con la población en tránsito, en 2017 se reportaron más de 296 mil sujetos en esta etapa significando un aumento al doble comparado con el

2010, con predominio del sexo masculino; sin embargo, hubo un aumento de las mujeres de un 22.4% a un 30.5%. Nueve de cada 10 migrantes son originarios de Centroamérica, aunque existen también de todos los continentes y regiones (Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas [UPMRIP], 2018).

Según datos del Instituto Nacional de Migración (INM, 2019), en los últimos años en México se incrementó considerablemente el número de personas en situación irregular, debido a los flujos migratorios procedentes de Centroamérica, con destino hacia EUA, según la UPMRIP (2022), tan solo en el primer trimestre de 2022 se incrementaron los arribos de migrantes nacionales y extranjeros en un 148.7% aumentando por consecuencia la cantidad de personas con esta situación en las fronteras del país. En Baja California hasta 2019, permanecían 10 mil migrantes centroamericanos, provenientes de Honduras, El salvador, Guatemala y Belice, el 70 % en la ciudad de Tijuana, la mayoría de ellos están situados en los 32 albergues de atención al migrante y el 25% en hoteles y departamentos.

La frontera norte de México cuenta con un escenario particular en relación con las ITS y VIH debido a la interacción constante con EUA, sin embargo, debido a que existe una pobre cultura en relación con la detección oportuna de dichas condiciones, se ha utilizado la mortalidad como indicador de la enfermedad (Rubio, 2021). Específicamente en Baja California según los datos del informe de vigilancia epidemiológica semana 53 expedido por la Secretaría de Salud (2022), Baja California se encuentra en el segundo lugar de número acumulado de casos de gonorrea y sífilis. En relación con el VIH ocupa el séptimo lugar, con el 4.2% del total nacional, presentando un incremento anual de nuevos casos, el 78.5% son hombres.

La SSA (2021) reconoce a los migrantes como una población vulnerable ante ITS y VIH, sin embargo, se reportan escasos datos sobre la incidencia del problema. Con relación al VIH en migrantes en tránsito, en 2015 se realizó un estudio en la frontera sur de México, donde se estimó que había 390,000 migrantes en tránsito; calculando una

prevalencia del 0.71%-1% de casos de VIH positivos con una estimación de 2769 casos con VIH que es mayor a la prevalencia estimada en 2020 del 0.3%, destacando que en su mayoría los diagnósticos se realizan en las casas de migrantes (Leyva et al., 2016; CESIDA, 2021). De acuerdo con estimaciones del impacto del VIH en esta población, en 2016 tan solo en Europa, representaron el 15% de las nuevas infecciones (Esquivel et al., 2021).

Los migrantes viven diferentes circunstancias que definen el comportamiento sexual que incrementa su vulnerabilidad a la adquisición de ITS y VIH, el riesgo aumenta debido a las Conductas Sexuales de Riesgo (CSR) (Guerra et al., 2017). Los encuentros sexuales con múltiples parejas y el uso inconsistente del condón, son CSR comunes entre los migrantes. Diversos autores mencionan que aproximadamente el 57% mantiene sexo con parejas ocasionales, el 28% practica sexo anal y vaginal sin el uso del condón, diversos estudios reportan que aproximadamente el 68% mantuvo sexo sin condón en su última relación sexual, el 65% mantiene inconsistencias en el uso del condón. Durante las prácticas sexuales, el 78% de las mujeres no usan condones debido a que cuentan con una pareja estable, en comparación con el 49% de los hombres (Días et al., 2019; Días et al., 2020; Marotta et al., 2018; Saint-Val, & Wendland, 2020; Wetzal et al., 2019).

Por otro lado, otra CSR común entre los migrantes es el sexo transaccional, tanto el intercambio económico, como en especie, reportando que alrededor del 60% de migrantes solteros han practicado esta conducta durante el tránsito (Xiao et al., 2020). Aquellos que han practicado sexo transaccional reportan que el 43% ha tenido prácticas sexuales con Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y el 8 % con MTS, así mismo el 6% ha contratado los servicios sexuales de una trabajadora sexual. En el caso de las mujeres migrantes, les ofrecen más dinero por mantener relaciones sexuales sin condón (Andrade & Izcarra, 2019; Davis et al., 2017; Infante et al., 2020).

Además, es frecuente el sexo bajo los efectos de sustancias lícitas e ilícitas, Baru et al. (2020) refiere que el 30% de los migrantes mantiene relaciones sexuales bajo los efectos de alguna sustancia, el 29% practica sexo bajo efectos del alcohol y el 11% bajo los efectos de alguna droga ilícita (El-Bassel & Marotta, 2017; Marotta et al., 2018). Otra conducta que los pone en riesgo es la falta de detección de VIH por pruebas rápidas, reportando que solamente el 24% se la ha realizado en el último año, pero el 48% se la ha realizado alguna vez en su vida (Davis et al., 2017; Martínez et al., 2018).

Continuando con lo anterior, diversos factores influyen en la CSR del migrante por ejemplo el conocimiento sobre el fenómeno, el estudio de la salud pública ha demostrado que los conocimientos deficientes sobre el uso del condón y la prueba de VIH, dificulta la adopción de medidas de prevención (Alvizo & Quintal, 2022). Otro ejemplo, son las actitudes del migrante al riesgo sexual, cuando el migrante presenta mejores actitudes existe mayor adopción de conductas para reducir el riesgo sexual como el uso del condón y la realización de pruebas de detección (Ramírez et al., 2020).

La conducta sexual del migrante también se ve influenciada cuando el migrante se percibe en riesgo sexual, adoptando conductas como el uso del condón y la realización de pruebas de detección (Guerra et al., 2017; Museses et al., 2018). Por otro lado, las creencias sexuales machistas, tiene una importante relación con la decisión de utilizar condones y/o realizarse las pruebas, pues se ha documentado que las creencias sobre la inferioridad de la mujer sobre el hombre, favorece la resistencia para adoptar una práctica sexual protegida (Flores & Garbarino, 2020).

La discriminación migrante y la falta de acceso a condones y pruebas de VIH son otros factores que contribuyen en la conducta sexual del migrante, por un lado, la discriminación que sufren, sometiéndolos a la exclusión social repercute en la salud del migrante elevando el riesgo al VIH (Vásquez et al., 2021). Por otro lado, la falta de acceso a servicios de salud promueve barreras que incrementan la dificultad de obtener

condones y pruebas de detección del VIH, por lo que aumenta la vulnerabilidad de la población migrante a la adquisición de VIH (Reyes, 2019).

En el mismo orden, la autoeficacia para reducir el riesgo sexual, que se conceptualiza como la confianza que tienen las personas sobre la propia capacidad para hacer frente a diferentes situaciones, representa un importante predictor del uso del condón y realización de pruebas de VIH, disminuyendo el riesgo sexual del migrante (Ruiz & Onofre, 2021). Por último, la comunicación sexual es otro factor que influye en la conducta sexual del migrante, pues se ha demostrado que cuando mayor es la comunicación con la pareja, mayor es el uso de medidas protectoras para la salud sexual, como el uso del condón y la realización de pruebas de VIH (Xu et al., 2018).

En otro orden de ideas, en México, existen algunos organismos no gubernamentales, que trabajan en pro de los migrantes, dichos organismos brindan acogida y refugio a esta población, llevando por nombre “casas del migrante o albergues”, ofrecen hospedaje, alimento, atención médica, acompañamiento legal, entre otros, estas casas o albergues son bien conocidos principalmente por los migrantes centroamericanos que pretenden llegar a EUA, incluso marcando la trayectoria que van a seguir para lograr el objetivo (Candiz & Belanger, 2018). En el norte de México, específicamente en Baja California, según el directorio presentado por la OIM (2018) existen alrededor de 24 casas del migrante, atendiendo hombres y mujeres de todas las edades en su mayoría en edad reproductiva, en dichos lugares, cruz roja y médicos voluntarios ofrecen atención médica básica, sin embargo, no se ofrecen intervenciones en salud sexual y reproductiva, actualmente estos albergues propusieron un protocolo de certificación de albergues, hecho que puede ser aprovechado para regularizar y normar la atención en salud que reciben los migrantes en estos espacios, representando una oportunidad para el desarrollo de intervenciones que logren disminuir la conducta sexual de riesgo en los migrantes (Programa de Asuntos Migratorios, 2019).

La literatura evidencia el alto riesgo sexual que presentan los migrantes en tránsito, sin embargo, existen pocas intervenciones para ellos. Las intervenciones disponibles para promover la conducta sexual responsable se han diseñado en su mayoría para población migrante establecida y consisten en aumentar el conocimiento sobre el VIH e ITS, el uso del condón y la realización de pruebas de detección. La OPS (2016) en el plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021, en concordancia con la SSA (2021) mencionan la necesidad de realizar un énfasis mayor en educación, promoción y prevención de las ITS y VIH en personas vulnerables, para incrementar las competencias y control de su propia salud con el fin de dar una respuesta acelerada al fin de la pandemia por VIH y las ITS.

En la literatura existe un modelo de la conducta sexual del migrante (COSEMI) propuesto por Guerra et al (2017), que demuestra la relación entre diversos predictores de la conducta sexual, el cual ofrece la oportunidad de comprender de mejor manera el fenómeno, para poder desarrollar intervenciones que permitan modificar la conducta sexual de riesgo, a través del aumento en el uso del condón y la realización de pruebas de detección. Debido a que los migrantes son una población con situaciones específicas y condiciones sociales, económicas, culturales, psicológicas etc., que limitan su capacidad para adoptar una conducta sexual segura que le permita responder ante situaciones de riesgo de ITS y VIH, es prudente abordar intervenciones conductuales basadas en la comunidad (Rivera et al., 2019).

Según Bartholomew et al. (2016), los programas de promoción de la salud se desarrollan en un contexto socio-ecológico amplio previamente comprendido, tomando en cuenta diferentes niveles que responden a las necesidades de la población objetivo, propone un marco para el desarrollo de intervenciones que incluye: Reconocer la población objetivo, aprovechar sus puntos fuertes y sus recursos, decisiones colaborativas, fomentar el coaprendizaje, equilibrar la generación de conocimiento con

el beneficio de la población, centrarse en perspectivas ecológicas, problemas locales y determinantes de la salud, utilizar procesos iterativos, difundir la información, resultados y beneficios, así como desarrollar un compromiso y un proceso a largo plazo, son características de los enfoques de intervenciones que resultan efectivas.

Existen diferentes estrategias educativas utilizadas para disminuir el riesgo sexual en migrantes, entre las que destaca el abordaje con Entrevista Motivacional (EM). La EM ha tenido resultados positivos para lograr el cambio en la conducta sexual en las personas, se trata de un estilo que permite la comunicación colaborativa y orientada al cambio conductual.

El diseño con EM permite favorecer la motivación y el compromiso con metas específicas, empoderando a las personas para que emanen sus propias razones para cambiar (Miller & Rollnick, 2014). La EM se encuentra fundamentada en los procesos de cambio descritos por Prochaska y Di Clemente (1992) en su modelo transteórico del cambio, este modelo describe que, cómo, cuándo y por qué cambian las personas.

Para comprender el fenómeno del cambio, el modelo describe estadios o etapas por los que la persona pasa para lograr el cambio. Este modelo puede ser de utilidad en el desarrollo de intervenciones, ya que, para alcanzar el éxito en el cambio conductual, es imprescindible conocer en cuál de las etapas de cambio se encuentra la persona, con el fin de diseñar procedimientos adecuados que apoyen la adopción de la nueva conducta (Mussi, 2006).

De acuerdo con lo expuesto en los párrafos anteriores, se demuestra que los migrantes son una población con alto riesgo sexual, con pocos programas de intervención efectivos para modificar dicho riesgo. Así mismo se plantea que existen elementos que pueden permitir el desarrollo de una intervención efectiva. Según Athley y Binder (2018), la enfermería juega un papel importante en el desarrollo de intervenciones para abordar este fenómeno, ya que, acompaña a la persona en todos los procesos de búsqueda de conductas en salud. Por lo que el objetivo del presente estudio

es desarrollar y evaluar la factibilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar de una intervención con EM para reducir el riesgo sexual a ITS incluyendo el VIH/sida en migrantes en tránsito de albergues.

Marco de Referencia

Se utilizarán diferentes teorías para el desarrollo del presente proyecto. El marco que permite el diseño, la implementación y la evaluación de la intervención con EM para reducir el riesgo sexual en migrantes en tránsito de albergues, es el mapeo de la intervención propuesto por Bartholomew et al. (2016). Se utilizó el Modelo de la Conducta Sexual del Migrante (COSEMI) de Guerra et al. (2017) para entender el problema de estudio y los factores causales. Como teoría para el proceso de cambio se utilizó el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Di Clemente (1992) y por último el componente base para la entrega de la intervención fue la Entrevista Motivacional (EM) de Miller y Rollnick (2012). A continuación, se describen cada uno de estos y su aplicación a la presente propuesta.

Mapeo de la Intervención

La propuesta de Bartholomew et al. (2016) se trata de un proceso sistemático no lineal que plantea el desarrollo, la implementación y evaluación de manera iterativa de programas dirigidos a la promoción de la salud, que buscan un cambio en el comportamiento en salud. Consta de seis pasos en los cuales implica evaluar las necesidades, la realización de modelos lógicos, el establecimiento de métodos teóricos, producir la intervención, plantear la ejecución y planificar un método de evaluación basándose en información teórica-empírica-práctica, como se observa en la figura 1.

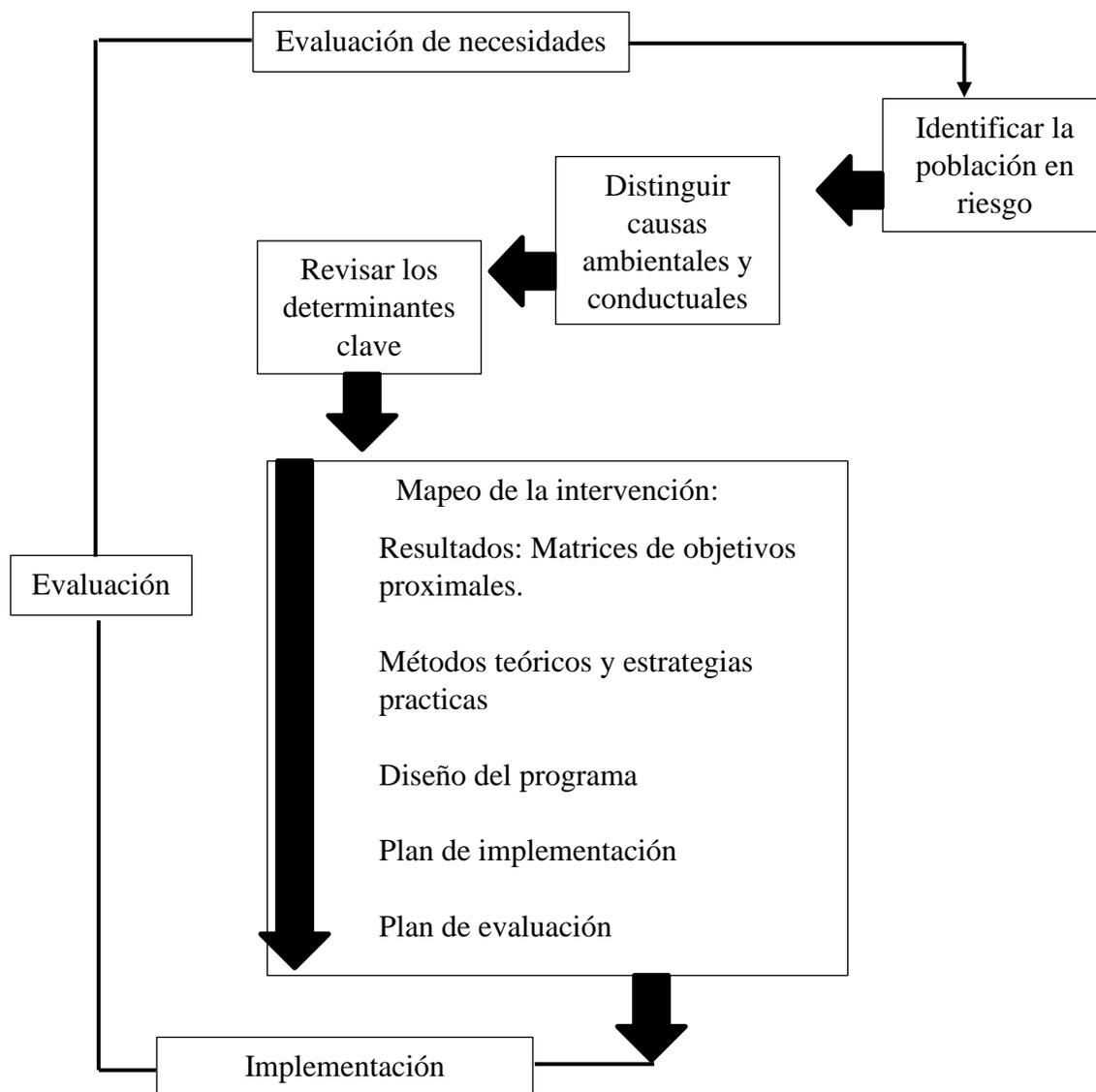
A continuación, se describen los pasos del mapeo de la intervención, así como los marcos contenidos en cada uno de ellos para la fundamentación teórica de la propuesta de intervención.

Paso 1.- Evaluación de las necesidades. El paso inicial para el desarrollo de una intervención es la evaluación completa del problema que ha sido identificado, esto implica

la observación del entorno, los comportamientos y los determinantes de la población diana. Esta evaluación pretende que se obtenga una perspectiva completa del sujeto de estudio y sus problemas.

Figura 1

Mapeo de la intervención



Nota: Representación gráfica de los pasos del mapeo de la intervención descrito por Bartholomew et al. (2016).

El modelo COSEMI de Guerra et al. (2017), ofrece una amplia explicación de la conducta sexual del migrante, a través de las relaciones entre los predictores personales,

ambientales e indicadores de proceso que influyen en el comportamiento de sexo seguro y que incluye la utilización del condón. Los mismos autores sugieren la implementación de la realización de pruebas de VIH para mejorar los indicadores en salud, teniendo una perspectiva más clara por los migrantes sobre lo que conocen, lo que perciben y lo que portan respecto al VIH. Por lo que se considera adecuado para dar una explicación amplia del problema, a continuación, se describe el modelo COSEMI.

Modelo de Transición de la Conducta Sexual del Migrante (COSEMI). La teoría de rango medio de las transiciones de Meleis, brinda el fundamento teórico del COSEMI. Por lo que en sus descripciones contempla facilitadores e inhibidores personales, ambientales, así como indicadores de proceso que anticipan la conducta de sexo seguro (Guerra et al. 2017). El COSEMI parte de la premisa de que la migración es un proceso situacional donde las personas cambian de una situación estable a otra, esta transición se ve afectada por patrones múltiples y secuenciales derivados de la misma migración.

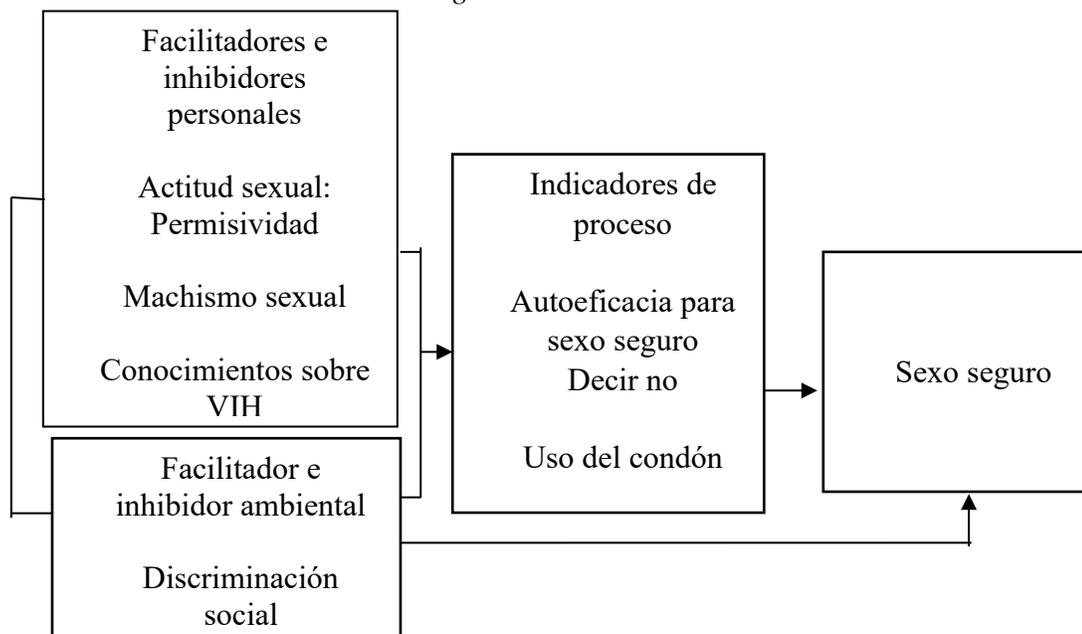
Guerra et al. (2017) mencionan que las persona que se someten a un cambio que implica el desplazamiento de sus lugares de origen, impacta en la conducta sexual que mantienen durante el trayecto. La figura 2 muestra que los facilitadores e inhibidores de la transición tienen una relación entre sí y al mismo tiempo tienen un efecto predictivo del sexo seguro, del mismo modo la autoeficacia para decir no y para usar el condón son predictores del sexo seguro.

Facilitadores e inhibidores. Estos facilitadores e inhibidores se subclasifican en personales y ambientales. En los personales se distinguen: La actitud sexual que se define como la creencia afectiva del comportamiento sexual, que incluye la permisividad; el machismo sexual, que se refiere a los ideales culturales de los migrantes sobre que el hombre es superior a la mujer, que les permite tener derechos sexuales que la mujer no, entre los que destacan el tener más de una pareja sexual, ser infiel, tener hijos fuera del matrimonio y el sexo con trabajadoras sexuales; el conocimiento sobre el

VIH, es la información con la que cuenta el migrante sobre el VIH como los medios de transmisión y prevención.

Figura 2

Modelo de Conducta Sexual del Migrante



Nota: Representación gráfica del modelo COSEMI, descrito por Guerra et al. (2017).

El COSEMI plantea una relación entre los facilitadores e inhibidores (personales) con la discriminación social (ambiental) impactando directamente sobre los indicadores de proceso y sobre el comportamiento sexual seguro del migrante. El facilitador e inhibidor ambiental es la discriminación social, este, hace referencia a la impresión que tienen los migrantes sobre segregación social, debido a estereotipos, estigmas y la segregación que viven durante su desplazamiento.

Indicadores de proceso. Los indicadores de proceso de la transición se componen de: La autoeficacia para el sexo seguro, es decir, la capacidad que tiene el migrante para decir que no y/o utilizar el condón.

Sexo seguro. Esta corresponde a la última estructura del modelo COSEMI, se refiere a la forma en que el migrante practica su sexualidad, es decir, mantiene

relaciones sexuales seguras y responsables, disminuyendo el riesgo de infección por VIH y otras ITS, en las que desataca el sexo seguro. Según el COSEMI, esta estructura se ve influenciada por las presentadas en los párrafos anteriores. El COSEMI destaca el uso del condón y la práctica del sexo seguro como componentes básicos del comportamiento sexual seguro del migrante, haciendo referencia a la frecuencia con la que los migrantes utilizan condón en sus relaciones sexuales, así mismo a las veces que evita situaciones sexuales de riesgo, como el consumir drogas antes del acto sexual, contacto directo con fluidos y /o relaciones con personas de dudosa procedencia.

Es preciso que se mencione que los autores del COSEMI consideran que es importante incluir la realización de pruebas de detección como la del VIH, así como detectar las barreras y beneficios que los migrantes presentan para realizarlas. Lo expuesto por Guerra coincide con las estrategias de prevención combinada propuesta por la OMS para los programas de prevención del VIH y otras ITS, donde se promueve la combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales. El uso del condón, la realización de pruebas de detección, reducción de la discriminación, son algunos de los tópicos que aborda esta estrategia (OMS, 2020; CENSIDA, 2019). Para la contemplación del COSEMI es necesario subestructurar los conceptos para conectar la base explicativa del modelo con los aspectos operativos de la intervención a desarrollar, a continuación, se presenta el proceso de subestructuración de acuerdo con la propuesta de Dulock y Holzemer (1991).

Subestructuración de conceptos. Considerando los conceptos del COSEMI mencionados anteriormente se realiza la subestructuración de sistema teórico (concepto y subconcepto) y sistema operacional (Indicador empírico y medida). Lo anterior en función de que para fines del presente estudio se consideró además del uso del condón, la prueba de VIH. Esta técnica permitirá adaptar el COSEMI para brindar el soporte teórico de base para explicar el problema de estudio y posteriormente realizar el modelo lógico de la intervención.

Dentro de los facilitadores e inhibidores personales se mencionan: Los conocimientos, la actitud sexual: permisividad y el machismo sexual. Para este estudio se hace referencia a estos conceptos como: conocimientos sobre el condón y la prueba de VIH, actitud al riesgo sexual, percepción del riesgo sexual y creencias machistas sexuales.

Los conocimientos son el conjunto de información con la que cuenta el migrante que le permite conocer cuáles son los medios de transmisión y de prevención del VIH (Guerra et al., 2017). Se considera replantear hacia *conocimiento sobre el uso del condón y la prueba de VIH*, que se refiere al conjunto de información con la que cuenta el migrante que le permite conocer aspectos relacionados con las características del empaque del condón y la forma de colocación correcta del condón en el pene. En relación con la prueba le permite identificar, cuando y quienes es necesario realizarse una prueba de detección, reconociendo que es la única forma de saber si vive o no con VIH.

La actitud sexual: permisividad, según Guerra et al. (2017) es concebido como las creencias afectivas sobre la conducta sexual del migrante donde se incluyen la permisividad, la comunión y la mediación. Se propone la *actitud al riesgo sexual*, que es la postura del migrante hacia el uso del condón que le permite defender, usar y/o tener condones listos para usar, aun cuando se enfrenta a situaciones donde se siente presionado para no usarlo, además está dispuesto a realizarse pruebas de detección y/o recomendarla a otros después de un comportamiento de riesgo.

Se incluye la percepción del riesgo, que Guerra et al. (2017) conceptualizo como la creencia que tiene el migrante de estar en contacto con la infección por VIH, refiriéndose a la probabilidad de infectarse o sentirse vulnerable al contagio. Para este estudio se conceptualizo como *percepción del riesgo sexual* que se refiere a la apreciación y/o la idea que tiene el migrante sobre las conductas que suponen un riesgo

sexual como mantener relaciones con desconocidos y/o personas que acaba de conocer o realizarlas bajo efectos del alcohol y tener relaciones sexuales transaccionales.

El machismo sexual, es la creencia del migrante en tránsito sobre que el hombre tiene el derecho de mantener relaciones sexuales con más de una pareja, ser infiel, tener hijos fuera de matrimonio, pagar por sexo, solo por el hecho de ser hombres brindándoles una superioridad sobre las mujeres y en el caso de las mujeres de aceptar dicho comportamiento (Guerra et al., 2017). Se subestructura como *creencias sexuales machistas* que son las ideas, actitudes y comportamientos machistas del migrante como: la idea de que la mujer debe ser menos experimentada sexualmente, una mujer nunca debería estar preparada para un encuentro sexual, que un hombre debe adquirir experiencia sexual, el hombre debe ser dominante y la mujer pasiva, es peor que una mujer sea promiscua a que lo sea un hombre y el hombre decide comenzar el sexo.

En el modelo de Guerra et al. (2017) se contempla dentro de los facilitadores e inhibidores ambientales a la discriminación social. Para este estudio se replantean los conceptos como: la discriminación del migrante y el acceso a condones y pruebas de detección. La discriminación social, Según el autor son las experiencias que menciona el migrante que lo hicieron sentirse excluido socialmente y juzgado a través de estereotipos, estigma y segregación. para este estudio es subestructurado como *discriminación migrante* que son las experiencias que menciona el migrante que lo hicieron sentirse discriminado como: sentirse tratado con menos respeto que a otros, recibir un peor servicio en tiendas, lo hicieron sentirse poco inteligente, las personas le demuestran miedo y es amenazado y acosado. Por otro lado, se adiciona el *acceso a condones y pruebas de detección* que se refiere a la facilidad y/o las barreras percibidas por el migrante para tener acceso y disponibilidad a los condones y las pruebas de VIH.

El COSEMI también describe indicadores de proceso como la autoeficacia para sexo seguro, que dicho por Guerra et al. (2017) es la capacidad que percibe el migrante de sí mismo, sobre poder llevar a cabo una práctica sexual segura y responsable

incluyendo decir no, y uso del condón. Para este estudio se reflexionan como la autoeficacia para reducir el riesgo y la comunicación para la protección de la salud sexual.

La autoeficacia para reducir el riesgo sexual se refiere a la seguridad percibida del migrante sobre la capacidad que tiene para poder utilizar condones en todas sus relaciones sexuales y realizarse la prueba de detección del VIH. *la comunicación sexual* es la conversación que mantiene el migrante con una nueva pareja sexual donde habla sobre tópicos como el uso de condón, el número de parejas sexuales y la necesidad de realización de la prueba de VIH.

Se incluyen las etapas de cambio descritas en el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1992) que son cinco estadios por los que pasan las personas para lograr el cambio, demostrados por las intenciones de cambio representados por actitudes y conductas que podrían presentarse de forma lineal o no entre las etapas que conforman el cambio de conducta. Por otro lado, en el COSEMI contempla como constructo resultado el sexo seguro que Guerra et al., (2017) describió como la forma en la que el migrante mantiene comportamiento sexual seguro y responsable que le permite prevenir el contagio por VIH e ITS utilizando el condón.

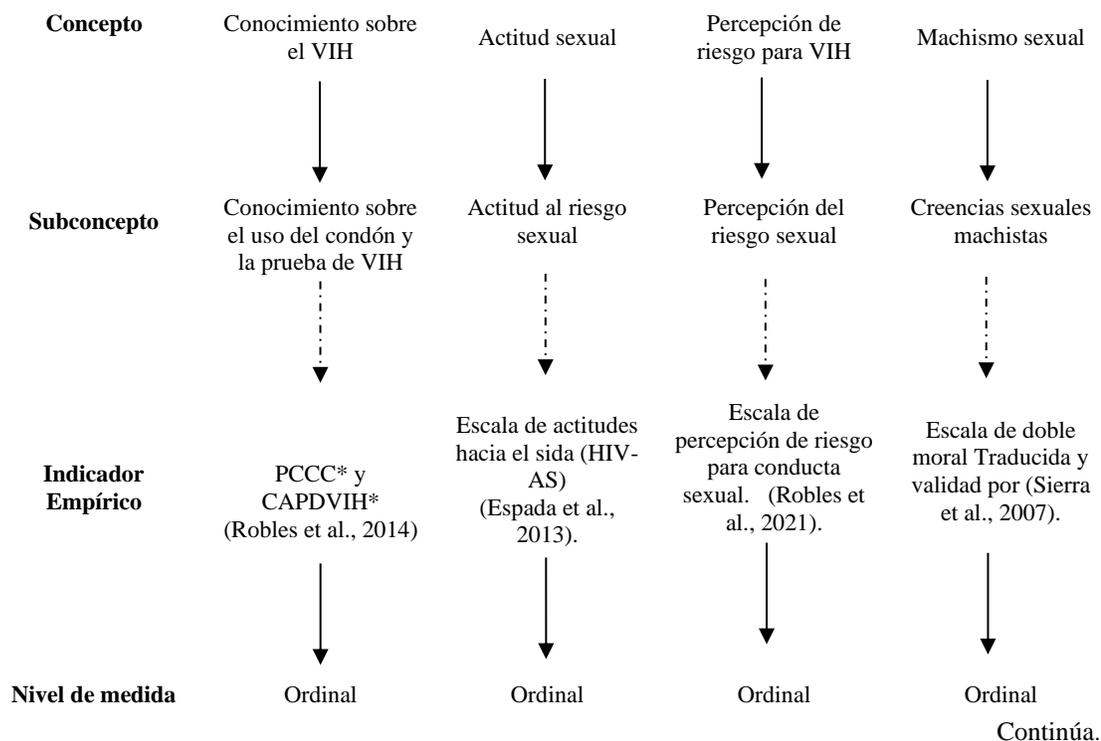
Las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual que son los estadios en el proceso de cambio conductual que dependen de la motivación del migrante para reducir el riesgo sexual, medido por la frecuencia y/o la intensidad en el uso del condón y realización de la prueba de detección del VIH: Precontemplación indicando que el individuo no tiene la intención de usar condones y/o de realizarse la prueba de detección; contemplación, aquí el migrante considera y rechaza el uso del condón y la realización de pruebas de detección; preparación, donde el migrante se encuentra motivado para usar condones y realizarse la prueba de detección en un futuro cercano; acción donde el migrante se encuentra en el proceso de cambiar y ya inicio la utilización de condones y la realización de pruebas; mantenimiento, donde el migrante tiene más de seis meses

utilizando condones y se realiza la prueba de detección periódicamente, sintiéndose cómodo con su nueva conducta.

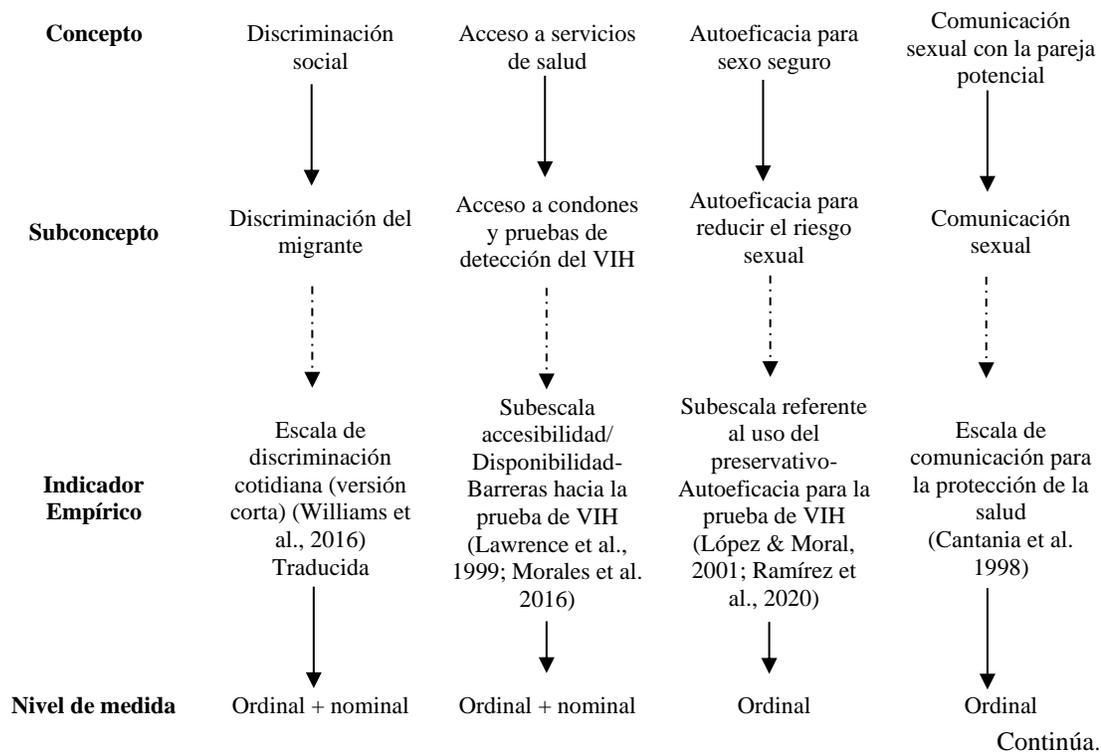
Para este estudio se consideran como resultado el *uso del condón y la realización de las pruebas*, que se refiere a que el migrante utiliza condón en todas sus relaciones sexuales, incluye comportamientos como: el insistir en el uso del condón, detener la estimulación sexual para colocarse o colocarle el condón a su pareja, evitar contacto con el semen o fluidos vaginales, evitar el sexo cuando se detectan lesiones, y se realiza la prueba de detección al menos cada 12 meses. A continuación, se presenta el esquema que muestra la estructura el constructo, conceptos e indicador empírico en la figura 3.

Figura 3

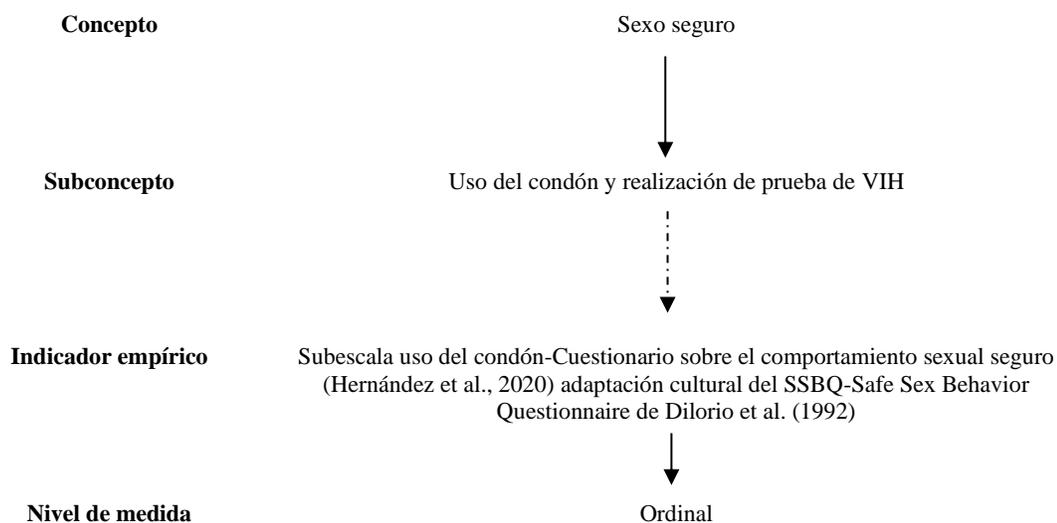
Estructura del modelo lógico de las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual del migrante en tránsito, adaptado del COSEMI



Continuación figura 3.



Continuación figura 3.



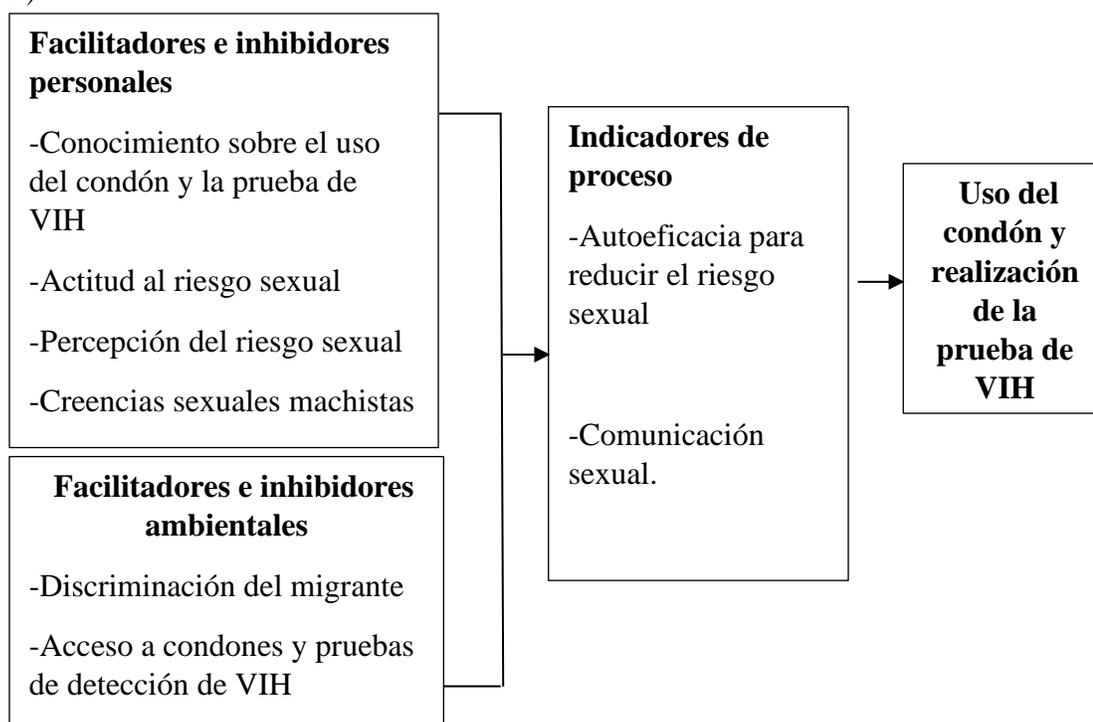
Nota: *PCCC (Prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón) y CAPDVIH (conocimientos asociados a la prueba diagnóstica del VIH)

Paso 2.- Resultados y objetivos del programa: Modelo lógico de cambio.

Bartholomew et al. (2016) propone que durante este paso se establece quien, y que se cambiara como resultado de la intervención, comprende el conjunto de componentes para el establecimiento de modelos lógicos de cambio que abarca niveles ecológicos desde lo individual hasta lo social, donde se identifican determinantes personales y externos que definen los objetivos de desempeño, identificando los roles en cada nivel ecológico seleccionado.

Figura 4

Modelo adaptado de COSEMI para el uso del condón y la prueba de VIH (COSEMI-CP)



Nota: Representación gráfica propuesta por los autores que contiene las variables que intervienen en el uso del condón y la realización de la prueba de VIH, adaptado del Modelo COSEMI, descrito por Guerra et al. (2017).

A continuación, en la figura 4 se presenta Modelo adaptado de COSEMI para el uso del condón y la prueba de VIH (COSEMI-CP) que servirá como base para el desarrollo de la intervención. Donde los facilitadores e inhibidores personales como el conocimiento sobre el condón y la prueba de VIH, la actitud al riesgo sexual, la

percepción del riesgo sexual, y las causas ambientales como la discriminación migrante y el acceso a condones y pruebas de detección tienen un efecto con los determinantes clave, tales como la autoeficacia para reducir el riesgo sexual y la comunicación para la protección de la salud sexual, que a su vez influyen en las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual. Para el desarrollo de la intervención se propone la adición del modelo de las etapas de cambio

Algoritmo para las etapas de cambio del uso del condón y la prueba de detección. Se contempla un algoritmo que ofrece un recurso que facilita la clasificación de los migrantes en alguna de las etapas de cambio descritas en el modelo de Prochaska y DiClemente, para el uso del condón y la realización de pruebas de detección. A través de los resultados que ofrece en dicha clasificación se brinda una combinación de etapas, para abordar una intervención breve hecha a la medida con entrevista motivacional, de acuerdo con los resultados en el algoritmo se establecen una serie de objetivos que deberán plantearse para el desarrollo y enfoque de la entrevista motivacional, y guiar de manera eficaz y eficiente hacia los resultados en el cambio entre las etapas.

Los resultados del algoritmo incluyen: Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento del uso del condón, así mismo, para las pruebas de detección. En relación con las combinaciones y los objetivos se encuentran descritos en el manual de la intervención (Apéndice M).

A continuación, en la figura 5 se muestra el algoritmo que se compone de dos partes, la primera descifra la etapa de cambio de acuerdo con el uso del condón, esta primera parte es una traducción de la propuesta de Grimley et al., (1995) para clasificar a los migrantes de acuerdo con las preguntas sobre la frecuencia del uso del condón y/o la intensidad cada vez que tenga sexo vaginal, oral o anales. La segunda parte, y siguiendo la fórmula descrita por Grimley en su estudio para demostrar la funcionalidad del algoritmo para definir las etapas de cambio, se propone la continuación del algoritmo

para definir la etapa de cambio según el periodo entre la realización de pruebas de detección del VIH y/o la intención de realizarse.

Paso 3.- Métodos basados en la teoría y estrategias prácticas. En este paso se realiza una búsqueda de métodos basados en la teoría y las estrategias más adecuadas para lograr los cambios en la conducta, así mismo se busca cambiar factores organizacionales y ambientales que impacten el entorno de la persona. El método seleccionado ofrece explicación de cómo se produce el cambio conductual, enmarcado por la teoría. Un marco que explica cómo se produce el cambio conductual es el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente (1992), este modelo explica cómo se produce la adopción de una nueva conducta, a través de las etapas de cambio. Así mismo fundamenta teóricamente a la EM, que se trata de una estrategia que permite evocar la motivación intrínseca de la persona para que se produzca un cambio en la conducta. A continuación, se explican los dos métodos.

El modelo transteórico del cambio. El Modelo Transteórico (TTM, por sus siglas en inglés) (Prochaska et al., 1992) ha sido uno de los más utilizados en el estudio de cambios de conductas en salud, entre ellas el uso del condón (Bernard & Fernández, 2019). Se trata de un modelo sociocognitivo conductual que describe las etapas del cambio por las que puede atravesar una persona cuando intenta modificar una conducta, este cambio según Prochaska sucede en seis etapas a manera de transiciones: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída (Prochaska et al., 1992).

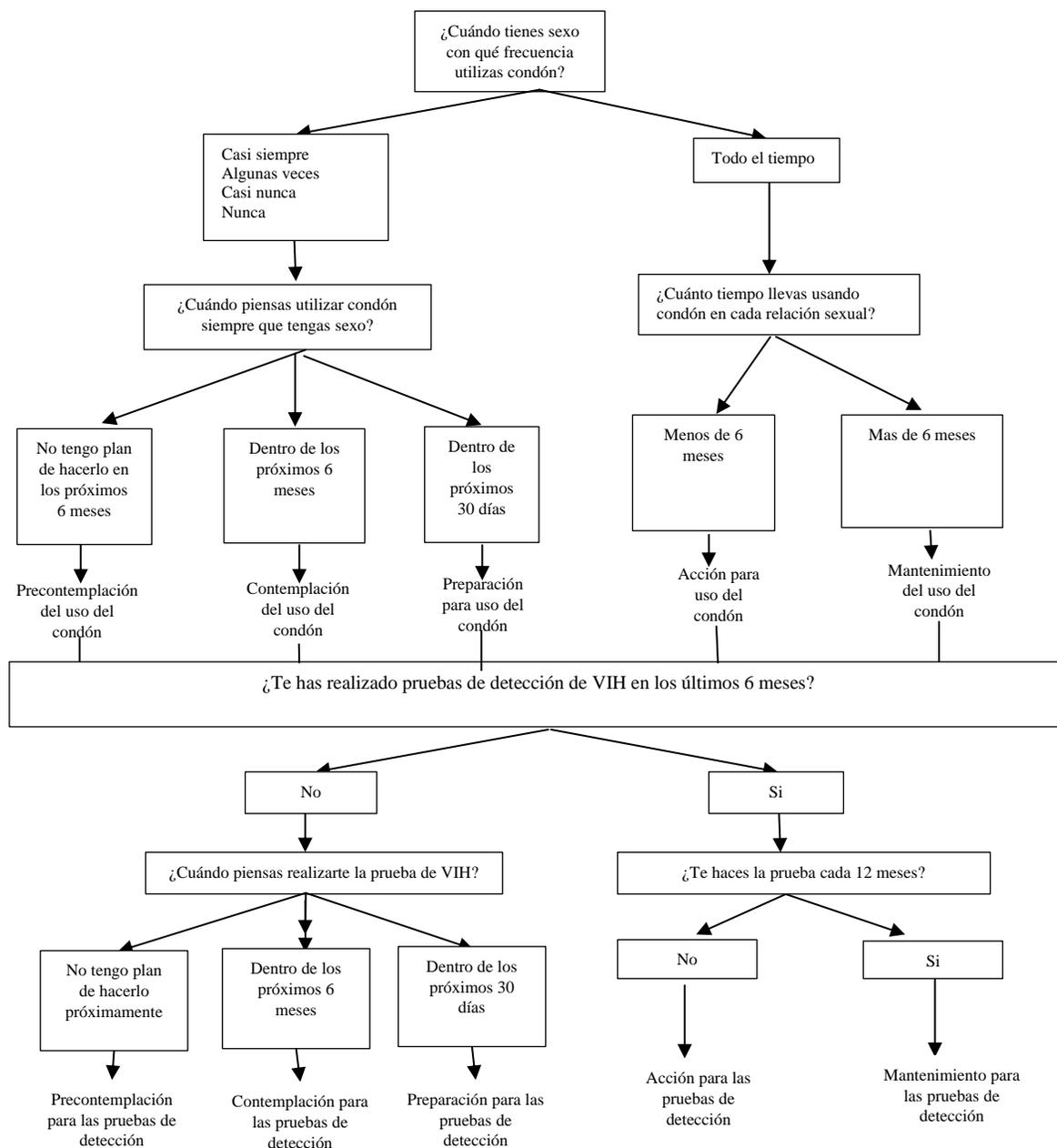
Pre-contemplación. Es la primera etapa, y se identifica ya que en este momento el individuo no tiene intenciones de cambiar su conducta en un futuro cercano, es común que las personas no sean conscientes de un problema y tienen escasa o nula información.

Contemplación. En esta etapa el individuo ya considera el cambio en un futuro cercano, contempla las ventajas de adquirir un nuevo comportamiento y la repercusión positiva que significa para su salud, sin embargo, encuentran desventajas para adquirir el

cambio por lo que puede ocasionar que la persona se mantenga en esta etapa un periodo largo de tiempo.

Figura 5

Algoritmo para las etapas de cambio del uso del condón y la prueba de detección



Nota: Representación gráfica del algoritmo para definir las etapas de cambio hacia el uso del condón y la realización de la prueba de VIH propuesta por los autores.

Preparación. Las personas que han tomado la determinación de cambiar se encuentran ubicadas en esta etapa, incluso, es probable que las personas ya cuenten con un plan de acción para el cambio y contar con algunos intentos anteriores.

Acción. En esta etapa las personas ya han realizado cambios importantes en sus estilos de vida desde los últimos seis meses, sin embargo, en esta etapa se debe valorar de cerca las recaídas, ya que si existiera se considera un intento fallido y por tanto estaría ubicado en la etapa anterior.

Mantenimiento. En esta etapa se consolida el cambio en el comportamiento en salud, la persona debe mantenerse libre de recaídas por más de seis meses, aquí ya se perciben en menor proporción las desventajas de la conducta en salud y se empoderan para el ejercicio del comportamiento saludable.

Terminación y/o recaída. Es la fase crucial donde el nuevo comportamiento se ha consolidado y es difícil abandonarlo ya que se considera parte de la vida, por su parte la recaída es considerada una transición en la que las personas que se ubican en las etapas de contemplación hasta mantenimiento pueden por algún motivo, regresar a una etapa anterior.

Prochaska describe tres conceptos del modelo que representan el resultado de la conducta en salud. El primero es el balance de decisión, este refleja la equivalencia de pros y contras que el individuo realiza ante el proceso del cambio, cuatro categorías son las que miden, que son: ganancias instrumentales para sí mismos- y otros, y aprobación para sí mismo- y otros. Y cuatro categorías de contras o desventajas del cambio: costos instrumentales para sí mismos- y otros, y desaprobación para sí mismos- y otros (Prochaska et al., 1992).

El segundo es la autoeficacia que significa la confianza del individuo por realizar una conducta en salud sin recaer en prácticas no saludables, teniendo una contraparte que es la tentación, que se definió como la urgencia que presenta un individuo por participar en un comportamiento no saludable ante una circunstancia, estas tentaciones

se pueden presentar en situaciones de afecto negativo o malestar emocional, situaciones sociales positivas, y situaciones de ansias o anhelos (Prochaska et al., 1992).

Y por último los procesos de cambio, donde se proponen 10 dimensiones divididos en dos categorías, los procesos de cambio experienciales: Aumento de la conciencia, alivio dramático, Reevaluación del ambiente, liberación social, autoevaluación. Y los procesos de cambio conductual: Control de estímulos, Relaciones de ayuda, Contra condicionamiento, Administración de contingencias, Auto liberación (Prochaska et al., 1992).

La Entrevista Motivacional. La entrevista motivacional (EM) es un componente que ha estado presente en intervenciones efectivas para la prevención del VIH, probablemente sirve de ayuda ya que es común que los migrantes presenten déficits motivacionales para mantener la salud y promulguen cambios en el comportamiento. Si bien se ha demostrado que las intervenciones resultan efectivas en el aumento de habilidades y conocimientos asociados a la reducción del riesgo, los participantes carecen de motivación para hacerlo (Sánchez, 2014).

La EM se desarrolla para fortalecer la motivación y el compromiso de las personas para ejercer un cambio conductual, guiada a través del trabajo colaborativo entre la persona y el entrevistador a través de la conversación y escucha activa (Miller & Rollnick, 2012). Se trata de una estrategia basada en la evidencia efectiva para reducir conductas insanas en el abuso del uso de sustancias como el alcohol y otras drogas, tabaquismo, juegos de azar, conductas sexuales de riesgo y en cambios conductuales referentes a la salud en general (Lundahi et al., 2010).

La EM tiene mecanismos de acción específicos que dirigen su funcionalidad, mantiene controles de calidad que permiten confirmar su realización adecuada, puede ser complementaria de otras intervenciones, suele ser breve y efectuar resultados positivos en la conducta, tiene una mejor aplicabilidad cuando las personas se mantienen resistentes a efectuar un cambio, tiene un mayor impacto en poblaciones vulnerables,

puede llevarse a cabo por cualquier persona capacitada (Burke et al., 2004; Hettema et al., 2005; Lundahl & Burke, 2009; Lundahl et al., 2010; Rubak et al., 2005).

La EM se lleva a cabo mediante cuatro procesos lineales y recurrentes: El primero es *entrelazar*, donde se forman los cimientos y las bases para poder establecer una relación de trabajo colaborativo a través del espíritu de la EM, es primordial transmitir el mensaje de que no se está ahí para indicar lo que se tiene que hacer, sino para entender las perspectivas del paciente para ayudarlo a decidir lo que es mejor para él (Miller & Rollnick, 2012).

El segundo proceso según Miller & Rollnick (2012) se trata de *enfocar*, es decir llegar a través de la negociación y acuerdo con la persona hacia la conducta resultado, es decir la conducta objetivo que dirigirá la conversación, compartiendo información general sobre su persona a través del explorar-ofrecer-explorar, aumentando de esta manera la conciencia del individuo generando discrepancia entre la conducta problemática y sus preocupaciones y/o valores personales.

El siguiente proceso trata de la *evocación*, aquí se debe facilitar la conversación de manera que el individuo exteriorice sus propios argumentos para cambiar, utilizando diversas herramientas de la EM, tal como lo es las preguntas abiertas, afirmaciones, reflejos y resúmenes. La intención es provocar una plática de cambio donde, exista una escucha empática y reflexiva para detectar una ambivalencia entre la permanencia y el cambio (Miller & Rollnick, 2012). El último de estos procesos es el *plan*, donde se establece el cómo lograr el cambio, esto secunda al por qué, del cambio, que se establece en los tres procesos anteriores, en el plan se definen los pasos, las barreras, las fortalezas, los apoyos y los beneficios que tiene la persona con y para el cambio.

La EM se dirige transmitiendo su espíritu subyacente a través de la aceptación, colaboración, compasión y evocación. La aceptación en este caso no es necesariamente que debamos aceptar o estar de acuerdo con la conducta que presenta el paciente, así mismo la aprobación y/o desaprobación del entrevistador son irrelevantes, en primer

lugar, la aceptación implica reconocer las capacidades y el valor que tiene la persona. La colaboración en la EM se da con para la persona. Cada persona es la mejor experta en sí misma. El objetivo del entrevistador es crear una atmosfera interpersonal donde se logre el cambio sin ejercer ningún tipo de presión (Miller & Rollnick, 2012).

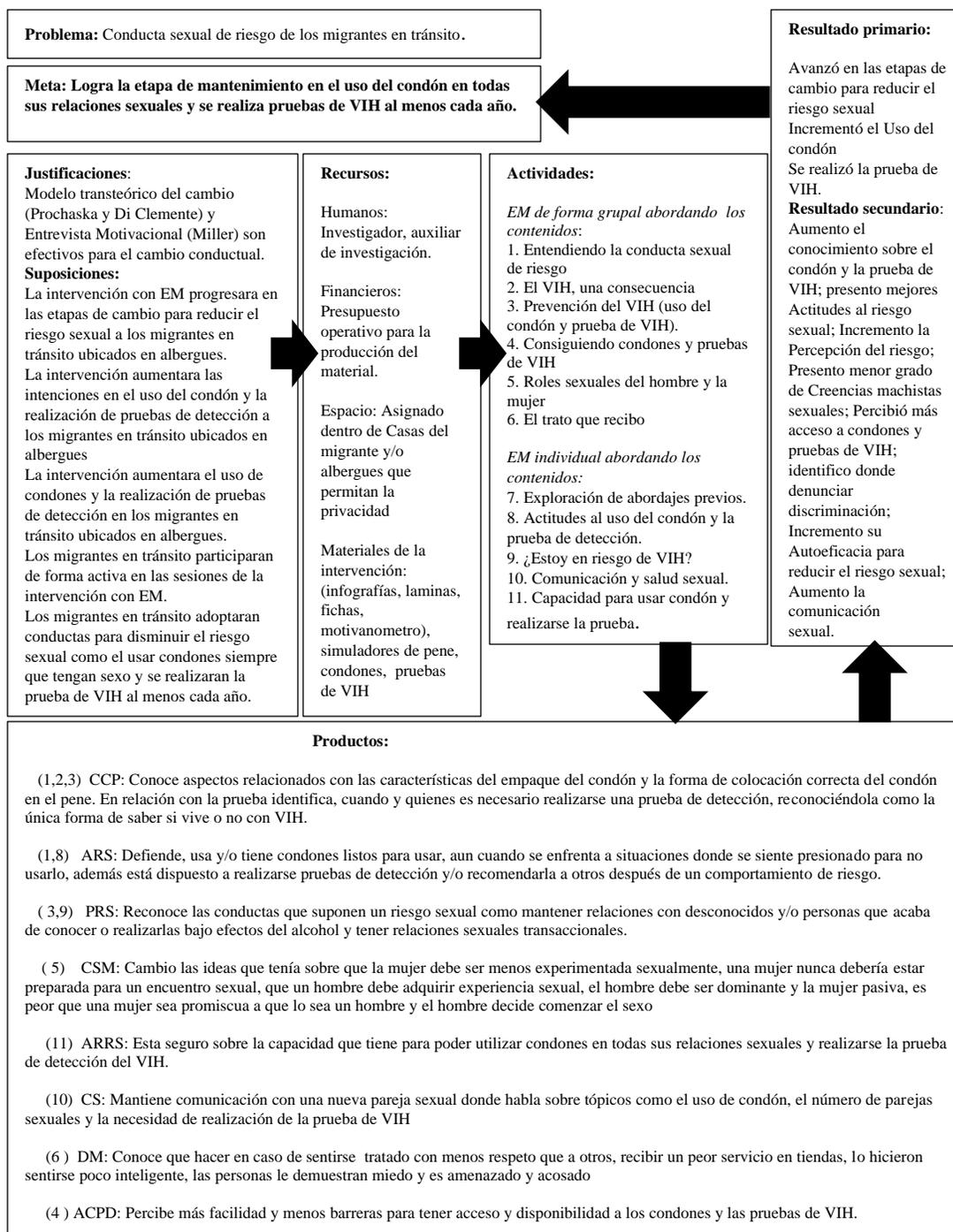
En el mismo orden, la compasión hace referencia a promover de manera activa el bienestar de la persona priorizando sus necesidades, recordando que nuestro servicio es en beneficio de la persona y no en el beneficio propio, por otro lado la evocación, es el cuarto elemento que subyace del espíritu de la EM, trata de descubrir lo que la persona necesita, ya sea conocimiento, ideas, un diagnóstico, sabiduría, racionalidad, habilidades de afrontamiento, etc., dando el mensaje que el entrevistador tiene lo que el necesita y es justo lo que le dará, descubriendo de sí mismo ese ingrediente que le hace falta para concretar el cambio que será proporcionado por el entrevistador (Miller & Rollnick, 2012).

A menudo pudiéramos confundir la EM con otras herramientas que son utilizadas en intervenciones para producir un cambio, es preciso mencionar que la EM no busca confrontar haciendo que el participante “vea la realidad”, no aborda con educación tradicional a la falta de conocimiento, tampoco llega a perder las esperanzas o incrementa los intentos de dirigir, advertir o amenazar al detectar falta de interés o apatía en el participante (Miller & Rollnick, 2012).

A continuación se presenta el modelo del cambio de conducta propuesto para este estudio, donde se comienza con la clasificación del participante en las etapas de cambio para el uso del condón y para la prueba de VIH, de acuerdo con el algoritmo descrito anteriormente, posteriormente se entrega la intervención con EM para avanzar en las etapas de cambio, y llegar al cambio conductual manifestado por el uso del condón en todas sus relaciones sexuales y la realización de pruebas de detección del VIH (Figura 6).

Figura 7

Modelo lógico de la intervención



Nota: CCP: Conocimiento sobre el uso del condón y la prueba de VIH; ARS: Actitud al riesgo sexual; PRS: Percepción del riesgo sexual; CSM: Creencias sexuales machistas; ARRS: Autoeficacia para reducir el riesgo sexual; CS: Comunicación sexual; DM: Discriminación del migrante; ACPD: Acceso a condones y pruebas de detección del VIH.

Paso 6.- Planificación de la evaluación. En este paso se concreta el plan de evaluación de la intervención, dicho plan se empieza a establecer desde la evaluación de necesidades, a través del mapa de la intervención. En esta etapa se define si las decisiones tomadas a lo largo del desarrollo fueron las más certeras. Para evaluar el efecto de la intervención se debe medir el cambio conductual, del entorno, los objetivos de rendimiento y en general los problemas de salud y de la calidad de vida que ha impactado.

Estudios Relacionados

A través de la revisión de la literatura se detectaron diversos estudios abordados en población migrante que demuestran las relaciones planteadas en el *Modelo adaptado de COSEMI para el uso del condón y la prueba de VIH (COSEMI-CP)*. También se presentan las intervenciones sobre la conducta sexual que se han llevado a cabo en migrantes e intervenciones motivacionales abordadas en el fenómeno.

Variables del Modelo adaptado de COSEMI para el uso del condón y la prueba de VIH (COSEMI-CP)

Conocimiento sobre el uso del condón y la prueba de VIH. Ravelo et al. (2019), realizaron un estudio en mujeres migrantes latinas dedicadas al trabajo agrícola, 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 moderada de la autoeficacia del VIH. La muestra fue de 157 participantes. Los resultados muestran que los niveles más altos de conocimiento del VIH se encuentran asociados con una mayor autoeficacia del VIH ($B = .12, p < .05$).

Ruíz (2021), realizó un estudio en hombres y mujeres migrantes ubicados en casas del migrante, con el objetivo de analizar los factores determinantes de la conducta sexual asertiva en migrantes utilizando como sustento teórico el Modelo de Promoción de la Salud. La muestra estuvo conformada por 249 participantes. Los resultados

muestran que el nivel de conocimientos sobre el VIH presenta un efecto positivo en autoeficacia para usar condón ($\beta=.895$, $IC95\%$ [.489, 1.301], $p<.001$) indicando que a medida que aumente el conocimiento, aumentara la autoeficacia en el uso del condón.

Ramírez et al. (2020), desarrolló un estudio con 232 inmigrantes latinas trabajadoras agrícolas con el propósito de conocer las actitudes igualitarias hacia las mujeres con relación al conocimiento del VIH, autoeficacia para el VIH e intenciones de negociar sexo seguro. Los resultados muestran que a mayor conocimiento del VIH ($\beta=.197$, $p<.005$), se presenta mayor autoeficacia para el VIH ($\beta=.210$, $p=.004$), así mismo, se evidencian mayores intenciones para el sexo seguro ($\beta=.172$, $p=.022$), hecho que sugiere relación entre las variables con un impacto en la conducta para reducir el riesgo sexual.

Müllerschön et al. (2019), realizaron un estudio transversal para conocer el impacto del seguro médico entre los migrantes del África Subsahariana en el acceso a la atención médica y las pruebas de VIH en Alemania. La muestra estuvo conformada por 1919 migrantes. Los resultados muestran que entre mayor conocimiento demostrado con tener un título universitario o de enseñanza superior, se asociaba con mayor aceptación de las pruebas de VIH ($OR=1.81$; $IC95\%$:[1.29-2.54]).

Kuehne et al. (2018), realizaron una encuesta participativa basada en la comunidad en inmigrantes del África subsahariana en Alemania para conocer el impacto del conocimiento y el estigma del VIH en la aceptación de las pruebas de VIH. la muestra se conformó por 2782 participantes. Los resultados del estudio declaran que por cada afirmación general que los participantes conocían sobre el VIH antes de participar en el estudio, las probabilidades de realizarse la prueba de VIH aumentaron un 19 % ($OR=1.19$; $IC95\%$:[1.11–1.27]).

Evans et al. (2018), en su estudio para promover la aceptación de las pruebas de VIH entre la población de migrantes de comunidades africanas en Reino Unido, con seguimiento exitoso de 12 semanas a 76 personas que participaron en el estudio. Los

resultados pretest y posttest de las mediciones conductuales muestran un incremento en los conocimientos relacionados con el VIH, logrando un incremento del 80% al 96.4% ($p=.006$) que la prueba del VIH mejoraría sus posibilidades de vivir una vida saludable.

Actitud al riesgo sexual. Ebrahim et al. (2017), realizaron un estudio para examinar los posibles determinantes psicosociales del uso del preservativo en relaciones heterosexuales estables entre 205 inmigrantes somalíes y etíopes. En sus resultados muestra que la actitud sexual se encuentra relacionada con la autoeficacia tanto en los hombres ($\beta=.31, p<.01$) como en las mujeres ($\beta=.41, p<.01$), así mismo, muestra una relación positiva entre las actitudes y las intenciones para el uso del condón ($\beta=.46, p<.01$).

Ramírez et al. (2020), en su estudio para conocer las actitudes igualitarias hacia las mujeres latinas inmigrantes con relación al conocimiento del VIH, autoeficacia para el VIH e intenciones de negociar sexo seguro, la muestra estuvo conformada por 232 inmigrantes. Donde se confirma como las actitudes igualitarias y un menor auto silenciamiento se asocian con una mayor y menor autoeficacia sucesivamente ($\beta=.210, p=.004$; $\beta=-0.241, p<.001$), también muestra que a mayores actitudes se asociaron con mayores intenciones de un comportamiento sexual preventivo ($\beta=0.172, p=.022$).

Guerra et al (2017), desarrolló un estudio que tuvo como objetivo investigar la relación entre indicadores de procesos y las conductas sexuales en migrantes. Con una muestra de 301. Encontró que entre menor actitud sexual de permisividad presenta el migrante, tiene mayor autoeficacia de decir que no en sus prácticas de sexo seguro ($\beta=.5, p<.01$), y que, a su vez, muestra relación entre la actitud y el comportamiento sexuales seguro ($\beta=.17, p<.001$).

Evans et al. (2018), realizó un estudio de intervención para promover la aceptación de las pruebas de VIH entre la población de migrantes de comunidades

africanas en Reino Unido. Con seguimiento exitoso de 12 semanas a 76 personas que participaron en el estudio. Los resultados pretest y postest de las mediciones actitudinales relacionadas con el VIH muestran algunos cambios, por ejemplo, en la afirmación “*Las pruebas tempranas me ayudarán a proteger a otros de la infección*” tenían significativamente más probabilidades de estar de acuerdo en el seguimiento en comparación con la línea de base (*Mdn* (rango): antes=7[1–7]; después =7[5– 7]).

Duracinski et al. (2020) llevó a cabo un estudio con abordaje cualitativo para examinar la aceptabilidad de la introducción de pruebas rápidas y de un cuestionario de detección de factores de riesgo entre migrantes en Francia. Se entrevistaron 34 migrantes. En los resultados se describen actitudes hacia la detección del VIH, los participantes sugirieron experiencias positivas al realizarse la prueba de detección, reconociendo algunos beneficios al realizarse la prueba de detección, entre los que destacan: recibir el tratamiento a tiempo, estar seguro de su estado de salud con respecto al VIH/sida, no infectar a otros y mejorar la calidad de vida, los factores que mencionan como facilitadores que aumentan una actitud positiva hacia la prueba son: sentirse libre del riesgo, percibir la infección del VIH como una enfermedad crónica, dar positivo en alguna enfermedad asintomática como la hepatitis y conocer la alta prevalencia de las infecciones en sus lugares de origen.

Percepción del riesgo sexual. Tarkang et al. (2018) llevaron a cabo estudio para investigar los predictores psicosociales del uso del condón entre los migrantes trabajadores de la construcción en Camerún. La muestra la conformaron 254 participantes. Los resultados del estudio muestran que la percepción del riesgo por los migrantes ante el VIH se relaciona con una mayor autoeficacia para el uso del condón ($OR=2.1$, $IC95\%$: [.72 a 6.12], $p=.017$). Así mismo la susceptibilidad percibida aumenta la probabilidad de usar el condón de manera consistente ($OR=1.30$, $IC95\%$: [.55-2.95], $p=.577$).

Khumsaen & Stephenson (2017), realizaron un estudio con hombres tailandeses en una población vulnerable para comprender si los conceptos de creencias sobre el VIH están asociados con la asunción de riesgos sexuales, en los resultados muestra que entre menor sea la percepción del riesgo, es decir, menor sea la creencia personal de la posibilidad de adquirir el VIH ($OR=0.88$, $IC\ 95\%:[.81-0.96]$) y más autoeficacia para rechazar las relaciones sexuales es mayor la probabilidad de que informe haber tenido relaciones sexuales con una pareja de status serológico desconocido ($OR=1.06$, $IC\ 95\% [1.02-1.10]$).

Uribe et al. (2017), hizo un estudio en hombres y mujeres para determinar en qué medida la percepción de autoeficacia, la baja percepción de riesgo y el rechazo del uso del condón se relacionan con el uso del condón en las relaciones sexuales. Los resultados muestran una relación negativa entre la baja percepción del riesgo y la conducta para reducir el riesgo sexual mediante la frecuencia del uso del condón durante su vida sexual en hombres y mujeres ($r=-.191$, $p<.05$; $r=-.250$, $p<.05$).

Ramírez et al. (2021), implementaron un estudio para determinar la prevalencia de las pruebas de VIH auto informadas antes y después de la migración y las asociaciones de comportamientos sexuales de riesgo entre adultos jóvenes inmigrantes latinos de reciente arribo. La muestra la conformaron 504 inmigrantes de 18 a 34 años. Los resultados del estudio mostraron que el 76.2% no se realizaron una prueba de VIH después de la migración, las principales razones fueron la baja percepción del riesgo de contagio (44.3%) y el no haber recibido la oferta para la realización de la prueba (30.5%). Algunos predictores para la realización de la prueba de VIH después de la migración que describen la percepción de los riesgos reportados son: relaciones sexuales sin condón en los últimos 3 meses preinmigración ($aPR:.66$, $IC\ 95\% [.48-0.91]$, $p<.10$) y relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol y otras drogas ($aPR:1.32$, $IC\ 95\% [0.96-1.81]$, $p<.01$).

Creencias machistas sexuales. Guerra et al. (2017), en el trabajo realizado para comprobar su modelo de conducta sexual migrante. Con una muestra de 301 migrantes, mostró que el machismo se relaciona negativamente con la autoeficacia, indicando que, a mayor autoeficacia para el sexo seguro, los migrantes tienen menor machismo sexual ($r=-.207, p<.01$).

Navarro (2017), en su estudio de comprobación de modelo de la conducta sexual, pero en población de mujeres indígenas que tuvo como objetivo explicar la conducta sexual utilizando el modelo de promoción de la salud en esta población. Se mostró que el machismo/sexismo influyen en la autoeficacia percibida para el uso del condón ($R^2=.14, F [5.380]=12.730, p<.001$). Así mismo la autoeficacia para la colocación del condón influyen en la conducta sexual en estas mujeres ($R^2=.013, F [1,384]=4.978, p=.026$).

Jiménez et al. (2018), en su estudio para determinar la relación de las variables imagen corporal, búsqueda de sensaciones sexuales, uso de material sexual en línea, discriminación por diversidad sexual, machismo, autoestima, conocimientos sobre el VIH, sida y uso del condón, actitud hacia el sexo seguro, autoeficacia para el sexo seguro, apoyo social, intenciones hacia el sexo seguro y negociación para el sexo con la conducta sexual segura en una población vulnerable. No muestra una asociación significativa entre el machismo sexual y la autoeficacia de manera directa ($A=.98, p=.320$), sin embargo, mostro que, a mayor machismo, se presenta menor autoestima y a menor autoestima menor autoeficacia reducir el riesgo sexual ($r=-.238, p<.01$) ($r=.181, p<.01$).

Woods et al. (2018), abordó un estudio cualitativo para estudiar como las percepciones de hombres y mujeres sobre el riesgo relacionado con el VIH en México se ven influenciadas por el género. La muestra la conformaron 24 migrantes. En los relatos se describen como los participantes perciben la migración como una obligación del género masculino relacionándolo a la manutención del hogar, teniendo este sentido del

deber una implicación en la conducta sexual, pues dentro de los aspectos del deber mencionados en los que destacan la fidelidad, las expectativas sexuales y la carga de la prevención del VIH, se menciona sobre las prácticas sexuales de riesgo derivadas del comportamiento masculino durante su estancia en USA, normalizando este comportamiento en los migrantes, pues esta ideología los lleva a tener múltiples sexuales aumentando su riesgo de adquirir el VIH que es percibido como normal entre la comunidad migrante.

Discriminación del migrante. Zucker et al. (2016), realizó un estudio en una población de vulnerabilidad ante el VIH, como son los migrantes, se trata de 154 mujeres de color, donde el objetivo del estudio fue examinar los indicadores de salud psicológica y sexual asociados con los sentimientos positivos y la discriminación en la intersección de la raza y el género, los resultados muestran que existe una relación negativa entre la discriminación y la autoeficacia para el uso del condón ($\beta=-0.36$ $p<.01$).

English et al. (2020), llevaron a cabo un estudio en que se abordó el racismo y el sexismo a través de la sexualidad subjetiva, con el objetivo de examinar los indicadores de salud psicológica y sexual asociados con los sentimientos positivos y la discriminación en la intersección de la raza y el género en una población vulnerable. Los resultados mostraron que a medida que aumenta la discriminación percibida disminuye la autoeficacia para el uso del condón ($\beta=.30$, $p=.02$) lo que sugiere el mismo comportamiento a la inversa.

Guerra et al. (2017), en su estudio de comprobación del COSEMI, desarrollado en población masculina, mostró una relación significativa entre la discriminación social y la conducta para reducir el riesgo sexual ($\beta=.07$, $F [1.292]=4.68$, $p=.032$) así mismo, entre la discriminación y la autoeficacia decir no ($\beta=.09$, $F [1.292]= 8.00$, $p=.006$) además, entra la discriminación y la autoeficacia uso del condón ($\beta=.08$, $F=[1.292]= 6.80$, $p=.011$).

Khatoon et al. (2018), realizaron un estudio en refugiados butaneses en el este de Nepal para describir las características sociodemográficas y evaluar la utilización de servicios de asesoramiento y pruebas de VIH, exploraron además los motivos por los cuales no utilizan dichos servicios. La muestra fue de 323 refugiados hombres y mujeres adultos con riesgo de contraer VIH. la principal razón por la que no visitaban el centro para recibir los servicios de asesoramiento y prueba de VIH fue el estigma auto percibido (55%), destacando también el miedo a la discriminación siendo el 54% de los encuestados quienes manifestaron este motivo para no visitar el centro.

Acceso a condones y pruebas de detección del VIH. Toan et al. (2022), examinaron la prevalencia de las pruebas del VIH, los factores asociados y las razones para obtener o no obtener las pruebas del VIH entre las jóvenes trabajadoras migrantes que trabajan en las zonas industriales de Hanoi, Vietnam. La muestra la conformaron 1061 trabajadoras migrantes. Los resultados muestran que las participantes que habían utilizado los servicios de salud y atención del VIH mientras vivían estaban en la zona estudiada (IZ) tenían más probabilidades de realizarse la prueba de VIH en comparación con las que no eran usuarias de los servicios de salud ($OR=2.08$; $IC\ 95\% [1.41-3.08]$).

Gray et al. (2019), realizaron un estudio cualitativo para conocer los obstáculos a la realización de pruebas de VIH, con migrantes australianos nacidos en la África Subsahariana. Llevaron a cabo 11 grupos de discusión con 77 participantes. En los resultados se describen diferentes experiencias relacionadas a la salud sexual y la realización de pruebas de detección del VIH entre los que destacan el bajo nivel de acceso a los servicios de salud y la poca promoción de la prueba cuando acuden a ellos, mencionando además el costo elevado de los servicios.

Tokar et al. (2020), abordaron un estudio cualitativo para conocer las experiencias de las trabajadoras sexuales inmigrantes en los países bajos, para obtener acceso a las pruebas de detección del VIH. la muestra fue constituida por 36 participantes. Uno de los temas definidos en sus resultados es el estigma y la

discriminación que refleja un motivo importante para que no acudan a los servicios donde pueden tener acceso a las pruebas de detección debido a los movimientos contra la inmigración y la victimización de trabajadoras sexuales, aunado a la creencia que han sido objeto de trata de personas.

Autoeficacia para la reducción del riesgo sexual. Tung et al. (2013), llevaron a cabo un estudio para evaluar la asociación entre géneros y construcciones del TTM, y el conocimiento del VIH/SIDA, se encontró que los participantes en la etapa de contemplación tenían 4.10 veces más probabilidades de tener una alta autoeficacia ($IC\ 95\% [2.10-8.04]$, $p < .001$), se demostró también una relación negativa entre la autoeficacia y la decisión de abstenerse de mantener relaciones sexuales ($OR=0.62$, $IC\ 95\% [0.45-0.85]$, $p=.003$).

Tung et al. (2011), en un estudio desarrollado con el objetivo de evaluar los comportamientos sexuales y de uso del preservativo, muestra que los participantes ubicados en la acción presentaron puntuaciones de autoeficacia significativamente más altas que los de precontemplación en las siguientes situaciones: cuando recibían presión de sus compañeros ($M=3.55\ SD=1.20$ vs. $M=2.88$, $SD=1.06$, $p=.008$); cuando no hay mucho riesgo ($M=3.91$, $SD=1.10$ vs. $M=3.16$, $SD=1.06$, $p=.004$); y cuando el riesgo parece bajo ($M=4.02$, $SD=0.97$ vs. $M=3.04$, $SD=1.14$, $p<.001$).

Ravelo et al. (2019), en el estudio desarrollado en el que examina el impacto de las normas de género de las mujeres sobre el conocimiento del VIH y las habilidades de negociación de la autoeficacia frente al VIH entre las inmigrantes latinas en una comunidad de trabajadores agrícolas. En cuanto a la autoeficacia y su relación con la conducta para reducir el riesgo sexual, mostró que existe una relación positiva entre ambas variables ($\beta=0.188$, $p<.05$).

Ebrahim et al. (2017), en su estudio donde examina el potencial de los determinantes en el uso del condón masculino, llevado a cabo para examinar los posibles determinantes psicosociales del uso del preservativo en relaciones heterosexuales

estables entre 205 inmigrantes somalíes y etíope. Los resultados muestran una relación positiva entre la autoeficacia y la intención del uso del condón, que es considerado una actividad de conducta para reducir el riesgo sexual ($\beta=.59, p<.01$).

Comunicación sexual. Xu et al. (2018), llevaron a cabo un estudio para explorar la asociación entre los factores relacionados con la planificación familiar y la salud sexual, uso de anticonceptivos y uso constante de condones entre 6545 migrantes de tres ciudades en China. Los resultados según los modelos de selección de Heckprobit revelaron que la frecuencia de comunicación sobre el sexo con la pareja sexual se asocia con el uso constante de condones ($\beta=-.26, p=.002$).

Mellini & Poglia (2022), abordaron un estudio cualitativo para comprender los comportamientos de salud sexual que reducen el riesgo sexual entre los migrantes subsaharianos que viven en suiza. Se realizaron 47 entrevistas en profundidad y dos grupos focales con cinco participantes cada uno hasta que se logró la saturación temática, donde destacan cinco estrategias diferentes para el manejo del riesgo sexual: uso constante del condón, pruebas de VIH antes de suspender el uso del condón, selección cuidadosa de la pareja e investigación de su historial sexual, sentimiento de familiaridad con la pareja y confianza en las relaciones íntimas.

En relación con el uso del condón, se reporta que es un tema planteado principalmente por las mujeres, sintiéndose cómodas hablando sobre el uso del condón con sus parejas, por otro lado, también mencionaron que la socialización del uso del condón es un tema en el que los hombres podían tomar la decisión. Sobre la prueba de VIH antes de suspender el uso del condón se menciona que es un tema del que hablan con sus parejas en las que consideran dentro de una relación “larga” o “seria”, mencionando que socializar los resultados de una prueba entre la pareja, era una cuestión de confianza.

Xiao et al. (2013), en su estudio de comunicación sexual, autoeficacia sexual más segura y uso de condones entre jóvenes inmigrantes chinos para encontrar el efecto de

mediación de la comunicación sexual en la relación entre autoeficacia para el sexo seguro y el uso del condón, en 307 hombres migrantes homosexuales activos, 376 hombres migrantes heterosexuales activos y 256 mujeres migrantes. Se demostró en los resultados que, en los hombres y las mujeres heterosexuales, asertividad de la comunicación sexual se asoció positivamente con el uso del condón en los últimos tres episodios sexuales ($\beta=0.159$, $SE=.038$, $p<.05$) ($\beta=.184$, $SE=.066$, $p<.05$).

Etapas del cambio para reducir el riesgo sexual. Gullette & Turner (2004), llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir la relación entre las etapas de cambio y el uso del condón, se muestra que los individuos que se encontraban en una etapa del cambio superior tenían más confianza en la eficacia del uso del condón ($\beta=.31$, $p<.05$).

Tung et al. (2013), en su estudio llevado a cabo para evaluar la asociación entre géneros y construcciones del TTM, y el conocimiento del VIH/SIDA, mostro que los participantes en la contemplación eran 4,20 veces (IC 95% [2.10- 8.41], $p<.001$) más propensos a percibir más beneficios y menos propensos a percibir más barreras que los que estaban en pre-contemplación (IC 95% [0.13-0.44], $p<.001$) para la conducta de abstinencia sexual.

Síntesis. La evidencia científica demuestra que mayor conocimiento sobre el VIH, el uso del condón y las pruebas de VIH, mayor autoeficacia para reducir el riesgo sexual. Así mismo, la actitud que demuestra el migrante al riesgo sexual, aumenta o disminuye la posibilidad de adoptar prácticas que disminuyan el riesgo sexual, como el uso del condón y la realización de pruebas de detección. Por otra parte, la percepción del riesgo sexual aumenta la probabilidad de usar condones en sus relaciones sexuales, así como la predicción para adoptar conductas sexuales de riesgo como la realización de pruebas de detección. Por su parte las creencias machistas sexuales mantienen una relación negativa con la autoeficacia para disminuir el riesgo sexual, por lo que se presume que a menor creencias machistas sexuales mayor practica de conductas que

reducen el riesgo sexual. En relación con la comunicación sexual, se demuestra su asociación positiva con el uso del condón.

En cuanto a la discriminación del migrante y el acceso a condones y pruebas, se demuestra que son dos variables que influyen en la autoeficacia para el uso del condón y la realización de pruebas de detección. También se demuestra que la autoeficacia varía en relación con las etapas del cambio, entre más autoeficacia mejor posicionado estará la persona en las etapas de cambio. Es importante resaltar que los estudios muestran la relación entre variables que se consideran en el modelo de la conducta sexual migrante, por lo tanto, se consideran adecuados en el abordaje de la intervención.

Intervenciones para reducir el riesgo sexual.

A continuación, se presentan las intervenciones desarrolladas para el aumento del condón y la realización de pruebas de VIH. Intervenciones que además del uso del condón y pruebas rápidas abordaban el conocimiento del VIH.

Rhodes et al. (2009; 2011), realizaron una intervención llamada “HoMBReS”, para evaluar la eficacia de una intervención piloto de asesores de salud no profesionales (LHA) diseñada para aumentar el uso del preservativo y las pruebas del VIH entre los hombres migrantes latinos, se llevó a cabo en dos grupos de 15 equipos de fútbol cada uno, centrada en la formación de navegantes para que la intervención sea llevada por pares, se realizó un seguimiento de 18 meses, el cual reflejó aumento del uso del condón en todas sus relaciones sexuales; 43.2% línea base - 65.6% intervención 41.3% control 2.3 (1.2-4.3) *AOR*, también aumento la realización de la prueba de VIH; 9.0% línea base - 64.4% intervención 41.8% control 2.5 (1.5-4.3) *AOR*.

Rhodes et al. (2014), llevaron a cabo otra intervención nombrada como “HoMBReS 2”, que tenía como objetivo evaluar su eficacia para la prevención del VIH e incrementar el uso del condón y de pruebas del VIH entre inmigrantes latinos heterosexuales activos hispanohablantes. Se utilizaron dos grupos, en los cuales se formaron compañeros de salud para que sea abordada entre pares, hubo un tiempo de

seguimiento de 3 meses, y demostró ser eficaz en el aumento el uso del preservativo en los últimos 3 meses (Condón: 34.7%-62.8%; Prueba VIH 27.8%-71%).

Hovey (2007), llevó a cabo una intervención que nombro “Infórmate”, se trata de una intervención realizada en trabajadores agrícolas migrantes mexicanos (hombres y mujeres) para evaluar el impacto del programa de teatro para adolescentes en los conocimientos y actitudes sobre el VIH/SIDA entre los miembros del público de los trabajadores agrícolas de diversas edades, aborda temas sobre el VIH para aumentar sus conocimientos y actitudes, demostrando que es un medio eficaz para lograr el aumento en el conocimiento general del VIH (13.54 [3.4]- 14.82 [2.8] $p<.001$).

Li et al. (2014), desarrollaron una intervención para explorar la eficacia de un programa de prevención y control del VIH/SIDA para migrantes rurales en la provincia de Shaanxi, administrado tanto en zonas rurales como urbanas, a través de un grupo de intervención y uno de control, demostró tras un seguimiento de 6 y 12 meses que los comportamientos sexuales a los 6 meses hubo cambios significativos en ("comunicarse con la pareja sexual" y "tasa de pruebas de ETS") a los 12 meses se presentaron cambios en (sexo comercial, uso del preservativo, razón para usar el preservativo, etc.) en el grupo control no se observaron estas diferencias.

Li et al. (2014), implementó intervención desarrollada en China para probar la eficacia de una adaptación cultural de una intervención conductual basada en la teoría cognitiva social para la reducción del riesgo de VIH/ETS en jóvenes migrantes del campo a la ciudad en China, con un seguimiento de 6 y 12 meses, a grupos de intervención y control, se demostró que los conocimientos sobre el uso del preservativo fueron mayores en el grupo de intervención que en el grupo de control (10.67 frente a 10.24, $p<.05$). El aumento de los conocimientos, la intención y el uso real del preservativo en el grupo de intervención se mantuvieron a lo largo de los 12 meses de seguimiento, excepto el uso del preservativo con parejas ocasionales.

Bahromov et al. (2011), desarrollaron una intervención que también abordó la socialización del VIH, realizada en hombres migrantes trabajadores en Rusia, que nombro TRAIN, el objetivo fue evaluar la viabilidad, la aceptabilidad y los efectos de TRAIN (Intervención sobre el SIDA en tránsito hacia Rusia con recién llegados), demostró eficacia para aumentar el uso del preservativo con las trabajadoras sexuales ($p < .001$) y no trabajadoras del sexo ($p < .001$) tuvo aumentos en el conocimiento del condón ($p < .001$), la preocupación sobre el SIDA ($p < .01$), hablar con las personas sobre el VIH ($p < .001$), hablar con las esposas sobre el VIH/SIDA ($p < .001$).

Rojas et al. (2020), adaptaron una intervención para evaluar su eficacia en inmigrantes latinas preestablecidas que viven en comunidades agrícolas, la intervención lleva por nombre SEPA, se trata de una intervención de reducción de riesgo sexual basada en evidencia, que mostro ser eficaz en para aumentar el uso de condones ($OR=3.21, p < .001$), la autoeficacia ($OR=1.19, p=.018$), las intenciones de negociar el sexo seguro ($OR=1.91, p < .001$) y los conocimientos relacionados con el VIH ($OR=3.86, p < .001$), manteniéndolos hasta los seis meses posteriores a la intervención.

Evans et al. (2018), realizaron un estudio de intervención para promover la aceptación de las pruebas de VIH entre la población a través del envío de mensajes de texto en durante 12 semanas, se incluyeron 169 participantes, de los cuales solamente se logró el seguimiento al 45%. Ocho informaron haber buscado una prueba de VIH durante el período de estudio. Hubo cambios positivos estadísticamente significativos en las actitudes sobre el VIH ($Mdn=9[1-10], n=44, z= -.527, p = . 299$) y una tendencia hacia un mayor conocimiento sobre el VIH (80% al 96.4% [$p=.006$]).

Síntesis. Los estudios de intervención descritos en párrafos anteriores han sido realizados para disminuir el riesgo sexual a través del uso del condón y la realización de pruebas de detección se caracterizaron por realizarse en población migrante ubicada en sus lugares de acogida, son multicomponentes en su mayoría incluyendo el uso del condón, las pruebas de VIH, comportamientos sexuales de riesgo, los conocimientos

sobre el VIH, conciencia al riesgo sexual, actitudes relacionadas al VIH y autoeficacia para el uso del condón, teniendo resultados beneficiosos en las conductas preventivas.

Los resultados evidenciados por estos estudios demuestran efectividad de las intervenciones en un periodo de seguimiento que va desde los tres hasta los 18 meses, principalmente para reducir los comportamientos de riesgo, mejorar los factores de prevención del VIH como el uso del condón, aumentar el conocimiento sobre el VIH, y la realización de pruebas de VIH. la mayoría concluyen en la viabilidad de desarrollar y aplicar una breve intervención de prevención del VIH a los LMW, tradicionalmente considerados una población de difícil acceso y de alto riesgo de infección por el VIH.

Intervenciones con Entrevista Motivacional

Las intervenciones encontradas en la revisión de la literatura que utilizan entrevista motivacional para la reducción del riesgo sexual son pocas, en población migrante solamente se encontró A-SEMI, de las encontradas se abordaron en población de personas que viven con VIH.

Sánchez et al. (2013), llevaron a cabo una intervención a través de un programa nombrado proyecto salud, que tuvo el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención comunitaria para reducir los comportamientos de riesgo y mejorar los factores de prevención del VIH, con un seguimiento de 3 y 9 meses en grupos de intervención A-SEMI y control HPC, demostró que los participantes de A-SEMI tenían 4.6 veces más probabilidades de usar preservativos durante los últimos 90 días ($p < .001$) y 3 veces más de usar preservativos de forma sistemática durante los últimos 30 días ($p < .001$). Los participantes de A-SEMI informaron de menos puntos de vista tradicionales sobre los roles de género ($p = .006$). También presentaban mayores conocimientos sobre el VIH ($p = .009$) y declararon menos barreras percibidas para el uso del preservativo ($p < .001$) y una mayor autoeficacia en el uso del preservativo ($p < .001$).

Grodensky et al. (2017), desarrollaron una intervención con el propósito de analizar la calidad de la entrevista motivacional y las conductas sexuales de riesgo en el

contexto de SafeTalk, una intervención de prevención secundaria del VIH basada en la evidencia. Los resultados arrojaron a través del modelo de Poisson inflado con cero indican que las calificaciones de MISC-2.0 fueron significativamente predictivas de menos actos del coito anal / vaginal sin protección a los 8 meses de seguimiento ($EP=0.74$, $SE=0.22$, $p<.001$)

Chakrapani et al. (2020), realizaron una prueba piloto de una intervención multinivel entre hombres que tienen sexo con hombres que viven con VIH, que se enfocó en factores individuales, interpersonales y comunitarios, este ECA piloto demostró la viabilidad y la eficacia potencial de una intervención de varios niveles que aborda los factores que contribuyen al riesgo sexual a nivel individual, interpersonal y comunitario entre los HSH los grupos tuvieron una disminución estadísticamente significativa en el riesgo sexual en comparación con el estándar de atención (índice de tasa de incidencia [IRR]=.67, IC 95% [.47 a .96]).

Síntesis. Los estudios de intervención realizados con EM, en población migrante solo se encontró una desarrollada a nivel comunitaria para mejorar los factores de prevención del VIH, donde se abordaron variables como el uso del condón, los conocimientos del VIH, las barreras para el uso del condón y la autoeficacia, siendo efectiva para mejorar las puntuaciones de estas mediciones. Por otro lado, otras dos intervenciones con EM abordadas en población vulnerable resulto efectiva para la práctica menor de relaciones sin condón y el riesgo sexual, resultando efectivas para disminuir estas prácticas.

Definición de Términos

Conocimiento sobre el uso del condón y la prueba de VIH

Conjunto de información con la que cuenta el migrante que le permite conocer aspectos relacionados con las características del empaque del condón y la forma de colocación correcta del condón en el pene. En relación con la prueba le permite

identificar, cuando y quienes es necesario realizarse una prueba de detección, reconociendo que es la única forma de saber si vive o no con VIH.

Actitud al riesgo sexual

Es la postura del migrante hacia el uso del condón que le permite defender, usar y/o tener condones listos para usar, aun cuando se enfrenta a situaciones donde se siente presionado para no usarlo, además está dispuesto a realizarse pruebas de detección y/o recomendarla a otros después de un comportamiento de riesgo.

Percepción del riesgo sexual

Es la apreciación y/o la idea que tiene el migrante sobre las conductas que suponen un riesgo sexual como mantener relaciones con desconocidos y/o personas que acaba de conocer o realizarlas bajo efectos del alcohol y tener relaciones sexuales transaccionales.

Creencias sexuales machistas

Son las ideas, actitudes y comportamientos machistas del migrante como: la idea de que la mujer debe ser menos experimentada sexualmente, una mujer nunca debería estar preparada para un encuentro sexual, que un hombre debe adquirir experiencia sexual, el hombre debe ser dominante y la mujer pasiva, es peor que una mujer sea promiscua a que lo sea un hombre y el hombre decide comenzar el sexo.

Discriminación del migrante

Son las experiencias que menciona el migrante que lo hicieron sentirse discriminado como: sentirse tratado con menos respeto que a otros, recibir un peor servicio en tiendas, lo hicieron sentirse poco inteligente, las personas le demuestran miedo y es amenazado y acosado.

Acceso a condones y prueba de detección del VIH

Se refiere a la facilidad y/o las barreras percibidas por el migrante para tener acceso y disponibilidad a los condones y las pruebas de VIH.

Autoeficacia para reducir el riesgo sexual

Se refiere a la seguridad percibida del migrante sobre la capacidad que tiene para poder utilizar condones en todas sus relaciones sexuales y realizarse la prueba de detección del VIH.

Comunicación sexual

Es la conversación que mantiene el migrante con una nueva pareja sexual donde habla sobre tópicos como el uso de condón, el número de parejas sexuales y la necesidad de realización de la prueba de VIH.

Etapas de cambio para reducir el riesgo sexual

Estadios en el proceso de cambio conductual que dependen de la motivación del migrante para reducir el riesgo sexual. Las etapas de cambio son: Precontemplación indicando que el individuo no tiene la intención de usar condones y/o de realizarse la prueba de detección; contemplación, aquí el migrante considera y rechaza el uso del condón y la realización de pruebas de detección; preparación, donde el migrante se encuentra motivado para usar condones y realizarse la prueba de detección en un futuro cercano; acción donde el migrante se encuentra en el proceso de cambiar y ya inicio la utilización de condones y la realización de pruebas; mantenimiento, donde el migrante tiene más de seis meses utilizando condones y se realiza la prueba de detección periódicamente, sintiéndose cómodo con su nueva conducta.

Uso del condón y realización de la prueba de VIH

Se refiere a que el migrante utiliza condón en todas sus relaciones sexuales, incluye comportamientos como: el insistir en el uso del condón, detener la estimulación sexual para colocarse o colocarle el condón a su pareja, evitar contacto con el semen o fluidos vaginales, evitar el sexo cuando se detectan lesiones, y se realiza la prueba de detección del VIH al menos cada 12 meses.

Eficacia preliminar

Se trata de los resultados que brindan un preámbulo del efecto que tendrá la intervención propuesta para avanzar en las etapas del cambio para reducir el riesgo sexual en migrantes en tránsito de albergues.

Factibilidad

Es la capacidad para llevar a cabo la intervención breve con EM según la metodología planteada, la fidelidad de la intervención en la implementación, así mismo con los procedimientos de reclutamiento, los procedimientos de cribado, la aleatorización y la retención de los participantes.

Tasa de reclutamiento. Es el porcentaje de migrantes en tránsito que aceptaron participar en el estudio sobre el total de migrantes que cumplieron con los requisitos de inclusión.

Tasa de retención. Es el porcentaje de migrantes en tránsito que completaron el estudio hasta el mes del seguimiento.

Indicadores de factibilidad. Se refiere a la descripción de las adecuaciones o limitaciones presentadas en el desarrollo de la intervención, incluyendo la disponibilidad y entrenamiento de los participantes, así como los recursos materiales utilizados. Además, incluye la factibilidad de los métodos de reclutamiento, la aleatorización para la asignación de los grupos y la retención de los participantes.

Limitaciones para la participación. Son los factores que pueden dificultar el estudio, observados durante el desarrollo de la intervención, manifestados por los participantes durante el reclutamiento, participación, tiempo, consentimientos, seguimiento etc.

Aceptabilidad

Es la capacidad en la que logra que los migrantes en tránsito consideren adecuada la intervención con EM, medido a través de las tasas de aceptación y de abandono, la evaluación de la satisfacción de la intervención.

Tasa de aceptación. Se trata del porcentaje de migrantes que acepta participar sobre el número de posibles participantes que fueron evaluados.

Tasa de abandono. Se trata del porcentaje de participantes abandonaron el estudio entre sesiones y el seguimiento.

Objetivos

General

Evaluar la eficacia preliminar de una intervención con EM para reducir el riesgo sexual a ITS y VIH/sida en migrantes en tránsito en albergues.

Específicos

- 1 Examinar la factibilidad de una intervención con EM para reducir el riesgo sexual a ITS y VIH/sida en migrantes en tránsito en albergues.
- 2 Analizar la aceptabilidad de una intervención con EM para reducir el riesgo sexual a ITS y VIH/sida en migrantes en tránsito en albergues.

Hipótesis del estudio

- H1 Los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM aumentarán los conocimientos sobre el uso del condón y la prueba de VIH, en el postest y al mes, en comparación con el grupo control.
- H2 Los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM presentarán mejores actitudes al riesgo sexual en el postest y al mes, en comparación con el grupo control.
- H3 Los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM incrementarán la percepción al riesgo sexual el postest y al mes, en comparación con el grupo control.

- H4 Los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM presentarán en menor grado creencias sexuales machistas en el posttest y al mes, en comparación con el grupo control.
- H5 Los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM presentarán una percepción más baja de discriminación del migrante en el posttest y al mes, en comparación con el grupo control.
- H6 Los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM percibirán más acceso a condones y pruebas de detección del VIH el posttest y al mes, en comparación con el grupo control.
- H7 Los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM incrementará su autoeficacia para reducir el riesgo sexual el posttest y al mes, en comparación con el grupo control.
- H8 Los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM aumentará la comunicación sexual en el posttest y al mes, en comparación con el grupo control.
- H9 Los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM avanzarán en las etapas del cambio para reducir el riesgo sexual el posttest y al mes, en comparación con el grupo control.
- H10 Los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM aumentarán el uso de condón y la realización de la prueba de VIH en el posttest y al mes, en comparación con el grupo control.

Capítulo II

Metodología

A continuación, se describen el diseño de estudio, población, muestra y muestreo, criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los participantes, los instrumentos de medición. Así mismo se dedica un apartado a la descripción de la intervención como del tratamiento control, el procedimiento para el desarrollo del estudio y fidelidad de la intervención. Al final del capítulo se definen las consideraciones éticas y el plan de análisis de los datos resultados del estudio.

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un Ensayo Controlado Aleatorizado piloto ya que los objetivos de este estudio están encaminados a evaluar la eficacia preliminar, factibilidad y aceptabilidad de la Intervención con EM en migrantes adultos en tránsito. Según Blatch-Jones et al. (2018), los estudios piloto exploran los componentes metodológicos de un ECA a futuro, al mismo tiempo define y explora los procesos de reclutamiento y recolección de datos, determina el tamaño de la muestra, determina la factibilidad, aceptabilidad y resultados preliminares de la intervención propuesta.

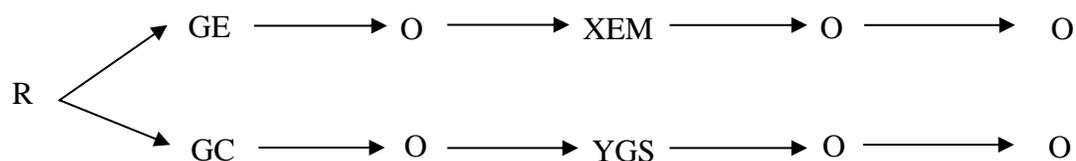
Asimismo, Gitlin y Czaja (2015), recomiendan que los ensayos pilotos sean utilizados para refinar y evaluar los efectos potenciales de los componentes de nuevas intervenciones. También refieren que los estudios piloto son la base para el diseño de un ensayo aleatorizado y controlado definitivo. Se utilizarán los métodos y procesos para el desarrollo de ensayos controlados aleatorizados piloto y factibilidad de la extensión CONSORT (Thabane et al. 2016).

Se empleó un diseño experimental con grupo de control con medidas en el pretest-postest, y al mes en seguimiento. Según Grove et al. (2013), es un diseño ideal cuando se tienen dos grupos aleatorizados, donde uno recibe el tratamiento y el otro un placebo. Este diseño permitió comparar las puntuaciones del pretest y del postest en los grupos, comparar los grupos control y experimental y comparar las diferencias del

pretest/posttest entre las muestras, permitiendo dar respuesta a los objetivos planteados como se muestra en la figura 8.

Figura 8

Esquema del diseño del ECA Piloto



Nota: R=aleatorización; GE=Grupo Experimental (ICEM-CP); GC=Grupo control; O=Medición XEM= Intervención con EM; YGS= Tratamiento control.

Población, muestra y muestreo

La población la conformaron hombres y mujeres adultos migrantes en tránsito ubicados en albergues y/o casas del migrante. El tamaño de la muestra fue de 177 participantes, 90 en grupo experimental y 87 en grupo control. Para el cálculo se utilizó el paquete estadístico nQuery Advisor, considerando una prueba t test para dos medias, con nivel de error del .05, una potencia del 90%, un tamaño de efecto moderado de .6 y considerando una pérdida del 30% ya que de acuerdo con varios autores se recomienda considerar una muestra mayor de participantes ya que en todo estudio con seguimiento hay tendencia a abandonar el estudio (Moore et al., 2011).

Se utilizó un muestreo probabilístico por conglomerados, considerando los albergues de mayor afluencia en la ciudad de Tijuana, asegurando la participación de hombres y mujeres, debido a que es común que los albergues y/o casas del migrante, alojen solo a hombres y/o solo mujeres.

Criterios de inclusión

Migrantes en tránsito en edades de 18 a 55 años, con vida sexual iniciada. Se considero para participar todos los migrantes que cumplan con los criterios mencionados y que se comprometan a contactarse un mes después para el seguimiento, esto se evaluara con una guía de preguntas iniciales que sirven de filtro (Apéndice A).

Para poder participar en el estudio, las personas deberán cumplir con lo siguiente:

- Permanecer durante el tiempo que dure la intervención y brindar datos de contacto para el seguimiento al mes.
- Acudir con regularidad al albergue donde será reclutado.
- Que dominen el idioma español.

Criterios de exclusión

Todos los interesados en participar en el proyecto, que cumplan con los siguientes criterios fueron excluidos, se verificaron con la guía de preguntas iniciales (Apéndice A). Sin embargo, para evitar que se sientan excluidos se les brindó a todos la intervención que se le ofreció al grupo de control.

- Que se encuentre bajo la influencia de alcohol u otras drogas al momento del reclutamiento y/o durante la intervención lo cual fue evaluado por el intervencionista a través de la observación.
- Ser indigente y no se encuentre en tránsito lo cual fue evaluado por el intervencionista a través de la observación.
- Que cuente con diagnóstico de VIH/sida lo cual fue evaluado a través de una pregunta filtro.

Criterios de eliminación

Se eliminaron aquellos que no respondieron completamente los instrumentos y los que los respondieron pero que cumplían algún criterio de exclusión.

Instrumentos de medición

Cédula de Datos Personales

Se trata de un cuestionario diseñado para la medición de las características sociodemográficas de los migrantes en tránsito que participaran en el proyecto, incluye preguntas cerradas con opción de respuesta como el género, estado civil, además incluye preguntas abiertas como la edad, escolaridad, lugar de procedencia, estatus migratorio,

tiempo que lleva en tránsito, número de parejas sexuales, practica de sexo transaccional, uso de alcohol y otras drogas (Apéndice B).

Conocimiento Sobre el Uso del Condón y la Prueba de VIH

Se utilizaron dos instrumentos, el primero se trata de la escala validada por Robles et al. (2014) *prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón*. Este instrumento incluye seis afirmaciones sobre aspectos relacionados con el empaque y la forma correcta de colocarse y retirarse el condón, con opciones de respuesta cierto, falso y no sé. Las respuestas correctas son codificadas con (1) y las incorrectas (incluidas las de *no sé*) con un valor de (cero), donde a mayor puntuación refiere mayor nivel de conocimientos. Un ejemplo de ítem es “Es necesario colocar el condón hasta la base del pene porque si no se desliza durante el acto sexual”. Fue sometida para obtener el poder discriminativo de cada reactivo, a través de un análisis factorial, se incluyeron aquellos reactivos con carga factorial mayor a .40. Se reporta un índice de dificultad de la prueba de .37 y un alfa de Cronbach de .75 (Apéndice C).

En relación con la prueba de VIH se utilizó el Instrumento de *conocimientos asociados a la prueba diagnóstica del VIH* diseñado y validado por Sanabria et al. (2020) para medir los conocimientos correctos e incorrectos sobre la prueba de VIH. Se compone de 14 ítems con formato de respuesta de “verdadero” y “falso”, con puntuación que van de 0 a 14 donde los puntajes más altos de acierto indican mayor conocimiento sobre la prueba. El instrumento fue sometió a validación de contenido por expertos, que evaluaron coherencia, pertinencia y claridad de los ítems, un ejemplo de ítem es “Solo puedo saber que tengo VIH mediante una prueba en sangre”. Se evaluó la claridad de las preguntas con una muestra de 30 participantes. El alfa de Cronbach del instrumento es de .73 (Apéndice C).

Actitud al Riesgo Sexual

Se utilizó la *escala de actitudes hacia el SIDA (HIV-AS)* desarrollada y validada por Espada et al. (2013) para evaluar las actitudes hacia el VIH/SIDA en adolescentes

españoles. Consta de 12 ítems que miden cuatro factores: 1) actitudes hacia las conductas de protección cuando existen obstáculos; 2) actitud hacia la prueba de detección del VIH; 3) actitud hacia el uso del condón; 4) actitud hacia las personas con VIH/SIDA. Para este estudio se utilizaron las primeras 3 subescalas mencionadas. Las opciones de respuesta son en escala tipo Likert de cuatro puntos que van de 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo) donde a mayores puntuaciones, mejores actitudes.

La escala fue sometida a validez de constructo por cinco expertos, un ejemplo de ítem es “Si fuera a tener una relación sexual y me doy cuenta de que no tenemos preservativos, esperarí a tenerlos para mantener el contacto sexual”. Se incluyeron reactivos que presentaron cargas mayores a .40 en el análisis factorial. Para la validez concurrente se relacionaron las puntuaciones con la escala multicomponente de fobia al sida (MAPS) por su relación conceptual y practica entre los conceptos. Los resultados muestran la relación estadísticamente significativa ($p < .01$) entre el MAPS y el puntaje total de HIV-AS ($r = -.48$), el factor obstáculos ($r = -.19$), prueba de VIH ($r = -.23$), uso de condones ($r = -.31$). La escala presenta un alfa de Cronbach de .77 (Apéndice D).

Percepción del Riesgo Sexual

Se utilizó la *escala de percepción del riesgo para conducta sexual*, desarrollada y validada por Robles et al., (2021) para medir la percepción del riesgo para conducta sexual en jóvenes ecuatorianos. Consta de 27 ítems divididos en cuatro subescalas: Percepción del riesgo sobre conductas sexuales, percepción sobre el uso del preservativo, conocimiento de los antecedentes sexuales de la pareja y fuentes de información sobre sexualidad, de las cuales se considerarán solo la subescala de percepción del riesgo sobre conductas sexuales.

De acuerdo con lo anterior, el instrumento incluye 11 ítems con formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones, siendo 1 “nada de acuerdo”, 2 “algo de acuerdo”, 3 “medio de acuerdo”, 4 “muy de acuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”. Una

mayor puntuación indica que las personas evaluadas perciben aquellas conductas sexuales de riesgo. Un ejemplo de pregunta es “Tener relaciones sexuales con personas a las que se les debe de pagar es una conducta de riesgo”.

Para su validación, los autores sometieron la escala a revisión por expertos. Se llevó a cabo el análisis factorial, que permitió excluir los ítems con carga menor a .40. Se le realizó una prueba test-retest, utilizando el índice Rho de Spearman para variables ordinales obteniendo una elevada estabilidad del instrumento ($r = .968, p < .001$). Se reporta un alfa de Cronbach en la subescala “Percepción de Riesgo sobre Conductas Sexuales” de $\alpha = .93$; la escala completa presenta un alfa de .91 (Apéndice E).

Creencias Machistas Sexuales

Se utilizó la *escala de doble moral* (DSS, por sus siglas en inglés) de Carón et al, (1993) traducida y validada por Sierra et al., (2007). Se trata de una escala de 10 ítems con opción de respuesta tipo Likert de cinco puntos que van desde 1 (totalmente de acuerdo) hasta 5 (totalmente en desacuerdo) donde las puntuaciones más bajas indican la presencia de doble moral sexual en mayor grado. Un ejemplo de preguntas es “Es importante que los hombres sean experimentados sexualmente para poder enseñarle a la mujer”.

Fue traducida por expertos, una vez traducida se revisó la redacción por cinco expertos en sexualidad humana calculándose el porcentaje de acuerdo, se aplicó a una muestra para saber si la escala era comprensible. Se realizó análisis factorial, donde se obtuvieron cargas factoriales superiores a .40. La validez concurrente se obtuvo utilizando las puntuaciones de erotofilia, erotofobia y homofobia por el SOS. Las correlaciones demostraron que las actitudes positivas hacia la sexualidad (erotofilia) se asociaron a una mayor puntuación en la DSS ($r = 0,33$ y $r = 0,24$ en hombres y mujeres, respectivamente); entre las actitudes sexuales negativas (erotofobia y homofobia) y la DSS la Relación resultó inversa ($r = -0,28$ y $-0,31$). Presenta una consistencia interna de $\alpha = .70$ y $.76$ en mujeres y hombres respectivamente (apéndice F).

Discriminación del Migrante

Se utilizó la versión corta traducida de la *escala Everyday discrimination scale* (escala de discriminación cotidiana) desarrollada por Williams et al (1997), traducida al español y validada por Krieger (2005), se trata de una escala que mide la frecuencia con la que las personas se han sentido discriminadas en su vida cotidiana. La versión corta contine 5 ítems y una pregunta de seguimiento al final de la escala, las categorías de respuesta son: casi todos los días, al menos una vez a la semana, algunas veces al año, menos de una vez al año y nunca. Un ejemplo de pregunta es “Te tratan con menos cortesía o respeto que a otras personas”.

Todos aquellos que respondieron “algunas veces al año” u otra que indique más frecuencia en al menos una pregunta debe responder a: ¿Cuál cree que es la razón principal de estas experiencias? Las opciones de respuesta incluyen: Su ascendencia u origen nacional, su género, su raza, su edad, su religión, su altura, su peso, algún otro aspecto de su apariencia física, su orientación sexual, su educación o nivel de ingresos, indicando más de una respuesta si corresponde.

La escala traducida fue sometida al análisis exploratorio factorial que demostró cargas mayores a .40. Se reporta prueba de test-retest para confiabilidad con correlaciones de .69 y superiores con los puntajes del EOD (escala de experiencias de discriminación). Se reporta una consistencia interna con un alfa de Cronbach de .72 (Apéndice G).

Acceso a Condones y Pruebas de VIH

Para medir el acceso a condones se utilizó la Condom Barriers Scale (escala de barreras del condón) traducida al español, desarrollada y validad por Lawrence et al., (1999). Se trata de una escala de 29 ítems divididos en cuatro subescalas: accesibilidad/disponibilidad, barreras de pareja, efecto sobre la experiencia sexual y barreras motivacionales, de las cuales solamente se considerará la primera. Por lo que el instrumento incluye ocho ítems con respuesta en escala tipo Likert de cinco puntos,

1=totalmente de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= en desacuerdo y 5= totalmente en desacuerdo. Un ejemplo de ítem es “No tengo como comprar o conseguir condones”.

Los autores evaluaron la estructura con un análisis factorial que permitió elegir los ítems con una carga superior de .40 para cada subescala, las correlaciones entre ítems no superaban el .90 y la eliminación de los ítems no disminuyó la confiabilidad de las subescalas. La consistencia interna reportada para esta subescala es de $\alpha = .74$ la escala en general obtuvo $\alpha = .92$. Se realizó validez convergente analizando las correlaciones entre la escala y la frecuencia del uso del condón, relacionándose negativamente ($r = .27, p < .005$),

Para explorar el acceso a las pruebas de VIH se utilizó la escala de *Barreras hacia la prueba de VIH*. Se trata de un instrumento diseñado por Peralta et al (2007) traducido al español por Morales et al., (2016) que cuenta con 16 barreras clasificadas en seis bloques, donde el participante debe señalar las razones por las que no se ha realizado una prueba del VIH, Para este estudio se extrajeron únicamente los bloques que se relacionan con la facilidad y/o barreras para tener acceso y disponibilidad a las pruebas de VIH. Un ejemplo de ítem es “Nunca me han ofrecido hacerme la prueba de VIH” La consistencia interna del instrumento se reporta en $\alpha = .71$ (Apéndice H).

Autoeficacia para Reducir el Riesgo Sexual

Se utilizó la *subescala referente al uso del preservativo de la escala de autoeficacia para prevenir el sida* validada por López & Moral (2001). Se trata de una escala de autoeficacia de 27 elementos para prevenir el SIDA (SEA-27) con preguntas tipo Likert y dicotómicas. La subescala comprende únicamente el segundo factor compuesto por ocho elementos referentes al uso del condón con respuestas tipo Likert donde 1= nada seguro, 2= algo seguro, 3= medio seguro, 4= muy seguro y 5= total seguro. Un ejemplo de pregunta es “¿Qué tan seguro estas de ser capaz de usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales”?

Muestra una estructura tetradimensional ortogonal que explica 58.47% de la varianza con un alfa de Cronbach de .89. Este factor explica el 14.29% de la varianza. Fue sometida a la validez de constructo de SEA-27 con relación a otras variables donde la edad correlaciona significativamente sólo con el segundo factor de SEA-27 ($r=.117$, $p<.01$). A mayor edad, mayor autoeficacia percibida para usar el preservativo (SEAF2). La clase social se correlaciona con su segundo factor ($r=.110$, $p=.003$). A mayor clase social, mayor autoeficacia para usar el preservativo (SEAF2). La escala completa presenta una consistencia interna de $\alpha=.89$, para la subescala de autoeficacia al uso del condón se reporta un alfa de $\alpha=.75$.

Se adicionan dos ítems que medirán la *autoeficacia para la prueba de VIH* propuestos por Ramírez et al. (2020) en su estudio de autoeficacia y pruebas del VIH entre adultos latinos emergentes: examen de los efectos moderadores de la tolerancia a la angustia y las conductas sexuales de riesgo, que tuvo como objetivo examinar la asociación entre la autoeficacia para la prueba del VIH, la tolerancia a la angustia y el historial de pruebas del VIH a lo largo de la vida. Los ítems propuestos son: “Estoy seguro de que podría hacerme la prueba del VIH” y “Estoy seguro de que podría encontrar un lugar donde pueda hacerme la prueba del VIH” con escala de medición tipo Likert que va desde 1=muy en desacuerdo hasta 4=muy de acuerdo. Las puntuaciones más altas sugieren mayor autoeficacia para la prueba de VIH. el coeficiente de confiabilidad reporta un alfa de Cronbach de .69 (Apéndice I).

Comunicación sexual

Se utilizó *Health Protective Communication Scale* (Escala de comunicación para la protección de la salud) Cantania et al. (1998). Se trata de una escala de 10 ítems que evalúa la frecuencia con la que las personas hablan sobre aspectos relacionados a la protección de la salud sexual como el número de parejas sexuales, el uso del condón, la necesidad de la realización de la prueba de VIH, infecciones de transmisión sexual, utilización de drogas inyectables en sus encuentros previos. Para este estudio se

utilizaron los primeros 5 ítems relacionados con los aspectos sobre el número de parejas sexuales, el uso del condón y la realización de pruebas de VIH, con opciones de respuesta tipo Likert donde 1= siempre, 2= casi siempre, 3= A veces, 4= Nunca, 5=No sé y 6= Me niego a responder. Cuanto más bajo sea su puntaje, mayor será la comunicación sexual protectora de la salud con una nueva pareja. Un ejemplo de pregunta es “¿Le preguntó a una nueva pareja sexual cómo se sentía sobre el uso de condones antes de tener relaciones sexuales?”.

Se sometió por los autores a un análisis factorial que permitió definir al instrumento como una escala de un solo factor, dada la pequeña varianza explicada del 6%. El coeficiente de confiabilidad interna se reporta con un alfa de Cronbach de .85 (Apéndice J).

Etapas de Cambio para Reducir el Riesgo Sexual

Para medir las etapas de cambio se utilizó un *algoritmo para las etapas de cambio del uso del condón y la prueba de detección del VIH*. Es una construcción que permite ubicar de manera rápida a los participantes en una de las etapas de cambio que describe el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, con respecto a la conducta para reducir el riesgo sexual. La primera parte del algoritmo descifra la etapa de cambio de acuerdo con el uso del condón, esta primera parte es una traducción y adaptación de la propuesta de Grimley et al., (1995) para clasificar a los participantes de acuerdo con las preguntas sobre la frecuencia del uso del condón y/o la intensidad cada vez que tenga sexo vaginal, oral o anales. La segunda parte, y siguiendo la fórmula de Grimley, se propone la continuación del algoritmo para definir la etapa de cambio según el periodo entre la realización de pruebas de detección del VIH y/o la intención de realizársela (Apéndice K). Adicionalmente se utilizará la subescala uso del condón del Cuestionario chileno sobre el comportamiento sexual seguro (Hernández et al., 2020) que se trata de una adaptación cultural del SSBQ-Safe Sex Behavior Questionnaire de Dilorio et al. (1993). El cuestionario se conforma de 23 ítems sin embargo sólo se utilizará la

subescala uso del condón conformada por 6 ítems. Las opciones de respuesta van de 1 (Nunca) a 4 (Siempre). Para este estudio se utilizará solamente la subescala de uso del condón, por lo que se conforma de seis ítems. Un ejemplo de pregunta es “Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales” Se sometió al análisis factorial que permitió confirmar las subescalas y demostrar que los factores uno, dos, tres, cinco y seis coinciden con los agrupados en la versión original. La consistencia interna global del instrumento fue de $\alpha = 0.794$ (IC 95 % [0.693-0.790]), muy similar a las alfas de Cronbach reportados en el original de $\alpha = .82$ (Apéndice L).

Factibilidad

Esta variable se evaluó a través de una matriz de registro y seguimiento de los participantes, donde se incluye información sobre la fecha del reclutamiento, el participante acepta participar en la intervención, el cumplimiento de las dos sesiones, el abandono del estudio, las causas del abandono, el seguimiento al mes y observaciones (apéndice M). Se tomaron en cuenta los indicadores de factibilidad descritos por Sidani et al. (2011): La disponibilidad y calidad del/los facilitadores asegurando la aceptación por los participantes sobre la hora y lugar donde se desarrollaron las sesiones, la fidelidad de la intervención en la implementación, así mismo con los métodos de la investigación como los procedimientos de reclutamiento, los procedimientos de cribado, la aleatorización y la retención de los participantes.

Aceptabilidad

Se evaluó a través de las tasas de aceptación y abandono descritas en la matriz de registro y seguimiento de los participantes, con los ítems dicotómicos de aceptabilidad y abandono (1=SI, 2=NO) con un campo abierto para la descripción de las causas de abandono (Apéndice M). Así mismo se utilizará un formato de evaluación de la aceptabilidad de la intervención, propuesto por Domínguez et al. (2019) que evalúa aspectos como el agrado del participante en la intervención, opinión general de la intervención, cumplimiento de las expectativas, el agrado de las actividades de la

intervención, la utilidad de las actividades de la intervención, el tiempo de entrega de la intervención y el desempeño del facilitador (Apéndice N)

Descripción de la intervención

Se trata de una intervención con entrevista motivacional para avanzar en las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual en migrantes en tránsito de albergues a través de la motivación. Se encuentra respaldada con un modelo de las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual del migrante en tránsito, como se muestra en la figura 9. A continuación, se presentan los componentes y las características de entrega de la intervención.

Contenidos Sesión 1

Es importante serle fiel a la técnica Explorar-Ofrecer-Explorar para asegurar el abordaje de todos los temas, así mismo, utilizar estrategias que permiten apoyar a los participantes a través del proceso de cambio (entrelazar, enfocar, evocar y planear) en ambas sesiones.

Para la sesión grupal estas estrategias son el uso flexible y estratégico de ciertas habilidades comunicativas dirigidas a lograr la atracción del grupo, la exploración de perspectivas, la ampliación de perspectivas y el paso a la acción. La sesión grupal debe llevarse a cabo idealmente en grupos pequeños de 5-8 participantes para facilitar la interacción y poder mantener una conversación enriquecedora, al mismo tiempo que se logre el abordaje completo de los temas programados para la sesión.

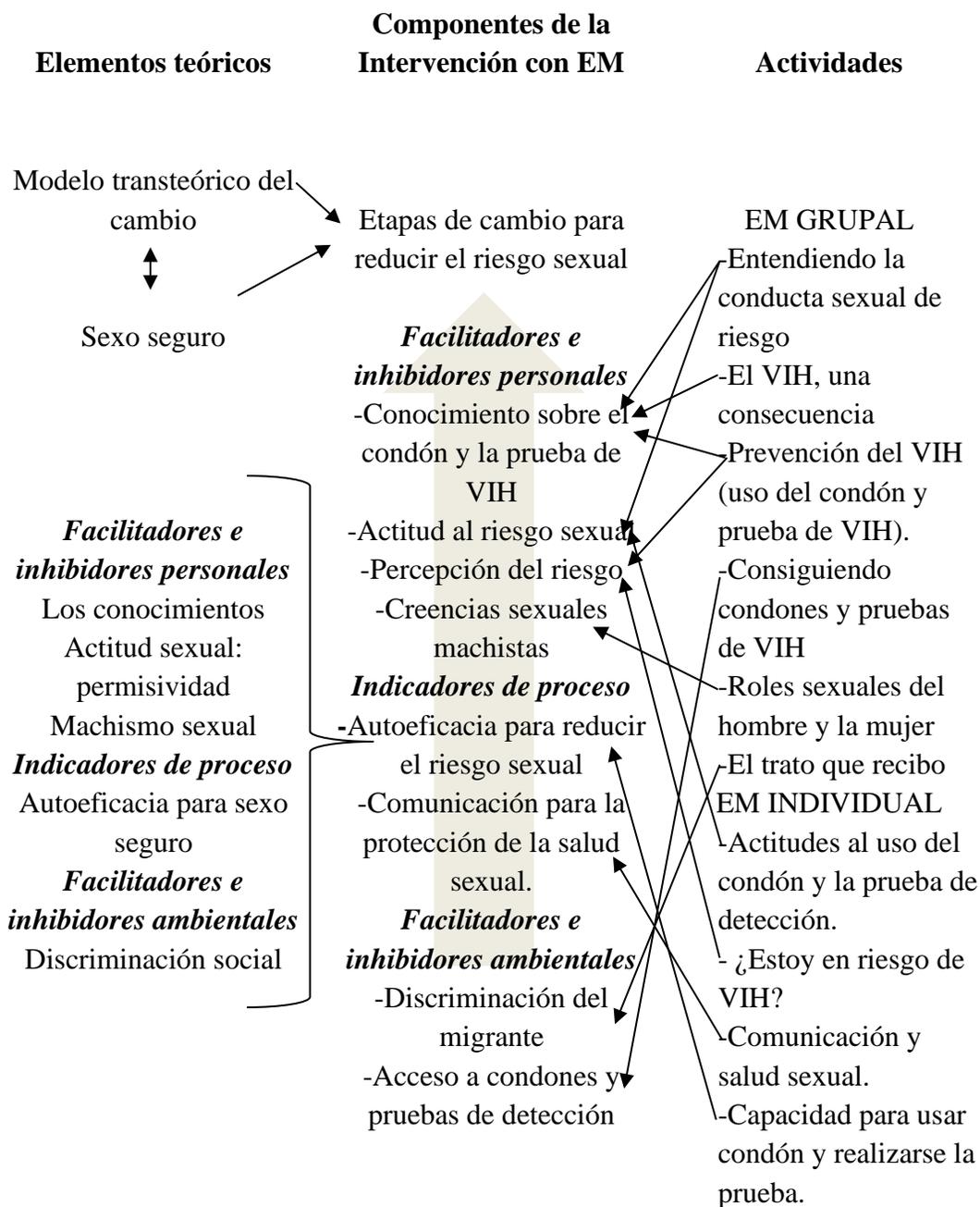
Objetivos.

- Aumentar los conocimientos sobre el condón y la prueba de detección del migrante.
- Facilitar el acceso a condones y pruebas de detección al migrante.
- Disminuir el grado de creencias machistas sexuales del migrante.

- Promocionar los recursos y/o dependencias para que el migrante sepa qué hacer cuando se sienta discriminado.

Figura 9

Rol de la teoría como guía de los componentes.



Nota: EM= Entrevista motivacional; VIH=Virus de inmunodeficiencia humana.

Los temas que se abordaran son: Entendiendo la conducta sexual de Riesgo; el VIH, una consecuencia; prevención del VIH (uso del condón y prueba de VIH); consiguiendo condones y pruebas de VIH; roles sexuales del hombre y la mujer; el trato que recibo.

Contenidos sesión 2

Para la sesión individual, se utilice durante la conversación con el participante diferentes herramientas, como son: preguntas abiertas evocadoras, realice afirmaciones, ejecute reflejos y elabore resúmenes para que logre evocar la motivación intrínseca para el uso del condón y la realización de pruebas de detección. Esta sesión, es imprescindible que se lleve a cabo en un lugar que permita la privacidad del participante y que por ningún motivo ajeno a la decisión propia del participante se vea interrumpida la sesión. Las actividades de la segunda sesión están guiadas por las fichas de la EM, de acuerdo con los resultados obtenidos sobre las etapas de cambio en cada participante. El fichero lo conforman distintas fichas de cada elemento que se abordó, cada una de las ellas corresponde a cada etapa de cambio en la conducta resultado. Existen cinco fichas sobre el uso del condón (pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento) y cinco fichas para la prueba de VIH (pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento), de este elemento se deben elegir las dos que correspondan a los resultados en el algoritmo.

Objetivos.

- Mejorar las actitudes del migrante al riesgo sexual.
- Elevar la percepción del riesgo sexual en el migrante.
- Aumentar la comunicación para la protección de la salud sexual del migrante.
- Incrementar la autoeficacia para reducir el riesgo sexual en el migrante.
- Avanzar en las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual del migrante.

Enmarcar la conversación con los objetivos de la EM de acuerdo con la etapa de cambio que presenta el migrante en el uso del condón y de la prueba de detección.

Los temas que se abordaran son: - Actitudes al uso del condón y la prueba de detección, ¿Estoy en riesgo de VIH?, comunicación y salud sexual y capacidad para usar condón y realizarse la prueba.

Duración, dosis y modalidad de entrega. Dos sesiones de 60 minutos cada una, durante las cuales se abordan los procesos de cambio (Entrelazar, Enfocar, Evocar y Planear) para evocar la motivación para que los migrantes utilicen el condón en todas sus relaciones sexuales y se realicen la prueba de detección y/o que tengan la intención a corto plazo de adoptar estas conductas, que se reflejara en el avance de las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual. La primera sesión grupal se realizará inmediatamente después del reclutamiento, la recomendación para el tiempo transcurrido entre una sesión y otra es que la segunda sesión se realice cuando el participante indique, ya que se prevé que esté completamente hecha a la medida.

Desarrollo de la intervención. La intervención se desarrolló utilizando como guía el mapeo de la intervención propuesto por Bartholomew et al. (2016). Donde se siguieron los seis pasos de manera iterativa que aborda esta propuesta. Primero se llevó a cabo una evaluación de las necesidades y el análisis del problema identificando el problema y la población. Posteriormente se crearon los objetivos de la intervención, después se seleccionó el método de la intervención basado en la teoría que abordaran los determinantes identificados previamente. A continuación, se generó el programa de la intervención explicitado en el manual de la intervención (Apéndice O) estos pasos están descritos a profundidad en el Capítulo I, Es importante mencionar que los pasos cinco y seis se refieren al plan de implementación y el plan de evaluación que no se abordaran en este estudio, de acuerdo con los resultados arrojados se analizaran los cambios para abordar estos pasos en futuros proyectos.

Paso 1 Evaluación de necesidades. Para la evaluación de las necesidades se generó un grupo de trabajo para la planificación conformado por el investigador y un asesor, que llevaron a cabo revisión de la literatura que permitió conocer el panorama actual del problema de conducta sexual de riesgo que mantienen los migrantes, esto posibilitó definir las prioridades. Posteriormente se llevaron a cabo visitas a los albergues que permitió compaginar las necesidades con la capacidad de la comunidad través de pláticas informales con los migrantes y los responsables de los albergues para conocer su dinámica social, historias personales, etc., estas pláticas permitieron involucrar a los responsables y a miembros de la población diana para poder definir las metas del programa.

Paso 2 Resultados y objetivos del programa-Modelo lógico de cambio. Después de la identificación de las necesidades, se definieron los resultados derivados de las causas conductuales, así como de las causas ambientales, también se identificaron algunos determinantes clave para el cambio de la conducta seleccionándose aquellos que podrían ser modificables. En la revisión de la literatura se identificó el COSEMI que es un modelo que explica la conducta sexual del migrante, dando sustento teórico a lo que se encontró en el paso anterior. Se realizó una subestructuración de los conceptos del modelo teórico para definir el modelo lógico de cambio que guiara el proyecto.

Paso 3 Métodos basados en la teoría y estrategias prácticas. Se realizó una búsqueda intencionada de la literatura para tratar de identificar un componente educativo que permitiera el desarrollo estructurado de la intervención, dando como resultado la entrevista motivacional, que ha sido utilizada en programas para cambios de conducta sexual de riesgo. La EM se fundamenta teóricamente en el Modelo Transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente, por lo que se consideró pertinente adicionarlo en el modelo lógico de cambio. Este método cuenta con estrategias prácticas muy claras y concisas, mismas que serán utilizadas en el desarrollo de las sesiones. Para asegurarse que

las estrategias serian adecuadas y aplicadas de manera eficaz, se llevó a cabo un entrenamiento en EM.

Entrenamiento en Entrevista Motivacional. Se llevó a cabo un proceso de entrenamiento con expertos del MINT (Red de entrenadores de entrevistas motivacionales), donde se realizaron sesiones de consejería con migrantes sobre la prevención del VIH, uso del condón y realización de pruebas de detección, que permitió el ensayo de los componentes de la EM en la población objetivo. Este entrenamiento permitió revisar las ideas del programa y tomar en cuenta las opiniones de los participantes para afinar los métodos y las estrategias.

Capacitación para el tamizaje y consejería de la prueba de VIH. Se llevó a cabo una capacitación sobre los procedimientos para el correcto tamizaje y consejería de la prueba rápida de VIH otorgada por una dependencia de la Secretaría de Salud en la ciudad de Tijuana.

Descripción del tratamiento control

El tratamiento control se entregó en dos sesiones:

Sesión 1. En la primera sesión se les brindó información sobre sus derechos, basada en la guía de los derechos humanos del migrante (CNDH, 2016). Apoyados de una presentación con diapositivas, que ayudo como apoyo visual. Se les comentaron sus derechos y se dará tiempo para resolver comentarios y dudas (Apéndice P).

Sesión 2. Se les realizó una somatometría (toma de signos vitales, talla y peso, cálculo de índice de masa corporal) adicionalmente se entregó tríptico sobre salud en general. Se registraron en una cédula de control de somatometría (Apéndice Q) y en el tríptico que se le entrego al participante (Apéndice R).

Procedimiento

Este estudio fue sometido a los Comités de Ética en Investigación, Investigación y Bioseguridad de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de

Nuevo León (UANL) para su aprobación y posteriormente se solicitarán los permisos correspondientes de los albergues y/o casas del migrante donde se desarrollará el estudio. Una vez aprobado por los comités de evaluación se prosiguió con lo expuesto a continuación:

Se solicitó la autorización con los responsables de las casas del migrante para llevar a cabo la intervención, así como el procedimiento de selección de los albergues participantes, sin evidenciar a que grupo pertenecerá. Una vez obtenida la autorización se procedió a realizar la aleatorización de las casas del migrante. Para lo cual se siguieron los siguientes pasos: 1) Comunicación vía telefónica para agendar cita con los responsables de los albergues que cumplen con los criterios de selección para el estudio, estos son (albergues que atienden hombres o mujeres adultos en tránsito). 2) Se explico el proyecto a él o los responsables del albergue y se describieron ambas intervenciones y se refirió que pueden participar en cualquiera de las dos.

Cabe destacar que, para probar los elementos de la intervención y el plan de implementación, se llevó a cabo una prueba piloto con una muestra de 10 participantes con características similares a los del estudio principal abordados en el albergue y/o casa del migrante donde son atendidos, se incorporaron bajo las consideraciones de reclutamiento del estudio principal. Se contemplaron los componentes, actividades, materiales y entendimiento de los instrumentos por parte de los participantes, el tiempo y modo de entrega de la intervención. A ellos solamente se les brindó la intervención experimental. Los resultados se encuentran en el Apéndice S.

Una vez asignados los albergues al grupo de intervención. Se realizó la invitación a todos los migrantes que se encuentren en el albergue y se evaluaron los criterios de elegibilidad por medio de las preguntas filtro. A todos los participantes se les entregó y explicó el consentimiento informado (Apéndice T). Se les explicó el proyecto y se respondieron las dudas, así mismo, se les pidió que lo firmaran en presencia de dos

testigos. Aquellos participantes que no cumplieron con los criterios se les ofreció la realización de la prueba de VIH y se les proporcionaron condones.

Una vez firmado el consentimiento informado en un espacio privado se aplicaron en el pretest la cédula de datos personales y los instrumentos para cada una de las variables asegurándoles que toda la información proporcionada es confidencial. Una vez que se llenaron los instrumentos se les llevó al sitio asignado por los directivos del albergue o casa del migrante en donde se llevaron a cabo la sesión grupal que corresponde a la primera parte de la intervención. Una vez finalizada esta sesión se les agendó para llevar a cabo la segunda sesión de la intervención de manera individual. Al término de esta sesión se les ofreció la realización de la prueba rápida de VIH (Ver procedimiento en el Apéndice U). Al finalizar se les aplicaron nuevamente los instrumentos para las variables de estudio.

Durante las sesiones se realizó un proceso de retroalimentación al finalizar la entrega de cada componente, para tomar en cuenta la pertinencia de modificar el contenido y/o modo de entrega de esta. Se realizó una evaluación preliminar de los resultados de la prueba piloto para realizar los ajustes necesarios en el plan de implementación del estudio principal. Por lo que también se aplicaron los instrumentos de aceptabilidad, factibilidad y se evaluó la fidelidad de la intervención, utilizando las listas de cotejo de los componentes de la intervención (Apéndice V y W).

En relación con las pruebas de VIH, se realizaron de acuerdo con los lineamientos descritos en el Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana de la Secretaría de Salud (2020). Estas fueron realizadas por el investigador principal previa capacitación por parte de la secretaría de salud (Ver procedimiento en el Apéndice U). La realización de las pruebas se llevó a cabo en el mismo albergue donde se desarrolló la

intervención, estableciéndose un área especificada previamente en acuerdo con los encargados del albergue, asegurando la privacidad del participante.

Las pruebas que se llevaron a cabo son pruebas rápidas que utilizan dos gotas de sangre por punción dactilar (50 μ l) lo cual puede ocasionar dolor leve en el sitio de punción, un pequeño hematoma y sangrado leve. Estas pruebas se pueden realizar fácilmente sin necesidad de equipo especializado, para la punción se utilizan lancetas de seguridad de un solo uso que minimizan el riesgo de punción por accidente en aquellos que toman la muestra. En caso de que alguna prueba rápida resultara reactiva se refería al participante para la prueba suplementaria y/o seguimiento (Apéndice X). A continuación, se enlistan resumidamente los aspectos más relevantes que se considerarán para la realización de las pruebas de acuerdo con lo dispuesto por la Secretaría de Salud.

1. Se ofreció consejería sobre la prueba de VIH, los resultados y el seguimiento.
2. Se firmó el consentimiento informado y autorización de la prueba establecidos por Secretaria de Salud adicionalmente al consentimiento utilizado en el presente estudio (Apéndice Y).
3. Se tomó la muestra presuntiva “1” con la prueba rápida. Si el resultado es “no reactiva” se reporta como negativo. Si el resultado es “reactiva” se toma la muestra presuntiva “2”. Independientemente del resultado de la segunda prueba se referirá al participante para el seguimiento (repetir por duplicado el algoritmo con pruebas en paralelo o la realización de prueba suplementaria).
4. Se ofreció consejería, se entregó resultado por escrito y se realizó explicación sobre el resultado (Apéndice Z), si la prueba fue reactiva se realizó referencia al Centro de atención para la prevención y atención del VIH/sida y otras ITS (Apéndice AA)
5. Se realizó el reporte de resultados, que fue entregado a Secretaria de Salud y los investigadores se quedaron con una copia para documentar (Apéndice BB).

6. El manejo del RPBI se describe en apéndice CC.

En caso de que se presentara un malestar emocional y/o psicológico durante el desarrollo de las sesiones, el llenado de los cuestionarios o a la realización de la prueba rápida por parte de algún participante, se planeaba interrumpir su participación de manera inmediata y se atendería la crisis por el investigador principal para posteriormente referirlo a la dependencia correspondiente de servicios de salud y/o módulos de atención de salud migrante.

Para el seguimiento, se les realizó una invitación para el llenado de los cuestionarios en un mes en dónde se les hizo énfasis de la importancia del llenado de estos y se les pidió que si por algún motivo se mueven del albergue o casa del migrante lo hagan saber a un teléfono de contacto proporcionado. Una vez finalizado el estudio se les dio las gracias por su participación y se les entregó una compensación por su participación.

Es importante señalar que para el desarrollo del procedimiento fue necesario considerar la disponibilidad y entrenamiento del intervencionista, los recursos materiales y las características del entorno.

Disponibilidad y entrenamiento del intervencionista. El entrenamiento del intervencionista y/o investigador principal fue el adecuado para el desarrollo de la ICEM-CP de acuerdo con los resultados de pericia mostrados en las evaluaciones por las entrenadoras del MINT (Apéndice DD). El entrenamiento se llevó a cabo a través de una capacitación sobre entrevista motivacional, a cargo de entrenadores certificados por el MINT en el Latino Alcohol and Health Disparities Research and Training Center de la Universidad de el Paso Texas. Así mismo, se llevó a cabo la práctica en la entrega de las sesiones siguiendo las recomendaciones del manual de la intervención, al tratarse de una conversación se presentaron variaciones en la entrega sin que se viera afectada la fidelidad.

Recursos materiales. Se utilizaron infografías en tamaño rotafolio para las sesiones grupales, sin embargo, se requirió la reimpresión de estas en tres ocasiones debido a que el material era papel y perdió la calidad debido al uso y el traslado, aumentando el gasto para el material, también se utilizó un simulador de pene para la práctica de colocación correcta del condón, fue en general bien recibido por los participantes, sin embargo, hubo algunos principalmente mujeres que decidieron no realizar la práctica.

En la segunda sesión se utilizaron laminas informativas tamaño carta impresas en papel, estas por su parte fueron reimpresas solo en dos ocasiones, debido a que se dañaron por descuido del intervencionista, también se utilizó el motivanómetro que se pudo materializar físicamente utilizando como base una guillotina portátil a la que se le colocó un adherible para que tuviera los datos que lleva la cara del motivanómetro, con este artefacto el participante marcaba en qué nivel de motivación se encontraba al inicio y al final de la sesión. Los materiales fueron transportados por el intervencionista de acuerdo con la sesión que se llevaría a cabo, para protegerlos, en el caso de las infografías se utilizó un portaplanos y para las láminas informativas se utilizaron protectores, así como un maletín para el resto de los materiales.

Características del entorno. La entrega de la ICEM-CP se llevó a cabo en dos sitios diferentes, ya que el proyecto salesiano atiende a hombres y mujeres, pero los distribuye en un albergue donde se encuentran puras mujeres y otro donde se ubican los hombres. El traslado hacia los albergues se realizó en automóvil, ya que las distancias entre uno y otro son de 20 km y de más de 25 km desde donde se tiene que trasladar el investigador principal. Esto se traduce en costos elevados de transporte, combustible, depreciación del automóvil, incremento en el riesgo de accidente e inseguridad por las zonas donde están ubicados los albergues. La programación de las sesiones en cada uno

de los albergues colaboro en la atención de lo que podría suponerse un problema en el tema de transporte.

Las sesiones se programaron de acuerdo con la disponibilidad de los albergues ya que tienen actividades programadas, quedando distribuidos los días de la siguiente manera: en el albergue de hombres la sesión grupal se programó en jueves a partir del día 10 de marzo desde las 3 pm, en una ocasión (12 de mayo de 2023) se atendieron dos grupos el mismo día (se brindaron dos sesiones independientes), para la sesión individual se disponía del martes y miércoles a partir de las 12 pm. En el albergue de mujeres se dispuso para la sesión grupal los días sábado a partir del 15 de abril de 2023 desde las 10 am principalmente porque es cuando había más personal que podía encargarse de los niños mientras las mujeres estaban en la sesión, para la sesión individual se dispuso los lunes y viernes a partir de las 2 pm que es cuando se podía proporcionar un lugar adecuado para la sesión. En el albergue de mujeres, se perdieron dos semanas (21 al 28 de abril) en las que no se llevó a cabo las visitas debido a una restricción de acceso de externos por brote de varicela. Para la realización de las pruebas de VIH también se asignó en ambos albergues un lugar que permitió la privacidad del participante.

En relación con el albergue donde se llevó a cabo las sesiones del grupo control fue un contexto diferente. En este caso los hombres y mujeres se encuentran en el mismo espacio físico, también se asignó un lugar que se utiliza para reuniones y actividades recreativas donde se llevó a cabo ambas sesiones, se permitió medianamente la privacidad y aislamiento del resto de actividades. En este caso los días que se llevó a cabo fueron los jueves a partir del 13 de abril de 2023 cada 15 días durante 4 sesiones desde las 3 pm. Se llevaron a cabo las dos sesiones en el mismo día, así como la pre y posprueba. Para ofrecer la prueba de VIH se colocó un stand donde se invitaba a

realizarse la prueba a todos los que participaron en la sesión. Esta invitación se extendió al resto de los usuarios del albergue por petición de los responsables.

Medidas de control

Reclutamiento

Este proceso se realizó durante febrero del 2023, con previa autorización de la dirección de el/los albergues participantes, gestionada por el investigador principal y un asistente de investigación. El reclutamiento se llevó a cabo por invitación abierta a las personas que se encuentran en el albergue y/o casa del migrante. Se evaluaron los potenciales participantes de acuerdo con los criterios de inclusión, se registraron en una matriz de registro y seguimiento a participantes (Apéndice M) y se abordaron en el albergue y/o casa del migrante para realizarles la invitación.

La información que se brindó a los participantes interesados en el estudio incluirá la información general del estudio, así como los objetivos, se resolvieron las dudas que surgieron, se solicitó la confirmación de su deseo de participar con la firma de la carta de consentimiento informado posteriormente. Al aceptar su participación se realizaron inmediatamente la aplicación de las preguntas filtro (Apéndice A) y se les asignaron un número de identificación (ID) para proteger su identidad. A los que cumplieron con los criterios de inclusión se les explicó y entregó el consentimiento informado (Apéndice T) para su firma. Aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión se les explicaron los motivos por los cuales no pueden participar en el estudio, agradeciéndoles por su interés.

Para formalizar su inscripción al estudio, se les perdieron unos datos de contacto (Apéndice B) se les informo que estos datos fueron utilizados para mantener contacto con ellos para pactar las sesiones y el seguimiento posterior. Se les mencionó que los datos se utilizaron para localizarlos y entregarles la compensación que recibirán por participar en el estudio. Los formatos de consentimiento informado y de datos de

contacto serán resguardados por un tiempo mínimo de tres años por el investigador principal en un lugar seguro y privado.

Aleatorización

Primero se elegirán los albergues y/o casas del migrante por conveniencia, para asegurar la participación de hombres y mujeres, se priorizó a los albergues que atienden a ambos grupos. Posteriormente se aleatorizaron los conglomerados (albergues y/o casas del migrante) al grupo de intervención y/o grupo control por medio de tombola.

La participación no fue obligada y el participante, así como los responsables del albergue y/o casa del migrante desconocían a cuál grupo pertenecieron.

Posteriormente y acorde con la asignación dada, se procedió a informar a los responsables y participantes de cada albergue y/o casa del migrante la fecha, hora y lugar de la primera sesión programada, recordemos que en el grupo de intervención la segunda sesión es individual y se programó de acuerdo con las posibilidades del participante, se explicaron las actividades a realizar sin especificar si pertenecen al grupo control o al de intervención, se les indicó que podían retirarse del estudio en el momento que lo desearan sin que repercutiera con su permanencia en el albergue y/o casa del migrante.

Mediciones

Se realizaron mediciones repetidas, el pretest se llevó a cabo el día del reclutamiento, el posttest administró al finalizar la segunda sesión en cada participante, y el seguimiento se respondió al mes de haber concluido su participación en las sesiones.

Entrega de la Intervención y Tratamiento Control.

Se realizaron inmediatamente después del reclutamiento. La intervención con EM se entregó en dos sesiones, la primera sesión fue grupal, previo acuerdo con los responsables del albergue y/o casas del migrante, se llevó a cabo en las instalaciones del lugar. Se necesitó el acompañamiento de al menos una asistente de investigación para que auxiliara con las mediciones pretest, test y posttest, así mismo para resolver dudas a

los participantes sobre la dinámica de las sesiones y la programación de la segunda sesión. La segunda sesión se entregó en el albergue y/o casa del migrante en un espacio adecuado que permitió la privacidad, programada según la disponibilidad del participante.

El tratamiento control se entregó al día siguiente del reclutamiento de acuerdo con los responsables del albergue y/o casa del migrante, se consideró entregar las dos sesiones el mismo día, con un espacio de tiempo para descanso entre las sesiones. Ambas sesiones son grupales y fueron entregadas por dos asistentes de investigación que no participan con el grupo de intervención. Así mismo, recabaron las mediciones pretest, test y posttest. La entrega de la intervención al grupo control, se realizó de la misma forma que con el grupo experimental, de acuerdo con los responsables del albergue y/o casa del migrante.

Plan de Retención de Participantes

Para incentivar la participación de los migrantes se ofreció una compensación económica en dólares por su participación, dicha compensación fue otorgada al finalizar la intervención para asegurarse que el participante terminara las sesiones. Se planteó abordar todas las sesiones en la misma semana para disminuir el riesgo de pérdidas de participantes.

Seguimiento

Debido a las limitaciones del tiempo y el riesgo inminente de la pérdida de los participantes por su activa movilidad, se realizó un seguimiento al mes después de la segunda sesión. Para la realización de esta actividad se verificaron los datos de contacto proporcionados por el participante.

Recolección de los datos

Para la evaluación de la factibilidad y aceptabilidad se administraron por la asistente de investigación la matriz de inscripción y seguimiento a participantes, así como un formato de evaluación para la aceptabilidad de la intervención (Apéndice V).

La información recabada en cada sesión y el seguimiento se concentró en una base de datos para el posterior análisis e interpretación.

Para la evaluación de la eficacia preliminar se aplicaron cuestionarios y escalas en formato impreso, que midieron las diferentes variables abordadas en el estudio. Para mantener la confidencialidad de los participantes se utilizó un número de inscripción asignado durante el reclutamiento, los datos obtenidos en cada instrumento se consolidaron en una base de datos que facilitó su análisis y estudio.

El pretest se aplicó previo a la implementación de la primera sesión de la intervención y/o del tratamiento control, inmediatamente después del reclutamiento se incluyeron los diferentes instrumentos mencionados. El posttest se aplicó inmediatamente después de la segunda sesión de la intervención y/o del tratamiento control. El seguimiento se aplicó al cumplir el mes de su participación en la segunda sesión, se cuenta con un instrumento digital en la plataforma FORMS para enviarlo digital si el participante ya no se encuentra en el albergue al cumplir este tiempo.

Finalización del estudio

El estudio se considera finalizado al terminar el seguimiento para cada participante, sin embargo, se consideraron de manera constante las interrupciones por el trayecto de los participantes pues no se puede asegurar su permanencia durante todo el estudio por su movilidad o por el deseo propio de abandonar el estudio y/o no se logre el contacto para el seguimiento. Se documentaron todas las causas por las que un participante abandonó el estudio.

Fidelidad de la intervención

El responsable de entregar la intervención recibe una capacitación sobre entrevista motivacional, a cargo de entrenadores certificados por el MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers) en el Latino Alcohol and Health Disparities Research and Training Center de la Universidad de el Paso Texas, además se desarrolló un manual con las actividades que se deben llevan a cabo en la(s) sesión(es).

La fidelidad de la intervención se protegió en todo momento desde el diseño del proyecto, a través del entrenamiento en EM del facilitador, la entrega de la intervención se monitorizó a través de documentación, interpretación y análisis de la lista de cotejo sobre los contenidos entregados (Apéndice T). Para la fidelidad, los participantes llenaron un formato de aceptabilidad sobre la Intervención (Tabla 1).

Tabla 1

Plan de Fidelidad

Dominio	Mejoras	Procedimientos de control	Medición
Estrategias para asegurar la integridad del diseño	-Basado en la teoría -Certificación del facilitador -Manual de procedimientos -Fichas de entrega	-Reuniones periódicas con los investigadores -Capacitación en con entrenadoras miembros del MINT	-Constancia de capacitación
Estrategias para la entrega	-Intervencionista capacitado -listas de verificación	-Analizar las listas de verificación	-Test AMIGOS
Estrategias para la recepción	-Evaluación de los conocimientos adquiridos -Técnica de colocación del condón. -Realización de pruebas de detección.	-Verificar la evaluación de conocimientos en la(s) sesión(es) -Identificar barreras de participación	-Formato de evaluación de la aceptabilidad del participante.
Estrategias para su promulgación	-Aceptabilidad de la intervención.	-Revisar estrategias de entrega	-Formato de evaluación de la aceptabilidad

Nota: Elaboración propia.

Consideraciones éticas

Este estudio se desarrolla de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud del gobierno de los

Estados Unidos Mexicanos (Secretaría de Salud [SSA, 2014]), dentro del cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de investigación en seres humanos descritos en el Capítulo I dentro de sus respectivos artículos y fracciones.

Partiendo de los principios de autonomía, no maleficencia y justicia, en acuerdo con el Artículo 13, durante el desarrollo del estudio prevalecerá el respeto a la dignidad, protección de los derechos humanos y bienestar de los participantes en su deseo de colaborar con el estudio. Así mismo, se consideran los principios éticos y científicos descritos en el artículo 14, Fracción I, V, VII y VIII, presentando el protocolo de investigación para aprobación por el Comité de Ética e investigación y el de bioseguridad de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, incluyendo la firma del consentimiento informado por cada participante que contiene las directrices estipuladas en el Artículo 22.

Se considera el Artículo 15, que establece que los participantes se asignaran a los grupos experimental y de control de forma aleatoria, asegurando la asignación de forma imparcial minimizando los riesgos y/o daños al participante. Así mismo se protegerá la privacidad de los participantes identificándolo solamente si los resultados lo requieren y el participante lo autoriza como lo dictamina el Artículo 16. Lo anterior en sólo se realizará para dar seguimiento en caso de que algún participante resultará reactivo en la prueba de tamizaje de VIH.

De acuerdo con el Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se considera con riesgo mínimo, ya que la intervención se basa en la entrevista motivacional que incluye consejería acerca de las conductas sexuales de riesgo, uso del condón y la realización de pruebas de detección del VIH sin ningún tipo de coacción en un ambiente amigable, confiable y respetuoso.

Se considerará el Artículo 79, para la clasificación del microorganismo del VIH, que se encuentra catalogado dentro del grupo de riesgo III, en relación con esta clasificación, el Artículo 81 menciona que “Los microorganismos que se clasifiquen en

el grupo de riesgo III deberán manejarse en laboratorios de seguridad microbiológica”. Sin embargo, se trata de pruebas rápidas de VIH, y de acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención del VIH y el sida (2020) estas pruebas no requieren de un laboratorio, se utiliza equipo fácil de trasladar por lo que puede realizarse casi en cualquier parte incluidas instalaciones de las organizaciones comunitarias de la sociedad civil como son los albergues.

Este estudio se apega a las disposiciones presentadas en el Artículo 18 que manifiesta la suspensión inmediata de la investigación al declararse un riesgo y/o daño a la salud de los participantes y/o el deseo manifestado del mismo por suspender su participación en el proyecto.

Para obtener el consentimiento informado como lo dictamina el Artículo 20, se explicará previamente en que consiste su participación en la investigación, así como el propósito de esta, esto incluye la naturaleza de los actividades y procedimientos en los que participara, los riesgos y/o las molestias y beneficios que podrían recibir, aclarándole al participante la capacidad de libre elección de continuar o no en el estudio sin que esa decisión le genere algún perjuicio como lo dictaminan los Artículos 21 y 22.

En atención al Artículo 83 Fracciones III, IV y V, los participantes del proyecto (investigador principal y auxiliar) recibirán un entrenamiento por parte de Secretaria de Salud que incluye: Toma de muestra, realización de la prueba, lectura e interpretación de resultados, elementos de calidad, bioseguridad, como documentar resultados y fuentes de error, procedimiento de prueba, manejo de RPBI, prácticas de registro escrito, elaboración de documentos, conocimiento de la normativa vigente, buenas prácticas de laboratorio y uso de controles.

Se considera la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (Diario Oficial de la Federación [DOF, 2018]), con especial atención en los numerales 4 sobre generalidades, específicamente el 4.4 sobre métodos diagnósticos, que menciona la

realización de pruebas de detección del VIH. el numeral 5, que establece las medidas de prevención y promoción de la salud y los numerales 6, que establece las medidas de control. Por último, se considera la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (DOF, 2013).

Medidas de bioseguridad

La realización de pruebas rápidas de detección del VIH incluye la extracción, de sangre del participante. Aunque se trate de cantidades pequeñas existe el riesgo de contraer una infección por VIH como resultado de la exposición percutánea a sangre potencialmente infectada. Las medidas de control de bioseguridad que se aplicarán en este estudio se encuentran descritas en la OMS/SIGN (2011), Carpeta de material sobre seguridad de las inyecciones y los procedimientos conexos para la toma de muestra sanguínea. Incluidas las directrices para la gestión de la exposición al VIH. El procedimiento para la realización de la prueba de VIH se apega a lo descrito en la guía para la detección del virus de inmunodeficiencia humana de CENSIDA (2018). Consideradas en el procedimiento para la realización de la prueba rápida de VIH (ver procedimiento en el Apéndice U).

Se aplicó el lavado clínico de manos, el uso de guantes y cubre bocas. A pesar de que actualmente se utilizan lancetas de seguridad para pinchar el dedo, el manejo de estas será precautorio y se resguardaran en recipientes específicos de acuerdo con las indicaciones de Secretaria de Salud para el manejo del RPBI apeándose a lo establecido en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 sobre los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica (Apéndice CC).

Plan de análisis de los datos

Los datos fueron procesados con ayuda del paquete estadístico Social Package for the Social Sciences (SPSS) 25, para iniciar el análisis se realizó prueba de Kolmogórov-Smirnov para conocer la distribución de los datos y determinar las pruebas paramétricas y/o no paramétricas que se utilizaron en el análisis. Para los objetivos e hipótesis propuestas en este estudio se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Tabla 2

Análisis estadístico por objetivo y/o hipótesis

Objetivo y/o hipótesis	Análisis	Estadístico
1.- Analizar la aceptabilidad	Descriptivo	Porcentajes (%), medias (M), rangos (Min-Max), DE, intervalos de confianza (IC), tasas de reclutamiento y retención
2.- Examinar la factibilidad	Descriptivo	Medidas de frecuencia (f), tendencia central y dispersión
3.- Resultados hipotetizados:		
H 1. Conocimientos sobre el uso condón y la prueba de VIH	Inferencial	
H 2. Actitudes al riesgo sexual	Inferencial	
H 3. Percepción al riesgo sexual	Inferencial	
H 4. Creencias sexuales machistas	Inferencial	Test de Friedman
H 5. Acceso a condones y pruebas de detección del VIH	Inferencial	Test de Wilcoxon
H 6. Autoeficacia para reducir el riesgo sexual	Inferencial	U de Mann-Whitney
H 7. Comunicación sexual	Inferencial	
H 8. Etapas del cambio para reducir el riesgo sexual	Inferencial	
H 9. Uso de condón y la realización de pruebas de detección del VIH	Inferencial	

Nota: Elaboración propia

La aceptabilidad y factibilidad se analizaron utilizando estadísticos descriptivos como medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión con el fin de determinar la variación en los resultados de la muestra de cada grupo (Grove et al., 2013). El análisis

para explorar la eficacia preliminar se realizó a través de comparación de medias entre los grupos de intervención y control utilizando el test de Friedman para medidas repetidas en una misma muestra, además se contrasta los valores por pares (pretest-postest; pretest-seguimiento; postest-seguimiento) empleando el test de Wilcoxon, así mismo se empleó U de Mann-Whitney para muestras independientes y comparar las diferencias de medias entre grupos.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del Ensayo controlado aleatorizado (ECA) piloto de factibilidad de la intervención con EM para reducir el riesgo sexual en migrantes de albergues. Primero se presentan los datos sociodemográficos que describen los grupos de la ICEM-CP y control en el pretest y la confiabilidad de los instrumentos utilizados, posteriormente los resultados factibilidad de acuerdo con las etapas de reclutamiento, para continuar con los resultados de los objetivos de aceptabilidad, a través de tasas, medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión por grupo. Posteriormente se exponen los resultados que muestran la eficacia preliminar por hipótesis de la intervención para reducir el riesgo sexual, a través de comparación de medidas.

Datos sociodemográficos

Las características iniciales de los 177 migrantes de ambos grupos indican que la media de edad es de 32.09 ($DE = 8.99$), el número de veces que ha cruzado a USA es de .42 ($DE = .94$), la edad que tenía la primera vez que cruza es de 28.82 ($DE = 8.54$) (Tabla 3).

El 61% son hombres, el nivel académico predominante es la preparatoria (similar de acuerdo con el país) 45.2%, en cuanto al estado civil, en el grupo de intervención el 60% reportó estar soltero, mientras que en el grupo control el 43.7% es casado. El 68.4% de los migrantes son extranjeros, predominando Venezuela como país de origen con el 39%, solo el 15.3% tiene un estatus migratorio temporal, la mayoría se encuentra de forma irregular (48%), el 55.4% tenía menos de tres meses desde que salió de su lugar de origen al momento del estudio (Tabla 4).

Tabla 3

Características sociodemográficas iniciales por grupo ICEM-CP y control (variables intervalares)

Datos sociodemográficos	Total (n=177)		ICEM-CP (n=90)		Control (n=87)	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Edad	32.0	8.9	31.9	9.1	32.2	8.3
Número de parejas sexuales durante el trayecto	2.0	4.7	2.5	6.3	1.4	1.9
Número de veces que ha cruzado a USA	.42	.94	.57	1.1	.26	.65
Edad primera vez que cruza a USA	28.82	8.54	28.2	8.2	29.4	8.8

Nota: n= tamaño de la Muestra; *M* =media, *DE*=Desviación estándar.

En relación con la conducta sexual, el número de parejas sexuales que han tenido durante el trayecto es de 2.01 (*DE* = 4.71), (Tabla 3). El 5.6% ha mantenido sexo transaccional durante el trayecto, solamente el 11.9% ha ingerido bebidas alcohólicas, el 96% reportó no haber consumido drogas durante el trayecto y el 100% de los participantes no cuenta con diagnóstico de VIH (Tabla 4).

Consistencia interna y estabilidad de los instrumentos

Las alfas de Cronbach de los instrumentos fueron aceptables en todas las mediciones, en el pretest se encuentran entre .46 y .90, el postest fluctuaron entre .62 y .94, para el seguimiento al mes se mantuvieron entre .74 y .93. Por otro lado se midió la estabilidad definiendo el coeficiente de correlación intraclase obteniendo resultados de moderada a elevada estabilidad temporal de la medida (Tabla 5).

Tabla 4

Características sociodemográficas iniciales por grupo ICEM-CP y control (variables nominales)

Datos sociodemográficos	Total (n=177)		ICEM-CP (n=90)		Control (n=87)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Genero						
Femenino	69	39	30	33.3	39	44.8
Masculino	108	61	60	66.7	48	55.2
Escolaridad						
Ninguno	8	4.5	5	5.6	3	3.4
Primaria	24	13.6	9	10	15	17.2
Secundaria	48	27.1	23	25.6	25	28.7
Preparatoria	80	45.2	44	48.9	36	41.4
Licenciatura	16	9	8	8.9	8	9.2
Posgrado	1	.6	1	1.1	0	0
Estado civil						
Soltero	79	44.6	54	60	25	28.7
Casado	53	29.9	15	16.7	38	43.7
Divorciado	6	3.4	3	3.3	3	3.4
Viudo	4	2.3	3	3.3	1	1.1
Unión libre	35	19.8	15	16.7	20	23
Nacionalidad						
Mexicana	56	31.6	19	21.1	37	42.5
Extrajera	121	68.4	71	78.9	50	57.5
Lugar de procedencia						
México	56	31.6	19	21.1	37	42.5
Cuba	6	3.4	1	1.1	5	5.7
Nicaragua	3	1.7	1	1.1	2	2.3
Honduras	18	10.2	9	10.0	9	10.3
Venezuela	69	39.0	54	60.0	15	17.2
El Salvador	11	6.2	2	2.2	9	10.3
Haití	4	2.3	1	1.1	3	3.4
Guatemala	8	4.5	3	3.3	5	5.7
Perú	2	1.1	0	0	2	2.3
Estatus migratorio						
Regular	65	36.7	26	28.9	39	44.8
Irregular	85	48	50	55.6	35	40.2
Temporal	27	15.3	14	15.6	13	14.9

Nota: n= 177 f = frecuencia %= Porcentaje

Continua...

Tabla 4

Características sociodemográficas iniciales por grupo ICEM-CP y control (variables nominales) continuación

Datos sociodemográficos	Total (n=177)		ICEM-CP (n=90)		Control (n=87)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Tiempo transcurrido desde que salió de su lugar de origen						
Menos de 3 meses	98	55.4	53	47.8	55	63.2
Más de tres meses	47	26.6	27	30	20	23
Más de 6 meses	20	11.3	12	13.3	8	9.2
Más de 12 meses	12	6.8	8	8.9	4	4.6
Vida en USA						
Si	24	13.6	10	11.1	14	16.1
No	153	86.4	80	88.9	73	83.9
Sexo transaccional						
Si	10	5.6	10	11.1	0	0
No	157	88.7	74	82.2	83	95.4
Prefiero no responder	10	5.6	6	6.7	4	4.6
Consumo de alcohol						
Si	21	11.9	14	15.6	7	8
No	154	87	75	83.3	79	90.9
Prefiero no responder	2	1.1	1	1.1	1	1.1
Consumo de drogas						
Si	4	2.3	4	4.4	0	0
No	170	96	85	94.4	85	97.7
Prefiero no responder	3	1.7	1	1.1	2	2.3
Diagnóstico de VIH						
Si	0	0	0	0	0	0
No	177	100	90	100	87	100

Nota: n= 177 f= frecuencia %= Porcentaje

Confiabilidad y Validez del algoritmo de las etapas de cambio para la realización de la prueba rápida del VIH

Se realizó un estudio de enfoque cualitativo, psicométrico. Se llevó a cabo un estudio transversal con dos etapas. Se trató de una medición referida a criterios donde el sujeto es clasificado de acuerdo con la intención o realización de la prueba del VIH. Para la primera muestra en la primera etapa, el AECPSVIH fue construido con una serie de preguntas que fueron autoadministradas, posteriormente el investigador identificó la

etapa de cambio en la que se encuentra el participante. Para la muestra en la segunda etapa, se generó el esquema del algoritmo y fue aplicado por el investigador principal clasificando de manera inmediata al sujeto en una de las etapas del cambio

Descripción de las muestras

Los participantes de la primera muestra (universitarios) se encontraban entre los 18 y 29 años ($M = 21.09$). El 62.7% eran mujeres y el 37.3 hombres. El 90.3% de los participantes reporto estar soltero ($n = 271$); el 52 % trabaja y estudia, mientras que el

Tabla 5

Consistencia interna y estabilidad de los instrumentos de medición en el pretest, postest y seguimiento

Variable	Instrumentos de medición	Nº Ítems	Pretest α	Postes t α	Seg. α	Test-retest CCI	p
Conocimiento sobre el condón y la prueba de VIH	<i>Prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón.</i> <i>Conocimientos asociados a la prueba diagnóstica del VIH</i>	6 14	.66 .76	.78 .87	.74 .85	.76 .74	.001 .001
Actitud al riesgo sexual	<i>Escala de actitudes hacia el SIDA (HIV-AS)</i>	9	.90	.89	.89	.71	.001
Percepción del riesgo sexual	<i>Subescala de percepción del riesgo para conducta sexual</i>	11	.84	.94	.93	.88	.001
Creencias Machistas Sexuales	<i>Escala de doble moral</i>	10	.84	.84	.85	.88	.001
Discriminación del Migrante	<i>Escala de discriminación cotidiana (versión corta)</i>	5	.80	.86	.86	.96	.001

Continúa.

Variable	Instrumentos de medición	Nº Ítems	Pretest α	Postes t α	Seg. α	Test-retest CCI	<i>p</i>
Acceso a Condones y Pruebas de VIH	<i>Sub escala accesibilidad y disponibilidad de la escala de barreras del condón</i>	8	.84	.84	.87	.75	.001
	<i>Bloque de acceso y disponibilidad a las pruebas de VIH de la Escala de Barreras hacia la prueba de VIH</i>	6	.46	.62	.74	.78	.001
Autoeficacia para reducir el riesgo sexual	<i>Subescala referente al uso del preservativo de la escala de autoeficacia para prevenir el sida</i>	8	.88	.91	.89	.84	.001
	<i>Autoeficacia para la prueba de VIH</i>	2	.83	.85	.92	.79	.001
Comunicación sexual	<i>Escala de comunicación para la protección de la salud (número de parejas sexuales, el uso del condón y la realización de pruebas de VIH).</i>	5	.90	.91	.89	.93	.001
	<i>SSBQ-Safe Sex Behavior</i>	6	.79	.83	.82	.92	.001
Uso del condón y realización de prueba de VIH	<i>Questionnaire Algoritmo para las etapas de cambio de la prueba de detección</i>	3	NA	NA	NA	.71	.001

Nota: N° = Número; NA=No aplica

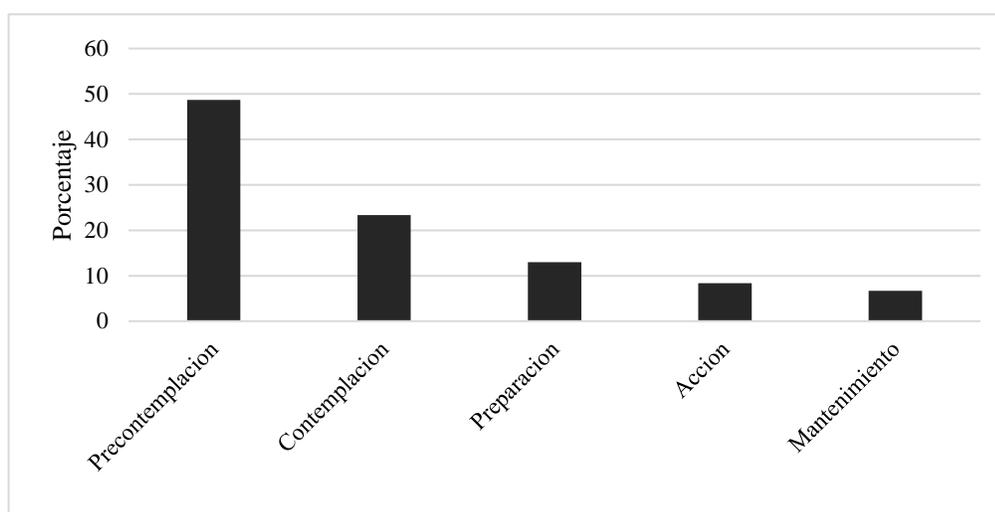
48% se dedica solo al estudio. La edad de su primera relación sexual (RS) ronda entre los 12 y 24 años ($M=16.91$). EL 52.7% reportó que su primera RS fue casual. El número de parejas sexuales van desde uno hasta 50 ($M=3.06$). El 58.7% de reportó que utilizó

condón en su última RS, mientras que el 62.3% menciona que suele usar condones en sus RS.

El 81% no conoce su estatus serológico y el 2.3% mencionó haber recibido el diagnóstico de VIH. En la segunda etapa, el 54.7% de los participantes fueron hombres y el 45.3% mujeres. El 29.3% de los participantes reportó estar soltero ($n=22$). El número de parejas sexuales durante el trayecto van desde los 0 hasta los 50 ($M=2.01$, $DE=4.71$), El 96% no ha practicado sexo transaccional durante el trayecto, el 6.7% ha consumido alcohol y el 97% refiere no haber consumido ningún tipo de droga.

Figura 10

Etapas de cambio de la prueba de VIH



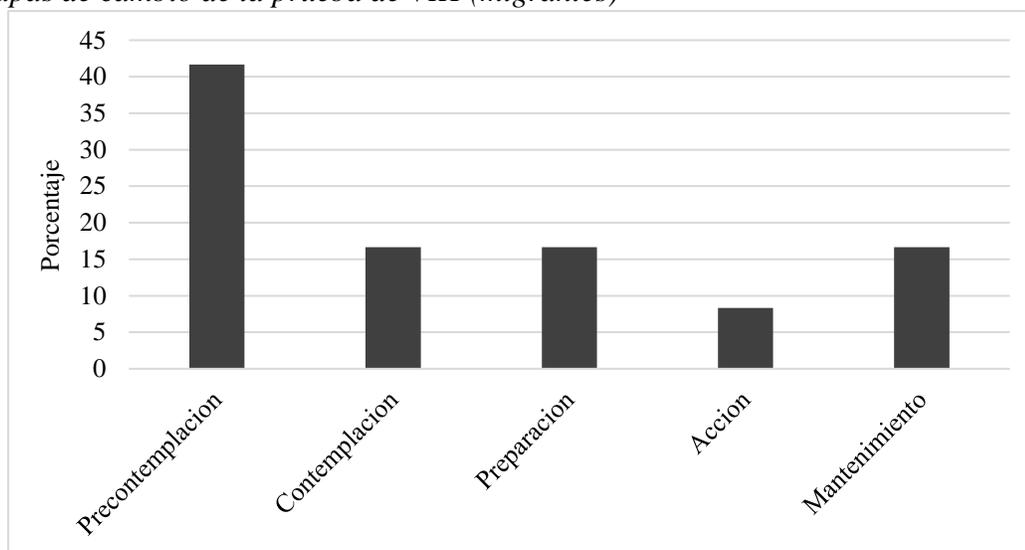
Nota: Etapa de cambio de la prueba de VIH en los universitarios ($n=300$)

Fuente: Autores

Etapas de cambio para la prueba de VIH. En cuanto a las etapas de cambio para la prueba de VIH en el grupo de universitarios más de la mitad de los participantes se encontraba en las etapas de precontemplación y contemplación (fig. 10). El 48.7% de los participantes se encontraban en la etapa de precontemplación, es decir, no tenían la intención de realizarse la prueba de VIH próximamente. el 23.3% reporto que se realizaría la prueba de VIH dentro de los próximos 6 meses, por lo que se ubican en la etapa de contemplación. La minoría se realiza la prueba cada año.

Figura 11

Etapas de cambio de la prueba de VIH (migrantes)



Nota: Etapa de cambio en la que se encuentran los migrantes para la prueba de VIH (n=75)

Fuente: Autores

(6.7%) ubicándose en la etapa de mantenimiento, mientras que el 13% se encuentra en etapa de preparación, es decir, tiene la intención de realizarse la prueba dentro de los próximos 30 días y el 8.3% de los participantes se realiza la prueba de VIH, pero no lo hace cada año. Para la muestra conformada por migrantes, el 19.8% se encontraba en la etapa de precontemplación, el 23.2 en contemplación, el 24.3% en preparación, el 14.7% en acción, mientras que el 18.1 en mantenimiento (Fig. 11).

Validez de criterio. Se realizó la prueba de K-S (Kolmogórov-Smirnov) que comprobó una distribución no paramétrica de los datos, por lo que a través de correlación con Rho de Spearman se comprueba que existe una relación entre la escala de interés AECPVIH y las escalas criterio de APVIH ($\rho=.570, p<.01$) y CPVIH ($\rho=.17, p<.01$) que avalan la validez concurrente del algoritmo, por otro lado, no se encontró relación significativa con EPRCS.

Para explorar la validez predictiva, se calculó un modelo regresión lineal múltiple con método introducir, donde se pudo predecir el efecto de las variables APVIH, CPVIH y EPRCS sobre el AECPVIH, la ecuación de la regresión fue estadísticamente significativa ($F_{[3,296]}=53.68, p<.001$). El modelo explica el 35.2% del cambio de la AECPVIH ($R^2=.352, p<.001$) con las variables APVIH ($\beta=.559, p<.001$), CPVIH ($\beta=.154, p<.001$) y EPRCS ($\beta=.102, p<.001$).

Tabla 6

Estabilidad del Algoritmo de las etapas de cambio para la prueba de VIH (Coeficiente de correlación intraclase)

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	p
Medidas únicas	0.941 ^a	0.909	0.963	33.634	74	74	.01
Medidas promedio	0.970	0.952	0.981	33.634	74	74	.01

Nota: Modelo de efectos aleatorio de dos factores donde tanto los efectos de personas como los efectos de medidas son aleatorios. ^a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción. ^b. Coeficientes de correlación intraclase de tipo A que utilizan una definición de acuerdo absoluto.

Confiabilidad. La muestra de los migrantes fue utilizada para calcular la confiabilidad test-retest para la evaluación de la estabilidad del AECPVIH, se calculó el CCI mostrando un 97% de concordancia entre las mediciones, esto significa que el algoritmo muestra una elevada estabilidad temporal de la medida ($CCI=.97, IC [.952-.981], p<.01$) como se muestra en la tabla 6.

Factibilidad de la ICEM-CP

Para responder al primer objetivo específico “examinar la factibilidad de una intervención con EM para reducir el riesgo sexual en migrantes en tránsito en albergues” donde para la factibilidad se consideraron: el apego a la metodología planeada, la disponibilidad y entrenamiento de los intervencionistas, los recursos materiales, el

entorno y la fidelidad de la intervención en la implementación. Se incluye la factibilidad de los métodos, a través de las tasas de reclutamiento y retención, así como la aleatorización para la asignación de los grupos.

Metodología planeada

Las características de los participantes fueron las adecuadas para el logro en la implementación de la ICEM-CP, las sesiones se llevaron a cabo de acuerdo con el plan establecido en la metodología y el manual (tabla 7), que incluye: entregar la primera sesión de manera grupal con máximo 10 participantes por grupo con duración de 60 min, gracias al horario pactado de acuerdo con las preferencias de los responsables de las casas del migrante se lograron otras recomendaciones descritas en el manual como mantener el grupo enfocado, se generó la conversación y se mantuvo una sesión dinámica, clara y positiva; la segunda sesión consideraría las preferencias del migrante en cuanto al día y hora que establecería para llevarla a cabo, sin embargo, dado que tienen actividades planeadas en los albergues, los responsables del lugar establecieron los días y horarios en los que se podía llevar a cabo las sesiones. Los días y horarios establecidos, fueron en momentos en los que no se tenían agendadas otras actividades en los albergues.

En cuanto a la privacidad: la sesión grupal se llevó a cabo en espacios acondicionados para reuniones como salas de trabajo, estos espacios se encuentran aislados y permitieron la evocación de una conversación que permitió el debate de los temas sin interrupciones; para la sesión individual se brindaron espacios más pequeños, que se encuentran adaptados como oficinas, estos espacios se consideran apropiados, sin embargo, la prudencia del “propietario” de dicho lugar, jugó un papel importante ya que en ocasiones era necesario el ingreso del “propietario” a su lugar para tomar algún documento u otra cosa, y esperaba a que saliera el participante de la sesión para ingresar, permitiendo que la sesión se llevara a cabo sin interrupciones.

Tabla 7*Número de participantes y tiempo de entrega de la primera sesión*

Sesión	Fecha de entrega	Número de participantes	Edad estimada	Tiempo en minutos
1	10.03.2023	9	26-40	52
2	17.03.2023	9	18-25	56
3	15.04.2023	10	26-40	51
4	21.04.2023	11	26-40	57
5	29.04.2023	8	18-25	48
6	12.05.2023	9	26-40	62
7	12.05.2023	8	26-40	56
8	13.05.2023	12	26-40	47
9	19.05.2023	14	26-40	60

Nota: La media de número de participantes es 10.00 y de tiempo en minutos es de 54.33

El cumplimiento en la programación de las sesiones fue adecuado, sin embargo, dado que los días y horarios fueron indicados de acuerdo con la disponibilidad del albergue, fue necesario que el auxiliar de la investigación llevara a cabo las pruebas de detección de VIH y aplicara el posttest, para lo que fue capacitado por el investigador principal.

Fidelidad de la ICEM-CP en la implementación

La entrega de la ICEM-CP se apegó al manual de la intervención, en la sesión grupal se utilizaron cabalmente las estrategias de grupo con EM tales como: la atracción del grupo (pregupo, orientación, pautas y estructura); la exploración de perspectivas (obtención de objetivos, estilos de vida/hábitos, día típico, ambivalencia, mirando hacia atrás, modelo heurístico, obtención de objetivos); la ampliación de perspectivas (valores, evaluación, imaginación, éxitos pasados, fortalezas, importancia y confianza) y pasando a la acción (planificación del cambio, compromiso, iniciación, progreso, desafíos, terminación/hacia el futuro) que fueron medidas con la escala Amigos para EM de grupos.

Se llevaron a cabo nueve sesiones grupales, donde: el 66.7% de los participantes fueron hombres, el 77.8% de los participantes se le estimó una edad entre los 26-40 años, el objetivo del 100% sesiones fue el cambio de comportamiento con enfoque psicoeducativo, estructurado de acuerdo con el manual de la intervención, la composición de los grupos fue homogénea con admisión cerrada con un enfoque de tiempo al futuro cercano. El 100% de las sesiones estuvo dirigida por un líder, la media de los participantes fue de 10 ($DE= 2.0$), la media de las sesiones fue de 54.33 minutos ($DE = 5.17$).

En cuanto a las estrategias de grupo con EM se mantuvieron puntuaciones por encima de la media lo que indica que las sesiones estuvieron con tendencia al anchor ideal de cada ítem, por ejemplo: en la participación de grupo, se involucró a los participantes en el proceso del grupo, se vincularon los objetivos, temas y procesos de cambio adecuadamente, los miembros compartieron sus perspectivas y sentimientos en

Tabla 8

Características descriptivas de las estrategias de grupo de la EM en la ICEM-CP

Estrategias de Grupo	<i>n</i> = 9 sesiones			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Atracción del grupo	74.4	7.2	60.0	80.0
Exploración de perspectivas	81.4	11.6	66.6	91.6
Ampliación de perspectivas	76.1	9.4	57.1	85.7
Pasando a la acción	72.2	15.0	50.0	91.6
Procesos de grupo	69.9	13.1	50.0	91.6
Estilo centrado en el cliente	94.9	5.4	83.3	100
Mi cambio de enfoque	75.9	9.9	58.3	91.6

Nota: *n*= Muestra; Mdn=mediana; DE=Desviación estándar; Min=Mínima; Max=Máxima

la sesión, los participantes se apoyaron mutuamente durante la sesión, los miembros pudieron tener conexiones intragrupo y los participantes se apoyan entre sí, sin ignorar sus propios problemas (Tabla 8).

También se evaluó el tiempo de sala del líder, es decir el porcentaje de tiempo que habla durante la sesión donde en el 44.4% de las sesiones el tiempo de sala fue de entre el 41 y 60 % de la sesión, en cuanto al enfoque en la tarea el líder logró que en el 44.4% de las sesiones los participantes se mantuvieran constantemente enfocados y en la tarea.

En cuanto a la sesión individual, a través de los procesos de cambio y las estrategias de la EM se evocó la motivación intrínseca del migrante para focalizar la importancia de utilizar el condón en todas sus relaciones sexuales, así mismo la necesidad de conocer el estatus serológico a través de la realización de pruebas de detección del VIH.

Factibilidad de los métodos

La implementación partió con la identificación de las casas del migrante y/o albergues que cumplieran con las características: atendieran hombres y mujeres adultos migrantes en tránsito. Se identificaron 7 lugares que atienden hombres y mujeres de los cuales 4 respondieron, de esos uno se utilizó para el pilotaje de los materiales y la intervención y otro aceptaba participar en el estudio, pero hasta el segundo semestre del 2023, por lo que fueron descartados, quedando dos lugares (proyectos de atención migrante) que aceptaron participar en el estudio.

Aleatorización

La aleatorización se llevó a cabo tal como se había planeado, primero se seleccionaron los albergues y/o casas del migrante que participaron, posteriormente se llevó a cabo la aleatorización por conglomerados, este proceso se realizó a través de tómbola donde se designó un conglomerado para el grupo de intervención y el otro para el grupo control. La participación no fue obligada, se mantuvo el cegamiento tanto para los participantes

como para los responsables de los albergues ya que desconocían a que grupo pertenecían, así mismo se mantuvo el cegamiento para el análisis de los datos.

Posteriormente y acorde con la asignación dada, se procedió a programar con los responsables y participantes de cada albergue y/o casa del migrante la fecha, hora y lugar de la primera sesión.

Reclutamiento

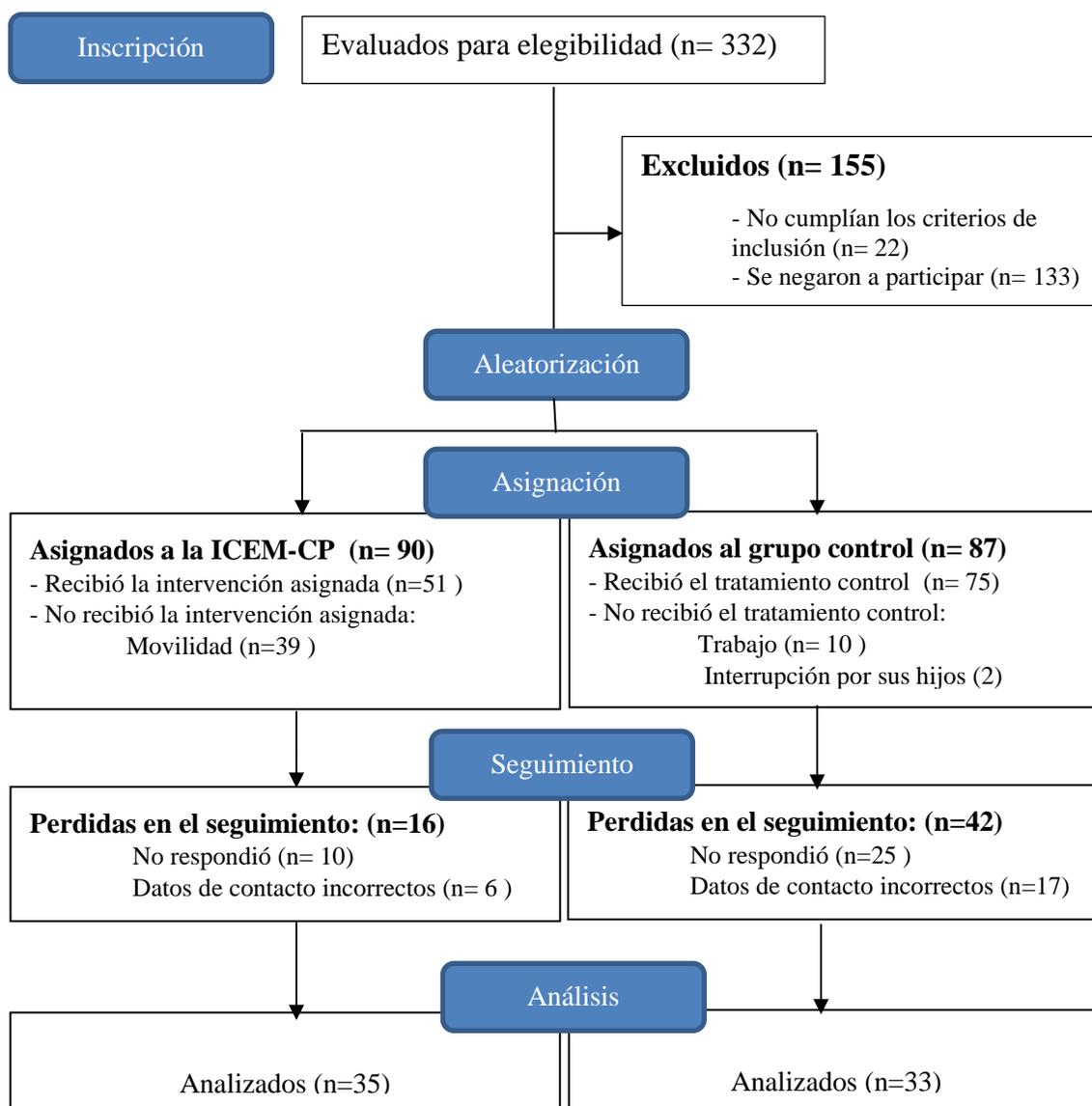
El reclutamiento se llevó a partir del 10 de marzo del 2023 en el grupo de intervención y del 13 de abril del 2023 en el grupo control, las fechas se dieron de acuerdo con el acceso brindado por parte de los responsables de los albergues a cada uno. Este se apegó a lo establecido en el plan: se invitó de manera abierta a todos los que estaban presentes en la fecha que se acudió por primera vez y posteriormente se repitió en cada visita al albergue ya que había nuevos migrantes, debido a la movilidad que tienen, el mismo día del reclutamiento se llevó a cabo la sesión grupal para el caso del grupo de intervención y las dos sesiones para el grupo control; en esta etapa se evaluaron los potenciales participantes de acuerdo con los criterios de inclusión y se registraron en la matriz de inscripción y seguimiento; fueron abordados en la casa y/o albergue del migrante.

Fueron considerados para el estudio un total acumulado de 332 migrantes, que fueron elegibles por estar presentes los días en que se invitó a participar en el estudio. En total participaron 177 en el estudio, de ellos se asignaron 90 al grupo de intervención y 87 al grupo control, la implementación de la sesiones inicio el mismo día del reclutamiento para evitar pérdidas por la gran movilización que tienen por lo que no transcurrió tiempo desde la fase de reclutamiento y la primera sesión, la implementación de las sesiones se llevó a cabo desde el 10 de marzo al 19 de mayo de 2023 en el grupo

de intervención y desde el 13 de abril hasta el 25 de mayo para el grupo control (Figura 12).

Figura 12

Diagrama de flujo CONSORT para el ensayo controlado aleatorizado piloto ICEM- CP



Nota: Elaboración propia.

Tasas de reclutamiento. Para la tasa de elegibilidad se consideró como elegibles al 100% de los migrantes que estaban presentes en el momento en que se realizó el reclutamiento, mientras que para la tasa de aleatorización fue considerada como el porcentaje de participantes aleatorizados sobre el total de participantes elegibles obteniendo una tasa de aleatorización del 53.31% de los que participaron en el estudio, el resto fue excluido por no cumplir los criterios de inclusión y/o por que rechazaron participar.

Tasa de retención. Se midió como la proporción de participantes que completaron el estudio hasta el seguimiento sobre la muestra inicial y en cada grupo. La tasa de retención sobre el total de la muestra fue de 38.4%, *IC* 95% [31.20, 46.00]; mientras que la tasa de retención de la ICEM-CP fue de 38.9%, *IC* 95% [28.80, 49.70] ligeramente superior que para el grupo control que fue de 37.9%, *IC* 95% [27.70, 49.00]. Las estrategias utilizadas para la retención fueron: para el grupo de intervención la entrega de 10 Dlls al terminar las sesiones, y otros 10 Dlls al responder al seguimiento. Mientras que para el grupo control se les brindó comida al finalizar la jornada de las dos sesiones y se entregaron 20 Dlls al responder al seguimiento.

Recolección de los datos

Para la recolección de los datos la aplicación de los instrumentos no hubo necesidad de modificaciones. Los participantes manifestaron claridad en las instrucciones y en los ítems, los instrumentos fueron auto aplicables a excepción del algoritmo para las etapas de cambio del uso del condón y la prueba de detección que fue administrado por el investigador y/o auxiliar de investigación, el formato fue a impreso a lápiz y papel, para el seguimiento se utilizó como estrategia una versión digital en la plataforma FORMS, que fue enviada a aquellos que ya no se encontraron en el albergue para contestarlo en físico, sin embargo, solamente se obtuvo una respuesta en ese formato. El tiempo de respuesta de los instrumentos osciló entre los 45 y 60 minutos,

esto representó un problema principalmente en el grupo control que respondieron al pretest y postest el mismo día, la estrategia utilizada con ellos fue que al concluir las dos sesiones se tomaron un espacio donde se les brindó alimentos y bebidas (principalmente pizza y refresco) y posteriormente se les invitó a responder de nuevo los instrumentos.

Características de los grupos en postest y seguimiento

En el postest se mantuvieron en el estudio 126 migrantes, donde la media de edad es de 32.30 ($DE = 8.73$), el número de veces que ha cruzado a USA es de .41 ($DE = .90$), la edad que tenía la primera vez que cruza es de 28.73 ($DE = 8.16$) (Tabla 9). El 64.3% son hombres, el nivel académico predominante es la preparatoria (similar de acuerdo con el país) 44.4%, en cuanto al estado civil, en el grupo de intervención el 58.8% reportó estar soltero, mientras que en el grupo control el 45.3% es casado.

Tabla 9

Características sociodemográficas en el postest por grupo ICEM-CP y control (variables intervalares)

Datos sociodemográficos	Total (n=126)		ICEM-CP (n=51)		Control n(=75)	
	M	DE	M	DE	M	DE
Edad	32.3	8.7	32.9	9.5	31.85	8.1
Número de parejas sexuales durante el trayecto	1.6	2.9	1.9	4.0	1.48	2.0
Número de veces que ha cruzado a USA	.41	.9	.63	1.1	.27	.6
Edad primera vez que cruza a USA	28.7	8.1	27.9	7.8	29.2	8.3

Nota: n= Muestra; Mdn=mediana; DE=Desviación estándar; Min=Mínima; Max=Máxima

El 61.9% de los migrantes son extranjeros, predominando Venezuela como país de origen con el 34.9%, solo el 14.3% tiene un estatus migratorio temporal, la mayoría se encuentra de forma irregular (43.7%), el 61.9% tenía menos de tres meses desde que salió de su lugar de origen al momento del estudio (Tabla 10).

Tabla 10

Características sociodemográficas en el postest por grupo ICEM-CP y control (variables nominales)

Datos sociodemográficos	Total (n=126)		ICEM-CP (n=51)		Control (n=75)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Genero						
Femenino	45	35.7	11	21.6	34	45.3
Masculino	81	64.3	40	78.4	41	54.7
Escolaridad						
Ninguno	5	4.0	4	7.8	1	1.3
Primaria	18	14.3	4	7.8	14	18.7
Secundaria	37	29.4	14	27.5	23	30.7
Preparatoria	56	44.4	25	49.0	31	41.3
Licenciatura	9	7.1	3	5.9	6	8.0
Posgrado	1	.8	1	2.0	1	1.3
Estado civil						
Soltero	52	41.3	30	58.8	22	29.3
Casado	41	32.5	7	13.7	34	45.3
Divorciado	5	4.0	2	3.9	3	4.0
Viudo	4	3.2	3	5.9	1	1.3
Unión libre	24	19.0	9	17.6	15	20.0
Nacionalidad						
Mexicana	48	38.1	13	25.5	35	46.7
Extrajera	78	61.9	38	74.5	40	53.3
Lugar de procedencia						
México	48	38.1	13	25.5	35	46.7
Cuba	3	2.4	1	2.0	2	2.7
Nicaragua	2	1.6	0	0	2	2.7
Honduras	10	7.9	4	7.8	6	8.0
Venezuela	44	34.9	30	58.8	14	18.7
El Salvador	10	7.9	1	2.0	9	12.0
Haití	2	1.6	1	2.0	1	1.3
Guatemala	5	4.0	1	2.0	4	5.3
Perú	2	1.6	0	0	2	2.7
Estatus migratorio						
Regular	53	42.1	15	29.4	38	50.7

Continúa tabla 10.

Datos sociodemográficos	Total (n=126)		ICEM-CP (n=51)		Control (n=75)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Irregular	55	43.7	29	56.9	26	34.7
Temporal	18	14.3	7	13.7	11	14.7
Tiempo transcurrido desde que salió de su lugar de origen						
Menos de 3 meses	78	61.9	27	52.9	51	68.0
Más de tres meses	25	19.8	12	23.5	13	17.3
Más de 6 meses	14	11.1	7	13.7	7	9.3
Más de 12 meses	9	7.1	5	9.8	4	5.3
Vida en USA						
Si	19	15.1	8	15.7	11	14.7
No	107	84.9	43	84.3	64	85.3
Sexo transaccional						
Si	8	6.3	8	15.7	0	0
No	112	88.9	40	78.4	72	96.0
Prefiero no responder	6	4.8	3	5.9	3	4.0
Consumo de alcohol						
Si	11	8.7	6	11.8	5	6.7
No	113	89.7	44	86.3	69	92.0
Prefiero no responder	2	1.6	1	2.0	1	1.3
Consumo de drogas						
Si	3	2.4	3	5.9	0	0
No	120	95.2	47	92.2	73	97.3
Prefiero no responder	3	2.4	1	2.0	2	2.7
Diagnóstico de VIH						
Si	0	0	0	0	0	0
No	126	100.0	51	100.0	75	100.0

Nota: $n = 177$ $f =$ frecuencia $\% =$ Porcentaje

En relación con la conducta sexual, el número de parejas sexuales que han tenido durante el trayecto es de 1.68 ($DE = 2.99$), (Tabla 9). El 6.3% ha mantenido sexo transaccional durante el trayecto, solamente el 8.7% ha ingerido bebidas alcohólicas, el 95.2% reporto no haber consumido drogas durante el trayecto y el 100% de los participantes no cuenta con diagnóstico de VIH (Tabla 10). Las características

sociodemográficas de los migrantes del grupo ICEM-CP y el control se mantuvieron semejantes en el postest, por lo que no se evidenciaron diferencias importantes.

Para el seguimiento, los migrantes que respondieron ($n = 68$) mantenían una media de edad es de 32.12 (DE = 9.10), el número de veces que ha cruzado a USA es de .31 (DE = .71), la edad que tenía la primera vez que cruza es de 29.06 (DE = 8.68) (Tabla 11). El 70.6% son hombres, el nivel académico predominante es la preparatoria (similar de acuerdo con el país) 51.5%, en cuanto al estado civil, en el grupo de intervención el 62.9% reportó estar soltero, mientras que en el grupo control el 48.5% es casado. El 70.6% de los migrantes son extranjeros, predominando Venezuela como país de origen con el 45.6%, solo el 13.2% tiene un estatus migratorio temporal, la mayoría se encuentra de forma irregular (51.5%), el 60.3% tenía menos de tres meses desde que salió de su lugar de origen al momento del estudio (Tabla 12).

Tabla 11

Características sociodemográficas en el seguimiento por grupo ICEM-CP y control (variables intervalares)

Datos sociodemográficos	Total (n=68)		ICEM-CP (n=35)		Control n(=33)	
	M	DE	M	DE	M	DE
Edad	32.1	9.1	32.0	9.9	32.1	8.2
Número de parejas sexuales durante el trayecto	2.1	3.8	2.2	4.7	1.9	2.6
Número de veces que ha cruzado a USA	.31	.7	.4	.9	.1	.3
Edad primera vez que cruza a USA	29	8.6	27.9	8.3	30.2	8.9

Nota: n= Muestra; Mdn=mediana; DE=Desviación estándar

En relación con la conducta sexual, el número de parejas sexuales que han tenido durante el trayecto es de 2.10 ($DE = 3.82$), (Tabla 11). El 8.8% ha mantenido sexo transaccional durante el trayecto, solamente el 13.2% ha ingerido bebidas alcohólicas, el 94.1% reporto no haber consumido drogas durante el trayecto y el 100% de los participantes no cuenta con diagnóstico de VIH (Tabla 12). Las características sociodemográficas de los migrantes del grupo ICEM-CP y el control se permanecieron equivalentes en el seguimiento, manteniéndose sin diferencias de importancia.

Tabla 12

Características sociodemográficas en el seguimiento por grupo ICEM-CP y control (variables nominales)

Datos sociodemográficos	Total (n=68)		ICEM-CP (n=35)		Control (n=33)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Genero						
Femenino	20	29.4	7	20.0	13	39.4
Masculino	48	70.6	28	80.0	20	60.6
Escolaridad						
Ninguno	3	4.4	2	5.7	1	3.0
Primaria	6	8.8	4	11.4	2	6.1
Secundaria	16	23.5	9	25.7	7	21.2
Preparatoria	35	51.5	16	45.7	19	57.6
Licenciatura	7	10.3	3	8.6	4	12.1
Posgrado	1	1.5	1	2.9	1	3.0
Estado civil						
Soltero	32	47.1	22	62.9	10	30.3
Casado	21	30.9	5	14.3	16	48.5
Divorciado	2	2.9	1	2.9	1	3.0
Viudo	2	2.9	2	5.7	6	18.2
Unión libre	11	16.2	5	14.3	10	30.3
Nacionalidad						
Mexicana	20	29.4	9	25.7	11	33.3
Extrajera	48	70.6	26	74.3	22	66.7
Lugar de procedencia						
México	20	29.4	9	25.7	11	33.3
Cuba	2	2.9	0	0	2	6.1
Nicaragua	1	1.5	0	0	1	3.0
Honduras	4	5.9	3	8.6	1	3.0
Venezuela	31	45.6	22	62.9	9	27.3
El Salvador	6	8.8	0	0	6	18.2

Continúa tabla 12.

Datos sociodemográficos	Total (n=68)		ICEM-CP (n=35)		Control (n=33)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Lugar de procedencia						
Haití	2	2.9	1	2.9	1	3.0
Guatemala	2	2.9	0	0	2	6.1
Perú	0	0	0	0	0	0
Estatus migratorio						
Regular	24	35.3	11	31.4	13	39.4
Irregular	35	51.5	21	60.0	14	42.4
Temporal	9	13.2	3	8.6	6	18.2
Tiempo transcurrido desde que salió de su lugar de origen						
Menos de 3 meses	41	60.3	20	57.1	21	63.6
Más de tres meses	14	20.6	7	20.0	7	21.2
Más de 6 meses	6	8.8	4	11.4	2	6.1
Más de 12 meses	7	10.3	4	11.4	3	9.1
Vida en USA						
Si	7	10.3	4	11.4	3	9.1
No	61	89.7	31	88.6	30	90.9
Sexo transaccional						
Si	6	8.8	6	17.1	0	0
No	61	89.7	28	80.0	33	100.0
Prefiero no responder	1	1.5	1	2.9	0	0
Consumo de alcohol						
Si	9	13.2	5	14.3	4	12.1
No	58	85.3	29	82.9	29	87.9
Prefiero no responder	1	1.5	1	2.9	0	0
Consumo de drogas						
Si	2	2.9	2	5.7	0	0
No	64	94.1	32	91.4	32	97.0
Prefiero no responder	2	2.9	1	2.9	1	3.0
Diagnóstico de VIH						
Si	0	0	0	0	0	0
No	68	100.0	35	100.0	33	100.0

Nota: n= 177 *f*= frecuencia %= Porcentaje

Aceptabilidad de la ICEM-CP

Para responder al objetivo que trata de analizar la aceptabilidad de la ICEM-CP para reducir el riesgo sexual en migrantes en tránsito ubicados en albergues se midieron las tasas de aceptación y de abandono a partir de los datos que se muestran en el diagrama de flujo CONSORT (Figura 11). Así mismo se evaluó la satisfacción con la intervención de acuerdo con el agrado del participante, la opinión general, el cumplimiento en las expectativas, la satisfacción con las actividades, la utilidad de las actividades, el tiempo de entrega y el desempeño del facilitador, al finalizar la segunda sesión mediante la aplicación del formato de evaluación de la aceptabilidad de la intervención.

Tasa de aceptación

Se calculó en función del porcentaje de migrantes que aceptaron participar (177) en el estudio, sobre los que estaban evaluados para elegibilidad menos aquellos que no cumplieron los criterios de inclusión (312), resultando una tasa de aceptación del 56.73%. Aquellos que no quisieron participar en la intervención mencionaron principalmente no estar interesados y que no estarían más tiempo en el albergue.

Tasa de abandono

Se midió como el porcentaje de participantes que no finalizaron las sesiones en el grupo de intervención o que no concluyeron con el seguimiento sobre el total de participantes que recibieron la sesión uno del ICEM-CP (Tabla 13). La principal razón de abandono en el grupo de intervención fue la movilidad, es decir, al regresar para la segunda sesión el migrante ya había partido del albergue, y no se logró establecer contacto para el seguimiento.

Tabla 13*Tasa de abandono por grupo y momento*

Momento	ICEM-CP		Control	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Después de la primera sesión	43.30	32.90-54.20	13.80	7.30-22.90
Seguimiento al mes	61.10	50.30-71.20	62.10	51.00-72.30

*Nota: % = Porcentaje; IC = Intervalo de confianza****Satisfacción con la intervención***

El instrumento fue respondido por 51 migrantes que completaron todas las sesiones de la ICEM-CP. Los resultados mostraron que fue del agrado de los migrantes participar en las sesiones en el 100% de los que respondieron, desde la opinión del 96.1% la intervención fue “muy buena”, el 86% menciona que está “muy de acuerdo” en que se cumplieron sus expectativas, para el 94.1% todas las actividades de la intervención fueron de su agrado, el 98% de los migrantes opinó que las actividades le fueron útiles, para el 60.8% le hubiera gustado que las sesiones duraran más tiempo y el 96.1% opinó que el desempeño de los facilitadores fue “muy bueno” (Tabla 14).

Tabla 14*Aceptabilidad de la ICEM-CP por el grupo experimental*

Aceptabilidad de la ICEM-CP Ítems	Total (n = 51)	
	f	%
1. Participar en las sesiones fue de mi agrado		
Si	51	100
No	0	0
2. Desde mi opinión la intervención fue...		
Muy buena	49	96.1
Buena	2	3.9
Mala	0	0
Muy mala	0	0

Continúa tabla 14

Aceptabilidad de la ICEM-CP Ítems	Total (<i>n</i> = 51)	
	<i>f</i>	%
3. Mis expectativas se cumplieron...		
Muy de acuerdo	44	86.3
De acuerdo	7	13.7
En desacuerdo	0	0
Muy en desacuerdo	0	0
4. Las actividades de la intervención...		
Todas me agradaron	48	94.1
Algunas de ellas me agradaron	1	2.0
La mayoría de ellas no me agradaron	2	3.9
Ninguna me agrado	0	0
5. Las actividades me fueron útiles		
Mucho	50	98.0
Algo	1	2.0
Poco	0	0
Nada	0	0
6. En relación con el tiempo por sesión		
Me hubiera gustado que durara mas	31	60.8
60 min por sesión fueron suficiente	20	39.2
Me hubiera gustado que durara menos	0	0
7. Pienso que el desempeño de los facilitadores fue...		
Muy bueno	49	96.1
Bueno	2	3.9
Regular	0	0
Malo	0	0

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S)

Para iniciar con el análisis inferencial, se realizó protocolariamente la prueba K-S con correlación de Lilliefors para comprobar la normalidad de las variables estudiadas ($p > .05$). En el pretest, para el grupo ICEM-CP, los resultados muestran que la única variable que manifiesta una distribución normal es “creencias sexuales machistas”, el resto sugieren que no existe una distribución normal de los datos, de acuerdo con el resultado inferior a .05 en el valor de “*p*”. Para el grupo control, la variable “Autoeficacia para reducir el riesgo sexual” en la subescala que mide lo referente al uso del condón, es la única que presenta distribución normal (Tabla 15).

Tabla 15

Estadística descriptiva y prueba de K-S de las variables de estudio en el pretest de los grupos ICEM-CP y Control.

Variable		Medición	Media	DE	Min	Max	D ^a	p
Conocimiento sobre el uso del condón y la prueba de VIH								
Condón	ICEM-CP	Pretest	51.6	26.3	.00	100	.153	.001*
	Control	Pretest	54.9	29.6	.00	100	.147	.001*
Prueba de VIH	ICEM-CP	Pretest	53.3	23.6	.00	92.8	.144	.001*
	Control	Pretest	51.9	23.3	.00	92.8	.133	.001*
Actitud al riesgo sexual	ICEM-CP	Pretest	64.8	25.9	.00	100	.172	.001*
	Control	Pretest	73.2	19.6	.00	100	.098	.030
Percepción del riesgo sexual	ICEM-CP	Pretest	68.1	22.2	9.09	90.9	.206	.001*
	Control	Pretest	70.5	18.5	9.09	90.9	.153	.001*
Creencias sexuales machistas	ICEM-CP	Pretest	55.8	21.7	.00	90	.086	.090
	Control	Pretest	54.1	20.4	.00	100	.145	.001*
Discriminación migrante	ICEM-CP	Pretest	75.4	23.3	28.00	100	.164	.001*
	Control	Pretest	75.5	24.8	4.00	100	.182	.001*
Acceso a condones y pruebas de VIH								
Condón	ICEM-CP	Pretest	72.5	20.4	25.00	100	.101	.020*
	Control	Pretest	69.5	17.9	21.88	100	.118	.001*
Prueba de VIH	ICEM-CP	Pretest	75.9	20.1	33.33	100	.210	.001*
	Control	Pretest	83.3	18.3	33.33	100	.232	.001*
Autoeficacia para reducir el riesgo sexual								
Condón	ICEM-CP	Pretest	66.1	26.1	.00	100	.121	.001*
	Control	Pretest	64.3	25.0	.00	100	.090	.070
Prueba de VIH	ICEM-CP	Pretest	76.4	25.5	.00	100	.232	.001*
	Control	Pretest	75.6	27.9	.00	100	.268	.001*
Comunicación sexual	ICEM-CP	Pretest	46.4	28.5	.00	100	.094	.040*
	Control	Pretest	46.2	32.6	.00	100	.111	.010*

Nota: n = ICEM-CP (90), Control (87); DE=Desviación estándar; Min=Mínima; Max=Máxima; D^a = Estadístico de prueba; *p valor < .05 se considera una distribución no normal de la variable.

Las variables de conocimiento sobre el uso del condón y la prueba de VIH, así como las creencias sexuales machistas, mostraron puntuaciones ligeramente superiores a la media de acuerdo con su escala de medición en ambos grupos. Por otro lado, las

Tabla 16

Estadística descriptiva y prueba de K-S de las variables de estudio en el postest de los grupos ICEM-CP y Control.

Variable		Medición	Media	DE	Min	Max	D ^a	P
Conocimiento sobre el uso del condón y la prueba de VIH								
Condón	ICEM-CP	Postest	93.7	9.9	66.6	100	.419	.001*
	Control	Postest	56.0	29.9	.00	100	.199	.001*
Prueba de VIH	ICEM-CP	Postest	92.5	7.6	78.5	100	.245	.001*
	Control	Postest	55.5	25.1	.00	100	.116	.010*
Actitud al riesgo sexual	ICEM-CP	Postest	93.7	9.5	62.9	100	.311	.001*
	Control	Postest	74.0	20.8	.00	100	.119	.010*
Percepción del riesgo sexual	ICEM-CP	Postest	96.4	7.3	63.6	100	.374	.001*
	Control	Postest	74.2	25.6	.00	100	.158	.001*
Creencias sexuales machistas	ICEM-CP	Postest	71.3	24.3	10	100	.131	.020*
	Control	Postest	58.8	21.1	10	100	.099	.060
Discriminación migrante	ICEM-CP	Postest	83.2	20.6	32	100	.223	.001*
	Control	Postest	75.0	26.7	4	100	.205	.001*
Acceso a condones y pruebas de VIH								
Condón	ICEM-CP	Postest	92.2	10.0	50	100	.251	.001*
	Control	Postest	70.8	18.2	28.1	100	.114	.010*
Prueba de VIH	ICEM-CP	Postest	100	.00	100	100	NA	NA
	Control	Postest	83.7	19.5	16.6	100	.251	.00*
Autoeficacia para reducir el riesgo sexual								
Condón	ICEM-CP	Postest	91.7	13.3	40.6	100	.270	.00*
	Control	Postest	64.3	25.7	.00	100	.100	.06
Prueba de VIH	ICEM-CP	Postest	99	5.1	66.6	100	.536	.00*
	Control	Postest	76.8	24.4	.00	100	.227	.00*
Comunicación sexual	ICEM-CP	Postest	37.0	23.6	.00	100	.118	.07
	Control	Postest	43.7	32.4	.00	100	.105	.04*

Nota: n (Tamaño de la muestra) = Grupo de ICEM-CP (51), Grupo control (87); DE=Desviación estándar; Min=Mínima; Max=Máxima; D^a = Estadístico de prueba;*p valor < .05 se considera una distribución no normal de la variable; NA=No aplica

variables de actitud al riesgo sexual, percepción del riesgo sexual, discriminación migrante, acceso a condones y pruebas <de VIH, autoeficacia para reducir el riesgo sexual, las puntuaciones fueron más elevadas a la media según su escala de medición en ambos grupos. En el caso de la variable de comunicación sexual, en ambos grupos, las puntuaciones fueron inferiores a la media de acuerdo con su escala de medición.

En el postest, la variable “creencias sexuales machistas” mantiene una distribución normal en el grupo control, mientras que el resto de las variables no siguen una distribución normal en sus resultados para ambos grupos. Las variables de conocimiento sobre el uso del condón y la prueba de VIH, actitud al riesgo sexual, percepción del riesgo sexual, creencias sexuales machistas, discriminación del migrante, acceso a condones y pruebas de VIH, autoeficacia para reducir el riesgo sexual muestran puntajes por encima de la media de forma pronunciada en el grupo de la ICEM-CP, mientras que mantuvieron la tendencia de medias ligeramente por encima de la media en el grupo control. En relación con la variable de comunicación sexual, en ambos grupos, las puntuaciones fueron inferiores a la media de acuerdo con su escala de medición (Tabla 16).

En el seguimiento al mes, las variables creencias sexuales machistas y comunicación sexual, presentan una distribución normal de los datos en ambos grupos, por otro lado, las variables conocimiento sobre la prueba de VIH, percepción del riesgo sexual, acceso a condones y autoeficacia para reducción del riesgo sexual, siguen una distribución normal solamente en el grupo control. El resto de las variables no presentan distribución normal en sus resultados para ambos grupos.

En relación con las medias, las variables: conocimiento sobre el uso del condón y la prueba de VIH, actitud al riesgo sexual, percepción del riesgo sexual, creencias sexuales machistas, discriminación del migrante, acceso a condones y pruebas de VIH, autoeficacia para reducir el riesgo sexual, los puntajes se mantienen pronunciadamente

por encima en el grupo de la ICEM-CP y de manera discreta en el grupo control. La variable comunicación sexual, en ambos grupos, las puntuaciones fueron inferiores a la media de acuerdo con su escala de medición (Tabla 17).

Tabla 17

Estadística descriptiva y prueba de K-S de las variables de estudio en el seguimiento al mes de los grupos ICEM-CP y Control

Variable	Medición	Media	DE	Min	Max	D ^a	p	
Conocimiento sobre el uso del condón y la prueba de VIH								
Condón	ICEM-CP	Seguimiento	90.4	13.5	50.00	100	.358	.001*
	Control	Seguimiento	57.0	28.8	.00	100	.206	.001*
Prueba de VIH	ICEM-CP	Seguimiento	90.8	8.5	71.43	100	.200	.001*
	Control	Seguimiento	56.9	22.5	.00	92.8	.134	.140
Actitud al riesgo sexual	ICEM-CP	Seguimiento	93.9	8.8	66.67	100	.296	.001*
	Control	Seguimiento	72.8	22.1	.00	100	.209	.001*
Percepción del riesgo sexual	ICEM-CP	Seguimiento	95.7	8.2	63.64	100	.313	.001*
	Control	Seguimiento	73.0	25.2	.00	100	.142	.080
Creencias sexuales machistas	ICEM-CP	Seguimiento	70.3	23.2	20.00	100	.116	.200
	Control	Seguimiento	55.1	20.4	10.00	100	.097	.200
Discriminación migrante	ICEM-CP	Seguimiento	83.6	20.4	32.00	100	.213	.001*
	Control	Seguimiento	73.2	28.4	4.00	100	.190	.001*
Acceso a condones y pruebas de VIH								
Condón	ICEM-CP	Seguimiento	91.6	10.8	50.00	100	.235	.001*
	Control	Seguimiento	68.8	20.9	21.88	100	NA	.120
Prueba de VIH	ICEM-CP	Seguimiento	100	100	100.0	100	NA	NA
	Control	Seguimiento	83.3	22.8	16.67	100	.283	.001*
Autoeficacia para reducir el riesgo sexual								
Condón	ICEM-CP	Seguimiento	89.1	14.6	40.63	100	.229	.001*
	Control	Seguimiento	65.1	24.9	.00	100	.120	.200
Prueba de VIH	ICEM-CP	Seguimiento	98.5	6.2	66.67	100	.534	.001*
	Control	Seguimiento	76.2	28.5	.00	100	.251	.001*
Comunicación sexual	ICEM-CP	Seguimiento	37.0	19.7	.00	100	.104	.200
	Control	Seguimiento	39.3	33.9	.00	100	.123	.200

Nota: n= ICEM-CP (51), Control (87); DE=Desviación estándar; Min=Mínima; Max=Máxima; D^a= Estadístico de prueba; *p valor < .05 se considera una distribución no normal de la variable; NA=No aplica

Eficacia preliminar y comprobación de hipótesis

Para la comprobación de las hipótesis se evaluaron las diferencias de medias entre los grupos ICEM-CP y control entre el test, postest y seguimiento utilizando la prueba de Friedman.

Tabla 18

Comparación de las variables por grupo en el pretest.

Variables	ICEM-CP		Control		<i>p</i>
	<i>(n = 90)</i>		<i>(n = 87)</i>		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Conocimiento sobre el condón y la prueba de VIH					
<i>Condón</i>	51.6	26.3	54.9	29.6	.34
<i>Prueba de VIH</i>	53.3	23.6	51.9	23.3	.75
Actitud al riesgo sexual	64.8	25.9	73.2	19.6	.12
Percepción del riesgo sexual	68.1	22.2	70.5	18.5	.81
Creencias sexuales machistas	55.8	21.7	54.1	20.4	.35
Discriminación migrante	75.4	23.3	75.5	24.8	.80
Acceso a condones y pruebas de VIH					
<i>Condón</i>	72.5	20.4	69.5	17.9	.21
<i>Prueba de VIH</i>	75.9	20.1	83.3	18.3	.01*
Autoeficacia para reducir el riesgo sexual					
<i>Condón</i>	66.1	26.1	64.3	25.0	.50
<i>Prueba de VIH</i>	76.4	25.5	75.6	27.9	.96
Comunicación sexual	46.4	28.5	46.2	32.6	.90

Nota: *M* = media; *DE* = desviación estándar; *p* = valor de *p*; ICEM-CP = Grupo de intervención. La diferencia entre grupos se calculó mediante la prueba U de Mann-Whitney; la diferencia entre grupos es significativa en $p < .05$.

Posteriormente se complementó el análisis con la prueba de Wilcoxon, en aquellas variables que mostraron diferencias de medias para compararlas en el pretest-postest, pretest-seguimiento y postest-seguimiento en ambos grupos. En el pretest se

calculó la diferencia entre los grupos utilizando la Prueba U de Mann Whitney, presentando puntajes de medias similares en los grupos ICEM-CP y control, en la variable acceso a condones y pruebas de VIH/ Prueba de VIH presenta una diferencia significativa ($p < .05$) (Tabla 18).

Para responder a la primera hipótesis sobre si “los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM aumentarán los conocimientos sobre el condón y la prueba de VIH, en el postest y al mes, en comparación con el grupo control”. Se realizó el análisis con test de Friedman que indica que en la variable conocimientos sobre el condón y la prueba de VIH se presentan diferencias globales estadísticamente significativas ($p < .001$), al complementar el análisis con la prueba de Wilcoxon de muestras relacionadas (medidas repetidas) se puede comprobar que en el grupo de la ICEM-CP, los conocimientos sobre el condón se presentaron valores superiores en el postest ($M = 93.79$; $DE = 9.97$) en comparación con el pretest ($M=51.66$; $DE = 26.32$; $Z= -6.08$; $p < .001$), manteniéndose valores superiores en el seguimiento ($M = 90.47$; $DE = 13.57$) estadísticamente significativos ($Z= -4.78$; $p < .001$). Sin presentarse diferencias entre el postest y el seguimiento ($Z = -.95$; $p = .34$), mientras que en el grupo control no se presentaron cambios estadísticamente significativos (Tabla 19).

En relación con la prueba de VIH, se observaron cambios globales significativos para ambos grupos: ICEM-CP ($p < .001$); control ($p = .003$). Con el análisis de Wilcoxon, demuestra que en al ICEM, los conocimientos sobre la prueba de VIH se presentaron valores superiores en el postest ($M = 91.02$; $DE = 8.00$) en comparación con el pretest ($M=51.83$; $DE = 23.26$; $Z= -6.18$; $p < .001$), manteniéndose valores superiores en el seguimiento ($M = 90.81$; $DE = 8.58$) estadísticamente significativos ($Z= -5.05$; $p < .001$). Sin presentarse diferencias entre el postest y el seguimiento ($Z = -.23$; $p = .81$), mientras que en el grupo control también se observaron ligeros cambios estadísticamente significativos en el postest ($M=56.06$; $DE = 23.29$; $Z= -3.19$; $p < .001$)

y seguimiento ($M=56.92$; $DE = 22.51$; $Z= -2.68$; $p = .007$) en comparación con el pretest ($M=52.81$; $DE = 22.72$) (Tabla 19).

Tabla 19

Comparación de las puntuaciones de Conocimientos sobre el uso del condón y la prueba de VIH en el pretest, postest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)

	Grupo	Friedman				Significación de Wilcoxon entre pares			
		M (DE)	Rango	Chi ²	P	Pretest	Postest	Seg.	
Condón	ICEM-CP	Pretest	51.66 (26.32)	1.10			----	.001***	.001***
		Postest	93.79 (9.97)	2.51	56.54	.001***	.001***	----	.34
		Seg.	90.47 (13.57)	2.39			.001***	.34	----
	Control	Pretest	54.98 (29.65)	1.76			----	.27	.06
		Postest	56.00 (29.96)	2.14	7.87	.019	.27	----	.31
		Seg.	57.07 (28.87)	2.11			.06	.31	----
Prueba de VIH	ICEM-CP	Pretest	51.83 (23.26)	1.06			---	.001***	.001***
		Postest	91.02 (8.00)	2.47	54.90	.001***	.001***	----	.81
		Seg.	90.81 (8.58)	2.47			.001***	.81	----
	Control	Pretest	52.81 (22.72)	1.71			----	.001***	.007**
		Postest	56.06 (23.29)	2.12	11.37	.003**	.001***	----	.285
		Seg.	56.92 (22.51)	2.17			.007**	.285	----

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Seg.=Seguimiento; p= valor Estadísticamente significativo *p<.05; ** p<.01; *** p<.001

Tabla 20

Comparación de las puntuaciones de Conocimientos sobre el uso del condón y la prueba de VIH en el postest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)

	Postest				Seguimiento			
	M (DE)		Z	p	M (DE)		Z	p
	ICEM-CP (n=51)	Control (n=75)			ICEM-CP (n=35)	Control (n=33)		
Condón	93.79 (9.97)	56.00 (29.96)	-7.70	.001	90.47 (13.57)	57.07 (28.87)	-5.28	.001
Prueba VIH	92.57 (7.68)	55.52 (25.14)	-8.43	.001	90.81 (8.58)	56.92 (22.55)	-6.30	.001

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Z= Estadístico; Valor de p<.05 estadísticamente significativo.

Al analizar la comparación de las puntuaciones de la variable en el postest y seguimiento por grupo, los resultados mostraron que existen diferencias significativas en las medidas del ICEM-CP contrastado con el grupo control ($p < .001$), tal como se

muestra en la tabla 20. Por lo que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

En la segunda hipótesis que menciona que “los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM presentarán mejores actitudes al riesgo sexual en el postest y al mes, en comparación con el grupo control”. En el análisis con test de Friedman se puede observar que se presentaron diferencias globales ($p < .001$).

Tabla 21

Comparación de las puntuaciones de actitudes al riesgo sexual en el pretest, postest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)

Grupo		Friedman				Significación de Wilcoxon entre pares		
		M (DE)	Rango	Chi ²	p	Pretest	Postest	Seg.
ICEM-CP	Pretest	65.07 (25.10)	1.20	45.30	.001***	----	.001***	.001***
	Postest	93.54 (9.73)	2.37			.001***	----	.18
	Seg.	93.96 (8.80)	2.43			.001***	.18	----
Control	Pretest	72.16 (21.31)	2.09	1.21	.54	----	.97	.88
	Postest	72.72 (22.10)	1.94			.97	----	.31
	Seg.	72.83 (22.17)	1.97			.88	.31	----

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Seg.=Seguimiento; p= valor Estadísticamente significativo *p<.05; ** p<.01; *** p<.001

Al complementar el análisis con la prueba de Wilcoxon, se puede comprobar que en el grupo de la ICEM-CP, las actitudes al riesgo sexual mejoraron de acuerdo con los valores que se presentaron en el postest ($M = 93.54$; $DE = 9.73$) en comparación con el pretest ($M=65.07$; $DE = 25.10$; $Z= -5.84$; $p < .001$), manteniéndose valores superiores en el seguimiento ($M = 93.96$; $DE = 8.80$), ($Z= -4.91$; $p < .001$).

Sin presentarse diferencias entre el postest y el seguimiento ($Z = -1.34$; $p = .18$), mientras que en el grupo control no se presentaron cambios estadísticamente significativos (Tabla 21).

Al analizar la comparación de las puntuaciones de la variable en el posttest y seguimiento por grupo, los resultados mostraron que existen diferencias significativas en las medidas del ICEM-CP contrastado con el grupo control ($p = .001$), tal como se muestra en la tabla 22. Por lo que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

Tabla 22

Comparación de las puntuaciones de actitudes al riesgo sexual en el posttest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)

Variable	Posttest				Seguimiento			
	M (DE)		Z	p	M (DE)		Z	p
	ICEM-CP (n=51)	Control (n=75)			ICEM-CP (n=35)	Control (n=33)		
Actitudes al riesgo sexual	93.54 (9.73)	72.72 (22.10)	-6.00	.001	93.96 (8.80)	72.83 (22.17)	-4.95	.001

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Z= Estadístico; Valor de $p < .05$ estadísticamente significativo.

La tercera hipótesis menciona que “los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM incrementarán la percepción al riesgo sexual el posttest y al mes, en comparación con el grupo control”. En el análisis con test de Friedman se puede observar que se presentaron diferencias globales estadísticamente significativas ($p = .001$) para ambos grupos.

Al complementar el análisis con la prueba de Wilcoxon, se puede comprobar que en el grupo de la ICEM-CP, la percepción al riesgo sexual aumentó considerablemente, de acuerdo con los valores que se presentaron en el posttest ($M = 96.43$; $DE = 7.30$) en comparación con el pretest ($M = 68.18$; $DE = 22.23$; $Z = -6.22$; $p < .001$), manteniéndose valores superiores en el seguimiento ($M = 95.77$; $DE = 8.23$) estadísticamente significativos ($Z = -5.16$; $p < .001$). Sin presentarse diferencias entre el posttest y el seguimiento ($Z = -1.38$; $p = .16$), mientras que en el grupo control también se presentó

un ligero aumento en las medias, demostrando cambios estadísticamente significativos (Tabla 23).

Tabla 23

Comparación de las puntuaciones de percepción al riesgo sexual en el pretest, postest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)

Grupo		Friedman				Significación de Wilcoxon entre pares		
		M (DE)	Rango	Chi ²	p	Pretest	Postest	Seg.
ICEM-CP	Pretest	68.18 (22.23)	1.00	65.78	.001***	----	.001***	.001***
	Postest	96.43 (7.30)	2.54			.001***	----	.16
	Seg.	95.77 (8.23)	2.46			.001***	.16	----
Control	Pretest	70.53 (18.59)	1.42	24.89	.001***	----	.001***	.015*
	Postest	74.24 (25.67)	2.29			.001***	----	1.0
	Seg.	73.00 (25.21)	2.29			.015***	1.0	----

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Seg.=Seguimiento; p= valor estadísticamente significativo *p<.05; ** p<.01; *** p<.001

Tabla 24

Comparación de las puntuaciones de percepción al riesgo sexual en el postest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)

Variable	Postest				Seguimiento			
	M (DE)		Z	p	M (DE)		Z	p
	ICEM-CP (n=51)	Control (n=75)			ICEM-CP (n=35)	Control (n=33)		
Percepción al riesgo sexual	96.43 (7.30)	74.24 (25.67)	-6.20	.001	95.77 (8.23)	73.00 (25.21)	-4.53	.001

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Z= Estadístico; Valor de p<.05 estadísticamente significativo.

Al analizar la comparación de las puntuaciones de la variable en el postest y seguimiento por grupo, los resultados mostraron que existen diferencias significativas en las medidas del ICEM-CP contrastado con el grupo control ($p < .001$), tal como se

muestra en la tabla 24. Por lo que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

En respuesta a la cuarta hipótesis, que refiere que “los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM presentarán en menor grado creencias sexuales machistas en el postest y al mes, en comparación con el grupo control”. El análisis con test de Friedman demuestra que se presentaron diferencias globales estadísticamente significativas en ambos grupos ($p = .001$), al complementar el análisis con la prueba de Wilcoxon, se puede comprobar que en el grupo de la ICEM-CP, las creencias sexuales machistas disminuyeron de acuerdo con los valores que se presentaron en el postest ($M = 71.37$; $DE = 24.32$) en comparación con el pretest ($M = 55.88$; $DE = 21.74$; $Z = -4.22$; $p = .001$), manteniéndose valores superiores en el seguimiento ($M = 70.35$; $DE = 23.21$) estadísticamente significativos ($Z = -2.81$; $p = .005$). Sin presentarse diferencias entre el postest y el seguimiento ($Z = -1.83$; $p = .066$), mientras que en el grupo control también se presentaron cambios estadísticamente significativos (Tabla 25).

Tabla 25

Comparación de las puntuaciones de creencias sexuales machistas en el pretest, postest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)

Grupo		Friedman				Significación de Wilcoxon entre pares		
		M (DE)	Rango	Chi ²	p	Pretest	Postest	Seg.
ICEM-CP	Pretest	55.88 (21.74)	1.49			----	.001***	.005**
	Postest	71.37 (24.32)	2.13	17.69	.001***	.001***	----	.066
	Seg.	70.35 (23.21)	2.39			.005**	.066	----
Control	Pretest	54.19 (20.43)	1.52			----	.001**	.028*
	Postest	58.86 (20.43)	2.26	19.46	.001***	.001***	----	.317
	Seg.	55.15 (20.44)	2.23			.028*	.317	----

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Seg.=Seguimiento; p= valor Estadísticamente significativo
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Al analizar la comparación de las puntuaciones de la variable en el postest y seguimiento por grupo, los resultados mostraron que existen diferencias significativas en las medidas del ICEM-CP contrastado con el grupo control ($p < .05$), tal como se muestra en la tabla 26. Por lo que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

Tabla 26

Comparación de las puntuaciones de creencias sexuales machistas en el postest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)

Variable	Postest				Seguimiento			
	<i>M</i> (<i>DE</i>)		<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>M</i> (<i>DE</i>)		<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>ICEM-CP</i> (<i>n=51</i>)	<i>Control</i> (<i>n=75</i>)			<i>ICEM-CP</i> (<i>n=35</i>)	<i>Control</i> (<i>n=33</i>)		
Creencias sexuales machistas	71.37 (24.32)	58.86 (20.43)	-3.13	.002	70.35 (23.21)	55.15 (20.44)	-2.68	.007

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Z= Estadístico; Valor de $p < .05$ estadísticamente significativo.

En cuanto a la quinta hipótesis que alude que “los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM presentarán una percepción más baja de discriminación migrante en el postest y al mes, en comparación con el grupo control”. El análisis con test de Friedman demuestra que se presentaron diferencias globales estadísticamente significativas en el grupo ICEM-CP ($p < .001$), al complementar el análisis con la prueba de Wilcoxon, se puede comprobar que en el grupo de la ICEM-CP, disminuyó la percepción de la discriminación migrante de acuerdo con los valores que se presentaron en el postest ($M = 83.21$; $DE = 20.61$) en comparación con el pretest ($M = 75.46$; $DE = 23.36$; $Z = -2.74$; $p < .05$), manteniéndose valores superiores en el seguimiento ($M = 83.61$; $DE = 20.40$) estadísticamente significativos ($Z = -2.44$; $p < .01$). Sin presentarse diferencias entre el postest y el seguimiento ($Z = -.95$; $p = .341$), mientras que en el grupo control no hubo cambios estadísticamente significativos (Tabla 27).

Al analizar la comparación de las puntuaciones de la variable en el postest y seguimiento por grupo, los resultados mostraron que no existen diferencias significativas en las medidas del ICEM-CP contrastado con el grupo control ($p < .05$), tal como se muestra en la tabla 28. Por lo que no existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

Tabla 27

Comparación de las puntuaciones de la discriminación migrante en el pretest, postest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)

Grupo		Friedman				Significación de Wilcoxon entre pares		
		M (DE)	Rango	Chi ²	p	Pretest	Postest	Seg.
ICEM-CP	Pretest	75.46 (23.36)	1.70			----	.006**	.014*
	Postest	83.21 (20.61)	2.07	9.37	.009**	.006**	----	.341
	Seg.	83.64 (20.40)	2.23			.014*	.341	----
Control	Pretest	75.58 (24.88)	1.88			----	.845	.440
	Postest	75.09 (26.72)	2.08	3.92	.141	.845	----	.317
	Seg.	73.21 (28.46)	2.05			.440	.317	----

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Seg.=Seguimiento; p= valor Estadísticamente significativo
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabla 28

Comparación de las puntuaciones de la discriminación migrante en el postest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)

Variable	Postest				Seguimiento			
	M (DE)		Z	p	M (DE)		Z	p
	ICEM-CP (n=51)	Control (n=75)			ICEM-CP (n=35)	Control (n=33)		
Discriminación migrante	83.21 (20.61)	75.09 (26.72)	-1.44	.148	83.64 (20.40)	73.21 (28.46)	-1.21	.226

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Z= Estadístico; Valor de $p < .05$ estadísticamente significativo.

La sexta hipótesis del estudio refiere que “los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM percibirán más acceso a condones y pruebas de VIH el postest y al

mes, en comparación con el grupo control”. El análisis con test de Friedman demuestra que se presentaron diferencias globales estadísticamente significativas en el grupo ICEM-CP ($p = .001$).

Tabla 29

Comparación de las puntuaciones del acceso a condones y pruebas de detección del VIH en el pretest, postest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)

	Grupo	Friedman				Significación de Wilcoxon entre pares			
		M (DE)	Rango	Chi ²	p	Pretest	Postest	Seg.	
Condón	ICEM-CP	Pretest	72.53 (20.47)	1.24			----	.001***	.001***
		Postest	92.21 (10.04)	2.31	39.02	.001***	.001***	----	.573
		Seg.	91.69 (10.84)	2.44			.001***	.573	----
	Control	Pretest	69.50 (17.97)	2.02			----	.773	.889
		Postest	70.87 (18.26)	2.02	.143	.931	.773	----	.414
		Seg.	68.84 (20.97)	1.97			.889	.414	----
Prueba de VIH	ICEM-CP	Pretest	75.92 (20.16)	1.23			----	.001***	.001***
		Postest	100.0 (.00)	2.39	54.00	.001***	.001***	----	1.0
		Seg.	100.0 (.00)	2.39			.001***	1.0	----
	Control	Pretest	83.33 (18.32)	2.03			----	.439	.655
		Postest	83.77 (19.56)	1.97	.500	.779	.439	----	.317
		Seg.	83.33 (22.83)	2.00			.655	.317	----

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Seg.=Seguimiento; p=valor Estadísticamente significativo
*p<.05; ** p<.01; *** p<.001

Al complementar el análisis con la prueba de Wilcoxon, se puede comprobar que en el grupo de la ICEM-CP, aumento su percepción sobre el acceso a condones de acuerdo con los valores que se presentaron en el postest ($M = 92.21$; $DE = 20.47$) en comparación con el pretest ($M = 72.53$; $DE = 20.47$; $Z = -5.13$; $p = .001$), manteniéndose valores superiores en el seguimiento ($M = 91.69$; $DE = 10.84$) estadísticamente

significativos ($Z = -4.49$; $p = .001$). Sin presentarse diferencias entre el postest y el seguimiento ($Z = -.56$; $p = .573$), mientras que en el grupo control no se reportaron cambios estadísticamente significativos (Tabla 29).

En relación con el acceso a las pruebas de VIH, se observaron cambios globales significativos para el grupo ICEM-CP ($p < .001$). Con el análisis de Wilcoxon se demuestra que en el acceso a las pruebas de VIH se presentaron valores superiores en el postest ($M = 100.0$; $DE = .00$) en comparación con el pretest ($M = 75.92$; $DE = 20.16$; $Z = -5.51$; $p < .001$), manteniéndose estos valores en el seguimiento ($M = 100.0$ $DE = .00$) estadísticamente significativos ($Z = -4.59$; $p < .001$). Sin presentarse diferencias entre el postest y el seguimiento ($Z = .001$; $p > .05$), mientras que en el grupo control no se observaron cambios estadísticamente significativos (Tabla 29).

Al analizar la comparación de las puntuaciones de la variable en el postest y seguimiento por grupo, los resultados mostraron que existen diferencias significativas en las medidas del ICEM-CP contrastado con el grupo control ($p = .001$), tal como se muestra en la tabla 30. Por lo que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

Tabla 30

Comparación de las puntuaciones del acceso a condones y pruebas de detección del VIH en el postest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)

	Postest				Seguimiento			
	<i>M</i> (<i>DE</i>)		<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>M</i> (<i>DE</i>)		<i>Z</i>	<i>P</i>
	<i>ICEM-CP</i> (<i>n=51</i>)	<i>Control</i> (<i>n=75</i>)			<i>ICEM-CP</i> (<i>n=35</i>)	<i>Control</i> (<i>n=33</i>)		
Condón	92.21 (10.04)	70.87 (18.26)	-6.48	.001	91.69 (10.84)	68.84 (20.97)	-4.50	.001
Prueba VIH	100.0 (.00)	83.77 (19.56)	-6.37	.001	100.0 (.00)	83.33 (22.83)	-4.62	.001

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Z= Estadístico; Valor de $p < .05$ estadísticamente significativo.

En relación con la séptima hipótesis que menciona que “los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM incrementará su autoeficacia para reducir el riesgo sexual el posttest y al mes, en comparación con el grupo control”. Los resultados con el análisis del test de Friedman muestran que se presentaron diferencias globales estadísticamente significativas en el grupo ICEM-CP ($p = .001$). Al complementar el análisis con la prueba de Wilcoxon, se puede comprobar que en el grupo de la ICEM-CP, aumentaron las puntuaciones de la autoeficacia para reducir el riesgo sexual en la dimensión del uso del condón de acuerdo con los valores que se presentaron en el

Tabla 31

Comparación de las puntuaciones de la autoeficacia para reducir el riesgo sexual en el pretest, posttest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)

	Grupo	Friedman				Significación de Wilcoxon entre pares			
		M (DE)	Rango	Chi ²	p	Pretest	Posttest	Seg.	
Condón	ICEM-CP	Pretest	66.18 (26.12)	1.29			----	.001***	.001***
		Posttest	91.78 (13.38)	2.41	38.99	.001***	.001***	----	.370
		Seg.	89.10 (14.64)	2.30			.001***	.370	----
	Control	Pretest	64.36 (25.00)	1.86			----	.946	.755
		Posttest	64.37 (25.76)	2.05	3.81	.148	.946	----	.317
		Seg.	65.15 (24.91)	2.09			.755	.317	----
Prueba de VIH	ICEM-CP	Pretest	76.48 (25.58)	1.29			----	.001***	.001***
		Posttest	99.01 (5.17)	2.36	50.00	.001***	.001***	----	1.00
		Seg.	98.57 (6.22)	2.36			.001***	1.00	----
	Control	Pretest	75.67 (27.93)	2.09			----	.782	.611
		Posttest	76.88 (24.49)	1.95	2.57	.276	.782	----	1.00
		Seg.	76.26 (28.57)	1.95			.611	1.00	----

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Seg.=Seguimiento; p= valor Estadísticamente significativo
*p<.05; ** p<.01; *** p<.001

postest ($M = 91.78$; $DE = 13.38$) en comparación con el pretest ($M = 66.18$; $DE = 26.12$; $Z = -5.41$; $p < .001$), manteniéndose valores superiores en el seguimiento ($M = 89.10$; $DE = 14.64$) estadísticamente significativos ($Z = -4.18$; $p < .001$). Sin presentarse diferencias entre el postest y el seguimiento ($Z = -.89$; $p = .370$), mientras que en el grupo control no hubo cambios estadísticamente significativos (Tabla 31).

En cuanto a la dimensión de la prueba de VIH, en la autoeficacia para reducir el riesgo sexual, se observaron cambios globales significativos para el grupo ICEM-CP ($p < .001$). Con el análisis de Wilcoxon se presentaron valores superiores en el postest ($M = 99.01$; $DE = 5.17$) en comparación con el pretest ($M = 76.48$; $DE = 25.58$; $Z = -5.02$; $p < .001$), manteniéndose estos valores en el seguimiento estadísticamente significativos ($M = 98.57$; $DE = 6.22$; $Z = -4.44$; $p < .001$). Sin presentarse diferencias entre el postest y el seguimiento ($Z = .001$; $p > .05$), mientras que en el grupo control no se observaron cambios estadísticamente significativos (Tabla 31).

Tabla 32

Comparación de las puntuaciones de la autoeficacia para reducir el riesgo sexual en el postest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)

	Postest				Seguimiento			
	<i>M</i> (<i>DE</i>)		<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>M</i> (<i>DE</i>)		<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>ICEM-CP</i> (<i>n=51</i>)	<i>Control</i> (<i>n=75</i>)			<i>ICEM-CP</i> (<i>n=35</i>)	<i>Control</i> (<i>n=33</i>)		
Condón	91.78 (13.38)	64.37 (25.76)	-6.07	.001	89.10 (14.64)	65.15 (24.91)	-4.21	.001
Prueba VIH	99.01 (5.17)	76.88 (24.49)	-6.32	.001	98.57 (6.22)	76.26 (28.57)	-4.46	.001

Nota: *M*=Media; *DE*=Desviación estándar; *Z*= Estadístico; Valor de $p < .05$ estadísticamente significativo.

Al analizar la comparación de las puntuaciones de la variable en el postest y seguimiento por grupo, los resultados mostraron que existen diferencias significativas en las medidas del ICEM-CP contrastado con el grupo control ($p < .001$), tal como se

muestra en la tabla 32. Por lo que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

Así mismo, para la octava hipótesis que menciona que “los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM aumentará la comunicación sexual en el posttest y al mes, en comparación con el grupo control”. Los resultados con el análisis del test de Friedman muestran que se presentaron diferencias globales estadísticamente significativas en el grupo ICEM-CP ($p = .003$).

Al complementar el análisis con la prueba de Wilcoxon, se puede comprobar que en el grupo de la ICEM-CP, disminuyeron las puntuaciones de la comunicación sexual de acuerdo con los valores que se presentaron en el posttest ($M = 37.09$; $DE = 23.65$) en comparación con el pretest ($M = 46.48$; $DE = 28.55$; $Z = -2.74$; $p = .006$), manteniéndose valores similares en el seguimiento ($M = 37.02$; $DE = 19.76$; $Z = -3.10$; $p = .002$). Sin presentarse diferencias significativas entre el posttest y el seguimiento ($Z = -.17$; $p = .858$), mientras que en el grupo control no se muestran cambios estadísticamente significativos (Tabla 33).

Tabla 33

Comparación de las puntuaciones de la comunicación sexual en el pretest, posttest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)

Grupo		Friedman				Significación de Wilcoxon entre pares		
		M (DE)	Rango	Chi ²	p	Pretest	Posttest	Seg.
ICEM-CP	Pretest	46.48 (28.55)	2.34			----	.006**	.002**
	Posttest	37.09 (23.65)	1.81	11.54	.003**	.006**	----	.858
	Seg.	37.02 (19.79)	1.84			.002**	.858	----
Control	Pretest	46.25 (32.61)	2.00			----	.506	.943
	Posttest	43.78 (32.48)	2.02	.08	.961	.506	----	.317
	Seg.	39.39 (33.91)	1.98			.943	.317	----

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Seg.=Seguimiento; p= valor Estadísticamente significativo
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Al analizar la comparación de las puntuaciones de la variable en el posttest y seguimiento por grupo, los resultados mostraron que no existen diferencias significativas

en las medidas del ICEM-CP contrastado con el grupo control en el posttest ($p = .320$) y el seguimiento ($p = .854$), tal como se muestra en la tabla 34. Por lo que no existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

Tabla 34

Comparación de las puntuaciones de la comunicación sexual en el posttest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)

Variable	Postest				Seguimiento			
	M (DE)		Z	p	M (DE)		Z	p
	ICEM-CP (n=51)	Control (n=75)			ICEM-CP (n=35)	Control (n=33)		
Comunicación sexual	37.09 (23.65)	43.78 (32.48)	-.99	.320	37.02 (19.79)	39.39 (33.91)	-.18	.854

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Z= Estadístico; Valor de $p < .05$ estadísticamente significativo.

La novena hipótesis, hace referencia a que “los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM avanzará en las etapas del cambio para reducir el riesgo sexual el posttest y al mes, en comparación con el grupo control”. En el grupo ICEM-CP, en el pretest, el 28.9 % se encontraba en precontemplación para el uso del condón, y el 33.3% en preparación para la realización de la prueba de VIH. Mientras que el grupo control, el 33.3 % se encontraba en precontemplación para el uso del condón y el 27.6% en contemplación para la prueba de VIH.

En el posttest, en el grupo ICEM-CP, se encontró que el 70.6 % se ubicó en preparación para el uso del condón y el 94.1% en acción para la prueba de VIH, en tanto que en el grupo control la mayoría (32.0 %) continuo en Precontemplación para el uso del condón y el 25.3% en Precontemplación para la prueba de VIH (Tabla 35).

Por otro lado, para el seguimiento en el grupo ICEM-CP el 65.7 % de los participantes se ubicó en la etapa de preparación para el uso del condón y el 91.4 % en acción para la prueba de VIH, a diferencia del grupo control que el 30.3 % se encontró

en precontemplación para el uso del condón y el 30.3 % en contemplación para la prueba de VIH (Tabla 35).

Tabla 35

Frecuencias de las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual en el pretest, posttest y seguimiento.

Grupo	Etapa de cambio	Pretest (n = 90)				Posttest (n = 51)				Seguimiento (n = 35)			
		Condón		Prueba de VIH		Condón		Prueba de VIH		Condón		Prueba de VIH	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
ICEM-CP	Pre-contemplación	26	28.9	15	16.7	1	2.0	0	0	0	0	0	0
	Contemplación	15	16.7	20	22.2	0	0	0	0	0	0	0	0
	Preparación	25	27.8	30	33.3	36	70.6	0	0	23	65.7	0	0
	Acción	5	5.6	15	16.7	1	2.0	48	94.1	2	5.7	32	91.4
	Mantenimiento	19	21.1	10	11.1	13	25.5	3	5.9	10	28.6	3	8.6
		(n = 87)				(n = 75)				(n = 33)			
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Control	Pre-contemplación	29	33.3	20	23.0	24	32.0	19	25.3	10	30.3	7	21.2
	Contemplación	15	17.2	24	27.6	15	20.0	18	24.0	5	15.2	10	30.3
	Preparación	22	25.3	12	13.8	19	25.3	9	12.0	7	21.2	2	6.1
	Acción	5	5.7	11	12.6	3	4.0	9	12.0	1	3.0	5	15.2
	Mantenimiento	16	18.4	20	23.0	14	18.7	20	26.7	10	30.3	9	27.3

Nota: f = Frecuencia; % = Porcentaje; n = Muestra

Los resultados con el análisis del test de Friedman muestran que se presentaron diferencias globales estadísticamente significativas en el grupo ICEM-CP ($p = .001$), al complementar el análisis con la prueba de Wilcoxon, se puede comprobar que en el grupo de la ICEM-CP, aumentaron las medias en las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual en la dimensión del uso del condón, de acuerdo con los valores que se presentaron en el posttest ($M = 3.49$; $DE = 1.47$) en comparación con el pretest ($M = 2.73$; $DE = 1.47$; $Z = -4.07$; $p < .001$), manteniéndose valores superiores en el seguimiento ($M = 3.63$; $DE = .910$) estadísticamente significativos ($Z = -3.55$; $p < .001$). Sin presentarse diferencias entre el posttest y el seguimiento ($Z = -1.60$; $p = .109$),

mientras que en el grupo control no hubo cambios estadísticamente significativos (Tabla 36).

En cuanto a la dimensión de la prueba de VIH, en las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual, se observaron cambios globales significativos para el grupo ICEM-CP ($p < .001$). Con el análisis de Wilcoxon se presentaron valores superiores en el posttest ($M = 4.06$; $DE = .283$) en comparación con el pretest ($M = 2.83$; $DE = 1.22$; $Z = -5.26$; $p < .001$), manteniéndose estos valores en el seguimiento estadísticamente significativos ($M = 4.09$; $DE = .284$; $Z = -4.52$; $p < .001$). Sin presentarse diferencias entre el posttest y el seguimiento ($Z = .001$; $p > .05$), mientras que en el grupo control no se observaron cambios estadísticamente significativos (Tabla 36).

Tabla 36

Comparación de las puntuaciones de las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual en el pretest, posttest y seguimiento. (Test de Friedman y Wilcoxon)

	Grupo		Friedman				Significación de Wilcoxon entre pares		
			M (DE)	Rango	Chi ²	p	Pretest	Posttest	Seg.
Condón	ICEM-CP	Pretest	2.73 (1.47)	1.49			----	.001***	.001***
		Posttest	3.49 (.946)	2.20	30.87	.001***	.001***	----	.109
		Seg.	3.63 (.910)	2.31			.001***	.109	----
	Control	Pretest	2.59 (1.46)	2.06			----	.083	.157
		Posttest	2.57 (1.45)	1.97	4.00	.135	.083	----	1.00
		Seg.	2.88 (1.63)	1.97			.157	1.00	----
Prueba de VIH	ICEM-CP	Pretest	2.83 (1.22)	1.26			----	.001***	.001***
		Posttest	4.06 (.283)	2.37	52.00	.001***	.001***	----	1.0
		Seg.	4.09 (.284)	2.37			.001***	1.0	----
	Control	Pretest	2.85 (1.49)	1.91			----	.857	.102
		Posttest	2.91 (1.57)	2.05	6.00	.050	.857	----	1.0
		Seg.	2.97 (1.57)	2.05			.102	1.0	----

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Seg.=Seguimiento; p= valor Estadísticamente significativo
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Al analizar la comparación de las puntuaciones de la variable en el posttest y seguimiento por grupo, los resultados mostraron que existen diferencias significativas en las medidas de la ICEM-CP contrastadas con el grupo control en el posttest en ambas

dimensiones, tal como se muestra en la tabla 37. Por lo que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

Tabla 37

Comparación de las puntuaciones de las etapas de cambio para reducir el riesgo sexual en el posttest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)

	Postest				Seguimiento			
	<i>M</i> (<i>DE</i>)		<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>M</i> (<i>DE</i>)		<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>ICEM-CP</i> (<i>n=51</i>)	<i>Control</i> (<i>n=75</i>)			<i>ICEM-CP</i> (<i>n=35</i>)	<i>Control</i> (<i>n=33</i>)		
Condón	3.49 (.946)	2.57 (1.45)	-4.13	.001	3.63 (.910)	2.88 (1.63)	-2.25	.024
Prueba VIH	4.06 (.283)	2.91 (1.57)	-3.71	.001	4.09 (.284)	2.97 (1.57)	-2.64	.008

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Z= Estadístico; Valor de $p < .05$ estadísticamente significativo.

Para la décima hipótesis, que describe que “los migrantes en tránsito que reciban la intervención con EM aumentarán el uso de condón y la realización de pruebas de detección en el posttest y al mes, en comparación con el grupo control”. En cuanto al uso del condón, los resultados con el análisis del test de Friedman muestran que se presentaron diferencias globales estadísticamente significativas en el grupo ICEM-CP ($p < .001$).

Al complementar el análisis con la prueba de Wilcoxon, se puede comprobar que en el grupo de la ICEM-CP, aumentaron las medias en el uso del condón, de acuerdo con los valores que se presentaron en el posttest ($M = 75.49$; $DE = 27.58$) en comparación con el pretest ($M = 57.40$; $DE = 26.12$; $Z = -4.02$; $p < .001$), manteniéndose valores superiores en el seguimiento ($M = 76.82$; $DE = 24.53$; $Z = -4.23$; $p < .001$). con diferencias entre el posttest y el seguimiento ($Z = -2.84$; $p = .004$), mientras que en el grupo control no hubo cambios estadísticamente significativos (Tabla 38).

Al analizar la comparación de las puntuaciones de la variable en el posttest y seguimiento por grupo, los resultados mostraron que existen diferencias significativas en

las medidas de la ICEM-CP contrastadas con el grupo control, tal como se muestra en la tabla 39. Por lo que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

Tabla 38

Comparación de las puntuaciones del uso de condón en el pretest, postest y seguimiento.

(Test de Friedman y Wilcoxon)

	Grupo	Friedman				Significación de Wilcoxon entre pares			
		M (DE)	Rango	Chi ²	p	Pretest	Postest	Seg.	
Condón	ICEM-CP	Pretest	57.40 (26.12)	1.50			----	.001***	.001***
		Postest	75.49 (27.58)	2.07	21.71	.001***	.001***	----	.004**
		Seg.	76.82 (24.53)	2.43			.001***	.004**	----
	Control	Pretest	54.27 (25.39)	2.09			----	.201	.560
		Postest	56.07 (26.45)	1.97	1.61	.439	.201	----	.317
		Seg.	59.76 (24.92)	1.94			.560	.317	----

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Seg.=Seguimiento; p= valor Estadísticamente significativo
*p<.05; ** p<.01; *** p<.001

Tabla 39

Comparación de las puntuaciones del uso del condón en el postest y seguimiento por grupo. (U de Mann-Whitney)

	Postest				Seguimiento			
	M (DE)		Z	p	M (DE)		Z	p
	ICEM-CP (n=51)	Control (n=75)			ICEM-CP (n=35)	Control (n=33)		
Uso del Condón	75.49 (27.58)	56.07 (26.45)	-3.85	.001	76.82 (24.53)	59.76 (24.92)	-2.83	.005

Nota: M=Media; DE=Desviación estándar; Z= Estadístico; Valor de p<.05 estadísticamente significativo.

Para el análisis en relación con la realización de la prueba de VIH se llevó a cabo una comparación de frecuencias, utilizando la primera pregunta del algoritmo de

las etapas de cambio para la prueba de VIH “¿Te has realizado pruebas de detección de VIH en los últimos 12 meses?” en el pretest y postest.

Tabla 40

Identificación de las modificaciones en las puntuaciones de la realización de la prueba de VIH en el pretest y postest del grupo ICEM-CP. (Test de McNemar)

¿Te has realizado pruebas de detección de VIH en los últimos 12 meses?"		Postest					
		No		Si		Total	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Pretest	No	28	31.1	37	41.1	65	72.2
	Si	14	15.6	11	12.2	25	27.8
	Total	42	46.7	48	53.3	90	100.0

Nota: f= Frecuencia; %= Porcentaje; (Prueba de McNemar: 10.28, p=.002)

Se calculó la prueba de McNemar para identificar las modificaciones en la variable, donde se puede observar que en el pretest el 27.8% de la muestra se había realizado una prueba de VIH en los últimos 12 meses y en el postest el 53.3% de la muestra total se la realizó. Las modificaciones presentadas en el grupo ICEM-CP son estadísticamente significativos (McNemar = 10.38; $p = .002$) como se muestra en la tabla 40 por lo que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

Capítulo IV

Discusión

Este estudio de investigación tuvo como objetivo general evaluar la eficacia preliminar de una intervención con EM (ICEM-CP) para reducir el riesgo sexual en migrantes en tránsito en albergues. A continuación, se discuten los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos específicos y las hipótesis planteadas. Posteriormente se presentan las limitaciones, conclusiones y recomendaciones en función de los hallazgos.

De acuerdo con los resultados encontrados se pudo responder al objetivo específico de examinar la factibilidad de una intervención con EM para reducir el riesgo sexual en migrantes en tránsito en albergues. Se utilizaron los indicadores planteados como el apego a la metodología, la disponibilidad y entrenamiento del intervencionista, el entorno y la fidelidad de la intervención, se incluyeron tasas de reclutamiento y retención, así como la aleatorización para la asignación de los grupos.

De acuerdo con la metodología planteada, se cumplieron los criterios de inclusión: conformando una muestra de hombres y mujeres, donde la mayoría fueron hombres jóvenes con un promedio de edad de 32 años, en México, los migrantes en tránsito, en su mayoría son hombres en edad laboral (20-34 años) de acuerdo con INEGI (2021); estaban presentes en el albergue durante la intervención y dominaron el idioma español; no se presentaron casos de exclusión como potenciales participantes bajo la influencia de alcohol o drogas, no había indigentes, ni contaban con diagnóstico previo de VIH. Estas características son de esperarse al abordar una intervención en albergues o casas del migrantes, ya que, estos lugares establecen reglamentos que van desde el comportamiento de los migrantes en los sitios e incluso regulan la espera estableciendo tiempos de estadía, lo que puede contribuir al desarrollo de las intervenciones (Candiz & Bélanger, 2018).

En relación con la entrega, al tratarse de una intervención con EM, la recomendación para la sesión grupal fue de no más de 10 participantes, sin embargo, en tres sesiones el número de participantes supero esa cifra, debido a que las disposiciones de tiempo por parte del albergue así lo exigieron, si bien Tucker et al. (2017) citando a Feldestein et al. (2012). mencionan en su proyecto sobre “Una intervención breve de entrevista motivacional grupal para reducir el uso de sustancias y las conductas sexuales de riesgo entre adultos jóvenes sin hogar” que es importante mantener grupos pequeños para el desarrollo de las estrategias de grupo de la EM, sin embargo, en este estudio no parece verse afectado el desarrollo de dichas estrategias en los grupos más grandes en comparación con las que si cumplen el requisito.

Para el caso de la sesión individual, no fue posible programarse de acuerdo con las necesidades del migrante, sino que, tuvo que ser programada de acuerdo con los días establecidos por los responsables de las casas del migrante, dichos días, están sujetos a la disponibilidad de acuerdo con las actividades programadas para los migrantes, así mismo, a pesar de contar con espacios apropiados para las sesiones grupales, no se cuenta con un espacio completamente adaptado para la realización de la sesión individual. Otros estudios similares, llevan a cabo el reclutamiento en los conglomerados, pero la entrega de la intervención en otro lugar, esta estrategia probablemente permite que se cumpla cabalmente lo planteado en la metodología y los manuales (Rhodes et al. 2014; Tucker et al. 2017; Grodensky et al. 2017; Rojas et al. 2020).

Las tasas de retención fueron bajas. El postest, la tasa de retención en el grupo de la ICEM-CP fue más baja que en el grupo control, esto podría deberse, a que en el grupo experimental hubo un tiempo promedió de cuatro días entre la primera y segunda sesión, mientras que en el grupo control las dos sesiones se llevaron a cabo el mismo día. El rápido desplazamiento de los migrantes pudo afectar el seguimiento de esta

intervención, si bien, se abordaron a los participantes en casas donde se ofrecen varios servicios como: comida, ropa, hospedaje, atención integral, vinculación con bolsas de trabajo etc. donde es común que la estadía del migrante sea más prolongada, se observó que gran parte de los migrantes abandonan los lugares en cuestión de días para continuar con su trayectoria Candiz & Bélanger (2018).

Otras intervenciones llevadas a cabo en migrantes han logrado tasas de retención más altas (Hovey et al. 2007; Rhodes et al. 2014; Sánchez et al, 2013; Rojas et al. 2020) probablemente porque han sido abordadas en una fase del proceso migratorio donde el migrante se encuentra ya en el país de acogida o llegada o en la etapa de integración, mientras que este estudio se abordó durante la fase de tránsito (OIM, 2023).

Los resultados también permitieron responder al objetivo específico de analizar la aceptabilidad de una intervención con EM para reducir el riesgo sexual en migrantes en tránsito en albergues. donde la aceptabilidad es la capacidad en la que logra que los migrantes en tránsito consideren adecuada la intervención con EM, medido a través de las tasas de aceptación y de abandono, la evaluación de la satisfacción con la intervención. Se puede deducir que la intervención fue aceptable basándose en el instrumento de medición, sin embargo, en función de las tasas es importante mencionar algunos hallazgos.

En cuanto a la tasa de aceptación, se considera que hubo una tasa media ya que solamente participaron un poco más de la mitad de los posibles participantes (56.73%), mencionando no tener interés y que no estarían más tiempo en el albergue. La tasa de aceptación en este estudio es similar a otras estrategias utilizadas para incrementar el uso del condón y la realización de pruebas de VIH, por ejemplo, en el estudio de “puerta en puerta” de Señal et al. (2010) tuvo una tasa de aceptabilidad del 60%.

En relación con las tasas de abandono, en este estudio se presentó una tasa de abandono moderada de hasta el 61.10% en el mes de seguimiento, a diferencia de

estudios como el de Sabri et al. (2021) donde se presentó una tasa de abandono del 20% a los tres meses del seguimiento. La responsiva de esta diferencia se debe de nueva cuenta al rápido desplazamiento de los migrantes, ya que los estudios se desarrollaron en diferentes fases del proceso migratorio. Para contrarrestar las tasas de abandono, es primordial realizar prácticas eficaces que aporten soluciones a corto plazo, que sean flexibles y dinámica (Leyva et al. 2016).

Por otro lado, la satisfacción de la intervención fue aceptable, todos los participantes mencionaron que fue de su agrado, la mayoría sugiere que le hubiera gustado que durara más tiempo. Estos resultados coinciden con otros estudios, donde los instrumentos que miden la aceptabilidad de la intervención presentan puntuaciones altas (Seña et al. 2010; Sabri et al. 2021), estos resultados no son de sorprender, ya que de acuerdo con Benveniste et al. (2020) los migrantes que participan en las actividades que las asociaciones les brindan, los hace sentirse integrados en la sociedad y reconfortados como seres humanos.

La ICEM-CP fue evaluada para determinar su eficacia preliminar, tratándose de los resultados que brindan un preámbulo del efecto que tendrá la intervención propuesta para avanzar en las etapas del cambio para reducir el riesgo sexual en migrantes en tránsito de albergues. Esta evaluación se llevó a cabo a través de la comprobación de hipótesis sobre las variables conocimiento sobre el condón y la prueba de VIH, actitud al riesgo sexual, percepción del riesgo sexual, creencias sexuales machistas, discriminación del migrante, acceso a condones y pruebas de VIH, autoeficacia para reducir el riesgo sexual, comunicación sexual, etapas de cambio para reducir el riesgo sexual, uso del condón y realización de prueba de VIH en comparación con el grupo control en el posttest y al seguimiento.

En relación con las hipótesis, se observó que en el pretest las variables (conocimiento sobre el condón y la prueba de VIH, actitud al riesgo sexual, percepción del riesgo sexual, creencias sexuales machistas, discriminación del migrante, acceso a

condones y pruebas de VIH, autoeficacia para reducir el riesgo sexual, comunicación sexual, etapas de cambio para reducir el riesgo sexual, uso del condón y realización de prueba de VIH) tuvieron medias similares en ambos grupos, a excepción de la dimensión “prueba de VIH” de la variable “Acceso a condones y pruebas de VIH” donde hubo una diferencia estadísticamente significativa de ocho puntos entre los grupos. El puntaje mayor se presentó en el grupo control, de acuerdo con el instrumento de medición, los del grupo control percibieron menos barreras identificadas para tener acceso y disponibilidad a las pruebas de VIH que los del grupo que recibieron la ICEM-CP.

Esta diferencia podría explicarse debido a que en el grupo control, la mayoría de los participantes eran casados o estaban en unión libre, mientras que la mayoría de los del grupo de la ICEM-CP refirieron estar solteros. En diferentes estudios donde se abordan los factores que se relacionan con la realización de la prueba de VIH, han mostrado en sus resultados que las personas que se encuentran en pareja, casados y en convivencia tienen mayor probabilidad de realizarse una prueba de VIH (Vázquez, 2020; Bustamante & Suárez, 2022; Quispe, 2023).

Por otro lado, el albergue donde se encontraban los migrantes del grupo control, es un lugar que brinda diferentes servicios entre los que se destacan las sesiones informativas diarias sobre derechos humanos, control de adicciones, salud sexual, entre otras. Estas sesiones pudieron influir en la disminución de las barreras identificadas para tener acceso y disponibilidad a las pruebas de VIH por los participantes al momento de la implementación de este estudio. Para un estudio futuro, sería conveniente explorar si el participante ha recibido información con respecto a las pruebas de VIH y en que dosis, para poder controlar si el cambio está dado por este motivo.

En el posttest, en relación con la primera hipótesis, la variable de conocimientos sobre el condón y la prueba de VIH tuvo un aumento estadísticamente significativo de más de 40 puntos en ambas dimensiones en el posttest y se mantuvo al mes de

seguimiento, siendo significativos en comparación con el grupo control. Esto sugiere que los migrantes que recibieron la ICEM-CP cuentan con un conjunto de información que le permite conocer aspectos relacionados con las características del empaque del condón y la forma de colocación correcta del condón en el pene.

En relación con la prueba le permite identificar, cuando y quienes es necesario realizarse una prueba de detección del VIH, reconociendo que es la única forma de saber si vive o no con esta condición. Otros estudios donde se abordan los conocimientos relacionados a la prevención del VIH entre los que se encuentran el uso del condón y la realización de pruebas de VIH, encontraron resultados similares (Hovey et al. 2007; Zhang et al.2013; Sánchez et al. 2014; Rojas et al.2020).

En cuanto a la segunda hipótesis, para el posttest, la variable actitudes al riesgo sexual presento un incremento significativo de más de 25 puntos que se mantuvo al mes de seguimiento, siendo significativo en comparación con el grupo control. Esto permite inferir que los participantes que recibieron la ICEM-CP tienen mejores actitudes al riesgo sexual, es decir, el migrante después de la intervención posee una postura hacia el uso del condón que le permite defender, usar y/o tener condones listos para usar, aun cuando se enfrenta a situaciones donde se siente presionado para no usarlo, además está dispuesto a realizarse pruebas de detección y/o recomendarla a otros después de un comportamiento de riesgo.

Diferentes autores han puesto en marcha estudios que abordan el riesgo sexual desde dimensiones relacionadas al uso del condón y el uso de anticonceptivos, (Martijn et al. 2004; Hovey et al. 2007; He et al. 2012). Donde, sus resultados presentan similitudes con los hallazgos de este estudio, dejando en evidencia que las intervenciones mejoran las actitudes hacia el uso del condón, este estudio además incluye la dimensión sobre la realización de pruebas de VIH, demostrando que la ICEM-CP parece tener un efecto positivo en la presentación de mejores actitudes al riesgo sexual por los migrantes posterior a la intervención.

Para la hipótesis tres, la variable percepción del riesgo sexual presento incremento estadísticamente significativo en sus puntuaciones medias para el postest, y se mantuvo al mes de seguimiento en ambos grupos. En el grupo de la ICEM-CP se observó un incremento de más de 25 puntos, mientras que en el grupo control el incremento fue discreto de cuatro puntos. Existen diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos. Este resultado indica que el migrante tiene una apreciación y/o la idea sobre las conductas que suponen un riesgo sexual como mantener relaciones con desconocidos y/o personas que acaba de conocer o realizarlas bajo efectos del alcohol y tener relaciones sexuales transaccionales.

Otros estudios de intervención como el de Kocken et al. (2001) que evalúa los efectos de la educación sobre el SIDA dirigida por pares a migrantes y el de Zhang et al. (2013) que evalúa la eficacia de un programa de pruebas voluntarias de VIH, reportaron hallazgos similares al de este estudio con respecto a la percepción del riesgo sexual y reconocen la importancia de abordar intervenciones que incrementen esta variable en la conducta de los migrantes.

En la hipótesis cuatro, la variable de creencias sexuales machistas tiene cambios significativos en sus puntuaciones en el postest en ambos grupos en grupos de la ICEM-CP se presentó un incremento de alrededor de 15 puntos, mientras que en el grupo control solamente incremento cuatro puntos. Para el grupo de la ICEM-CP esas puntuaciones se mantuvieron al mes de seguimiento, mientras que en el grupo control disminuyeron. Estos resultados permiten inferir que las ideas, actitudes y comportamientos machistas del migrante como: la idea de que la mujer debe ser menos experimentada sexualmente, una mujer nunca debería estar preparada para un encuentro sexual, que un hombre debe adquirir experiencia sexual, el hombre debe ser dominante y la mujer pasiva, es peor que una mujer sea promiscua a que lo sea un hombre y el hombre decide comenzar el sexo, disminuyen cuando el participante recibe la intervención.

No se tienen datos sobre estudios similares que aborden esta variable, sin embargo, otros estudios reportan la relación que existe entre las creencias sexuales machistas y la conducta sexual de riesgo, como el uso inconsistente del condón, el desconocimiento del estatus serológico, el desconocimiento del cuerpo como propio, la búsqueda de múltiples parejas sexuales, etc., transformando estas conductas en formas de dominio sobre el género, dichos estudios reconocen la importancia de implementar intervenciones que eduquen a la población para disminuir estas creencias (Guerra et al. 2017; Navarro, 2017; Jiménez et al. 2018; Vilet & Galan, 2021).

En relación con los resultados de las variables de las hipótesis tres y cuatro, el cambio significativo de las medias en el grupo control pudo darse debido a alguna variación individual tal como el tiempo promedio para responderla o el grado de capacitación de quienes aplicaron el instrumento (Gamboa, 2022). Si bien el aumento en las puntuaciones es discreto, este pudo deberse al corto periodo de tiempo entre la prueba y el postest, ya que en este grupo control el test, las dos sesiones y el postest se llevaron a cabo el mismo día. Es importante contemplar para futuros estudios el periodo de tiempo de respuesta de los instrumentos entre una medición y otra, ya que para este estudio el instrumento se sometió a test-retest y muestra estabilidad alta de acuerdo con el coeficiente de correlación intraclase.

Por otro lado, en los resultados de la hipótesis cinco se muestra que en el grupo de la ICEM-CP, la variable de discriminación del migrante obtuvo cambios significativos en el postest y se mantuvieron al mes de seguimiento. El incremento en el grupo ICEM-CP fue de ocho puntos, mientras que en el grupo control no se presentaron cambios significativos, sin embargo, los resultados muestran que no existen diferencias significativas en las medias del ICEM-CP contrastado con el grupo control. Este resultado permite deducir que las experiencias que menciona el migrante que lo hicieron sentirse discriminado como: sentirse tratado con menos respeto que a otros, recibir un peor servicio en tiendas, lo hicieron sentirse poco inteligente, las personas le demuestran

miedo y es amenazado y acosado no cambiaron de manera significativa posterior a recibir la intervención.

Este resultado puede deberse a que el instrumento desarrollado por Williams et al. (1997) y traducido al español y validado por Kreiger (2005), se trata de una escala que mide la frecuencia con la que las personas se han sentido discriminadas en su vida cotidiana. Si bien, la discriminación del migrante se abordó durante la sesión grupal en una actividad que llevo por nombre “el trato que recibo”, donde el contenido de la actividad contemplo elementos para identificar actos de discriminación y que hacer en caso de sentirse discriminado, esto no cambia el hecho de que el migrante se sintiera discriminado en el pasado, que es lo que mide instrumento que se utilizó. Por lo que se sugiere para futuros estudios contemplar un instrumento que pueda medir los cambios generados con la intervención. O en su defecto, modificar todo el abordaje de la variable desde el contenido, la dirección y la medición.

Algunos estudios como el de Zucker (2016), Guerra et al. (2017) y English et al. (2020) demuestran la importancia de abordar esta variable en estudios de intervención, ya que se comprueba que existe una relación negativa entre la discriminación percibida por los migrantes y la reducción del riesgo sexual a través del uso del condón. Además, en la legislación Mexicana se protegen los derechos humanos de los migrantes en cualquiera de las fases de la migración en la que se encuentra, mencionando que los migrantes aun en condiciones migratorias irregulares tienen el derecho a ser tratados sin discriminación (ACNUR, 2023). Por lo que es conveniente promover actividades que reduzcan estas prácticas, la OIM (2023) invita a la sociedad civil a brindar espacios seguros para los migrantes donde se pueda prestar asistencia de manera sensible y libre de discriminación.

En la hipótesis seis, la variable de acceso a condones y pruebas de VIH en el grupo de la ICEM-CP presentó aumentos sustanciales significativos de 20 puntos en la dimensión del condón y de 25 en la dimensión de la prueba de VIH que se mantuvieron

al mes de seguimiento, también se observaron diferencias significativas en las medias globales en comparación con el grupo control. Lo anterior indica que el migrante percibe más facilidad y/o menos barreras para tener acceso y disponibilidad a los condones y las pruebas de VIH después de recibir la intervención.

Se tiene conocimiento de un estudio similar al presente, donde se aborden las barreras en el acceso a condones y pruebas de VIH. El estudio de Sánchez et al. (2014) que evalúa la eficacia de una intervención comunitaria para reducir los comportamientos de riesgo y mejorar los factores de prevención del VIH en la que se demostró que los participantes declararon menos barreras para el uso del condón, sin embargo, en este estudio se habla del acceso a condones y pruebas de VIH podemos decir que los resultados de ambos estudios podrían estar relacionados mas no se trata de la misma variable.

Por otro, otros estudios demuestran que los migrantes presentan barreras en el acceso a los condones y/o pruebas de VIH, como la baja oportunidad de acceso a los servicios de salud, la poca promoción de la prueba de VIH, el estigma y la discriminación por mencionar algunos (Gray et al. 2019; Tokar et al. 2020; Toan et al. 2022). La ICEM-CP demuestra que tiene la capacidad de modificar las barreras percibidas por los migrantes hacia el acceso a condones y pruebas de VIH.

Por su parte, en la variable autoeficacia para reducir el riesgo sexual de la hipótesis siete, en el grupo de la ICEM-CP se presentaron incrementos significativos en las medias de ambas dimensiones en el posttest, manteniéndose al mes de seguimiento. En la dimensión del condón el incremento fue de 25 puntos, mientras que en la prueba de VIH de 23. También se observaron diferencias significativas en las medias globales en comparación con el grupo control. Este resultado permite declarar que los migrantes que recibieron la intervención tienen mayor seguridad percibida sobre la capacidad que tiene para poder utilizar condones en todas sus relaciones sexuales y realizarse la prueba de detección del VIH.

Sánchez et al. (2014) presentó resultados similares en relación con la variable en su estudio para evaluar la eficacia de una intervención comunitaria para reducir los comportamientos de riesgo y mejorar los factores para los comportamientos preventivos del VIH, donde el componente principal en la entrega de la intervención fue la EM al igual que la ICEM-CP. Por su parte, Rojas et al. (2020) abordó un estudio donde desarrollo un plan de acción comunitario para prevenir el VIH entre los latinos, mediante la mejora del acceso a los programas de prevención del VIH/SIDA y aumentar su capacidad para responder al VIH a nivel local a través de la provisión de herramientas para educar y empoderar a otras mujeres en la comunidad, donde se presentaron hallazgos similares a este estudio en variable de autoeficacia.

Este resultado podía esperarse ya que la ICEM-CP tiene dentro de sus componentes la EM, y a su vez se fundamenta desde la perspectiva teórica del modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente. El modelo explica las fases por las que una persona progresa para cambiar una conducta problemática o alguna que desea cambiar, considerando la motivación como un elemento importante para este cambio, la autoeficacia de acuerdo con los autores también es un elemento crucial para el cambio de conducta (Prochaska y DiClemente, 1992).

En este sentido, toma protagonismo la EM que envolvió a la ICEM-CP, ya que de acuerdo con Miller y Rollnick (2015), los elementos del espíritu de la EM (colaboración, aceptación, compasión y evocación), se guían por cuatro principios fundamentales entre los que destaca “Fomentar la autoeficacia”, este principio se logra con la aplicación adecuada de las herramientas de la EM como son las afirmaciones. Entonces, al guiar la EM con un abordaje coherente se espera un incremento de la autoeficacia, donde el individuo se reconoce capaz de lograr el cambio.

En relación con la hipótesis ocho, la variable comunicación sexual en el grupo de la ICEM-CP presento cambios significativos en sus puntuaciones disminuyendo 9 puntos en el postest, manteniéndose al mes de seguimiento. También se presentaron

diferencias significativas en las medias globales en comparación con el grupo control. De acuerdo con la interpretación del instrumento de medición, se puede inferir que los migrantes que reciben la intervención aumentan la conversación que mantienen con una nueva pareja sexual donde habla sobre tópicos como el uso de condón, el número de parejas sexuales y la necesidad de realización de la prueba de VIH.

Otros estudios piloto de la viabilidad, aceptabilidad como el de Bahromov & Weine (2011), donde buscaron evaluar los efectos de TRAIN (Intervención sobre el SIDA en tránsito a Rusia con migrantes) presento hallazgos similares donde incrementó la conversación sobre el VIH con las esposas de los participantes, así como la conversación con otras personas sobre el fenómeno de estudio. Los autores mencionan que, la intervención es la primera conocida que se aborda con migrantes en tránsito, reconociendo la importancia de llevar a cabo más investigación en esta fase de la migración.

Si bien se manifestaron cambios positivos en la comunicación entre las esposas y los migrantes, los autores reconocen que la intervención podría ser más ambiciosa y abordar también a las esposas. En el estudio de la ICEM-CP, casi la mitad de los participantes reportaron ser casados y/o estar en unión libre, en este estudio, no se exploró si los participantes viajaban en compañía de sus parejas, por lo que sería conveniente para próximos estudios llevar a cabo la intervención también con las parejas de los migrantes y promover la comunicación sexual de manera bilateral en la pareja.

Para la hipótesis nueve, la variable etapas de cambio para reducir el riesgo sexual presentó cambios estadísticamente significativos en el grupo de la ICEM-CP, manteniéndose en el mes de seguimiento, donde se muestra evidencia que los participantes progresaron en las etapas de cambio, de manera que en el postest la mayoría se encontró en la etapa de preparación para el uso del condón y en acción para la prueba de VIH, estos cambios no se observaron en el grupo control, y se presentaron diferencias significativas en la comparación de los grupos.

Por lo anterior se puede inferir que los migrantes que reciben la intervención, progresaron en los estadios en el proceso de cambio conductual que dependen de la motivación para reducir el riesgo sexual. Alcanzando etapas como: la preparación, donde el migrante se encuentra motivado para usar condones y realizarse la prueba de detección en un futuro cercano; acción, donde el migrante se encuentra en el proceso de cambiar y ya inicio la utilización de condones y la realización de pruebas; mantenimiento, donde el migrante tiene más de seis meses utilizando condones y se realiza la prueba de detección periódicamente, sintiéndose cómodo con su nueva conducta. Cabe mencionar que este estudio tiene un período corto de seguimiento, se recomienda que para próximos estudios el seguimiento se amplie a los 6 y 12 meses, para poder evaluar si los participantes logran la etapa de mantenimiento en el uso del condón y la realización de las pruebas de VIH.

Estos hallazgos son importantes ya que existe evidencia científica que explica estos resultados. Como el estudio abordado por Gullette & Turner (2004) que demuestra que existe una relación entre las etapas de cambio y el uso del condón, donde menciona que los individuos que se encuentran en una etapa de cambio mayor como la de acción o mantenimiento tienen más confianza en la eficacia del uso del condón. Por otro lado, este estudio brinda hallazgos que sostienen que el progreso en las etapas de cambio fortalece conductas sexuales para disminuir el riesgo sexual, tal como la realización de pruebas de VIH como lo demuestran los resultados en esta investigación. Prochaska & Velicer (1997) en su estudio de “El modelo transteórico del cambio de comportamiento en salud”, mencionan la prudencia del estudio de las etapas de cambio para la adopción de conductas que favorezcan la salud sexual.

Para la hipótesis diez, la variable uso del condón y realización de pruebas de VIH, los resultados muestran diferencias significativas en el grupo de la ICEM-CP, manteniéndose al mes de seguimiento. También se presentaron diferencias significativas en las medias globales en comparación con el grupo control. Por lo que, se puede

deducir que el migrante que recibe la intervención utiliza condón en todas sus relaciones sexuales, incluye comportamientos como: el insistir en el uso del condón, detener la estimulación sexual para colocarse o colocarle el condón a su pareja, evitar contacto con el semen o fluidos vaginales, evitar el sexo cuando se detectan lesiones, y se realiza la prueba de detección del VIH al menos cada 12 meses.

Estos hallazgos no difieren de los producidos en otros estudios como los de Bahromov et al. (2011); Li et al. (2014); Rhodes et al, (2014); Rojas et al, (2020), que demuestran la efectividad de intervenciones conductuales para producir el incremento del uso del condón. Por otro lado, se encuentran similitudes en los hallazgos de este estudio con otros que han abordado las pruebas de VIH donde han logrado un incremento en la realización y/o aceptación de estas (Olshefsky et al. 2007; Ramos et al. 2010; Alam et al. 2016; Evans et al. 2018; Shah et al. 2020).

Este estudio muestra en conjunto las dos variables, similar a los resultados mostrados por Silvestre et al. (2016) en su estudio “comunicación para el cambio de comportamiento y poblaciones móviles: la evaluación de una estrategia de comunicación transfronteriza sobre el VIH/SIDA entre inmigrantes” y Rhodes et al. (2009; 2011) en su estudio piloto de la intervención “HoMBReS”, donde a través de diferentes estrategias como la exposición por medios de comunicación y/o la entrega de la información por pares lograron el aumento del uso del condón y la realización de pruebas de VIH, manteniendo los resultados en el seguimiento a 18 meses, a diferencia del estudio presentado sobre la ICEM-CP que el seguimiento solamente se realizó al mes.

Para finalizar, con respecto al objetivo general sobre evaluar la eficacia preliminar de una intervención con EM para reducir el riesgo sexual en migrantes en tránsito en albergues se puede resumir que existe evidencia suficiente para rechazar la mayoría de las hipótesis nulas. Por lo que se puede deducir que la ICEM-CP tiene eficacia preliminar para aumentar los conocimientos sobre el condón y la prueba de VIH, lograr mejores actitudes al riesgo sexual, incrementar la percepción al riesgo

sexual, aumentar la percepción al acceso a condones y pruebas de VIH, incrementar autoeficacia para reducir el riesgo sexual, aumentar la comunicación sexual, avanzar en las etapas del cambio para reducir el riesgo sexual, aumentar el uso de condón y la realización de pruebas de detección del VIH en migrantes en tránsito en albergues.

Limitaciones del estudio

El estudio presento limitaciones importantes. La primera tiene relación con la funcionalidad de las casas del migrante ya que por lo general tienen un calendario de actividades organizadas por el albergue y/u organismos externos, esto impacta en la organización de los tiempos de las sesiones, ya que la propuesta inicial era que la segunda sesión se llevara a cabo el día y hora en la que el migrante indicara y en realidad se tuvo que realizar los días y horarios que se asignaron para este proyecto.

La segunda tiene que ver con los eventos de salud, como los brotes de varicela, COVID 19 y otros, donde se prohíbe la visita de externos a las casas del migrante lo que suspende la sesiones y las atrasa. Durante el tiempo del brote no se permiten nuevos ingresos, pero si se permite que los migrantes abandonen el lugar, lo que se traduce en la perdida de la muestra.

La tercera limitación tiene que ver con las participantes femeninas, ya que era común que tuvieran distractores en las sesiones como el uso del teléfono y/o la interrupción por algunos de sus hijos. La cuarta tiene que ver con las actividades programadas por organismos externos en las casas del migrantes, ya que varias actividades abarcan educación sexual, promoción del uso del condón y la realización de pruebas de VIH.

La quinta limitación, tiene que ver con el diseño del estudio y numero de muestra, ya que al ser una muestra pequeña no permite la generalización de los hallazgos. La sexta, se relaciona con el tiempo de seguimiento ya que fue solo de un

mes. La séptima se relaciona con la anterior, se pudo observar que aquellos participantes que no se encontraban en la casa del migrante al mes de seguimiento, ya no respondieron al seguimiento.

Conclusiones

La ICEM-CP es una intervención desarrollada con el propósito de producir la motivación necesaria en los migrantes en tránsito para propiciar el uso del condón en todas sus relaciones sexuales y la realización de pruebas de detección de VIH al menos cada 12 meses. Se desarrollo utilizando el mapeo de la intervención propuesto por Bartholomew et al. (2016). Los primeros cuatro pasos del mapeo facilitaron evaluar las necesidades, la realización de modelos lógicos, el establecimiento de métodos teóricos y producir la intervención.

El COSEMI fue adecuado para comprender el fenómeno de estudio y los factores relacionados con este, así como el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente que permitió identificar el proceso de cambio, a través de la Entrevista Motivacional, permitiendo comprender e interpretar los resultados de esta investigación.

Los migrantes que participaron en el estudio tenían una edad promedio 32 años, oscilando entre los 18 y 54 años, reportando dos parejas sexuales durante el trayecto, con máximo seis intentos por cruzar a USA, teniendo a rededor de 29 años en promedio primera vez que lo intentan, siendo en su mayoría hombres los participantes con un 61% de la muestra.

La intervención ICEM-CP es factible con modificaciones. Se observo dificultad para que todas las sesiones grupales cumplieran el requisito de máximo 10 participantes, debido a los tiempos estipulados en las casas del migrante para dichas sesiones, sin embargo, en todas las sesiones se logró mantener el grupo enfocado, se generó la conversación y se mantuvo una sesión dinámica, clara y positiva, tal como lo demuestran los resultados de fidelidad. Para la segunda sesión se consideraría las

preferencias del migrante en cuanto al día y hora que establecería para llevarla a cabo, sin embargo, dado que tienen actividades planeadas en los albergues, los responsables del lugar establecieron los días y horarios en los que se podía llevar a cabo las sesiones. Los días y horarios establecidos fueron en momentos en los que no se tenían agendadas otras actividades en los albergues. En cuanto a la privacidad, se logró debido a que los albergues cuentan con espacios para realizar actividades dirigidas a la enseñanza y/o sesiones grupales. Sin embargo, no cuentan con un espacio que permita al 100% la privacidad individual, por lo que sería conveniente encontrar una estrategia adecuada para asegurar la privacidad en la sesión individual.

La rápida movilización de los migrantes de un lugar a otro es un elemento que debe considerarse en la implementación de las intervenciones, ya que posiblemente es un factor que disminuye la tasa de retención y el interés en la participación principalmente para concluir el seguimiento.

Por otro lado, la aceptabilidad de la ICEM-CP es adecuada, sin embargo, también estuvo influenciada por la movilidad del migrante, siendo esta la principal causa de las tasas de abandono durante las sesiones y al seguimiento. Por otra parte, la totalidad de los participantes menciono que fue de su agrado participar en las sesiones, teniendo una muy buena opinión de la intervención en general. Por lo que para mejorar la aceptabilidad y disminuir las tasas de abandono, se deben considerar estrategias que disminuyan el tiempo entre las sesiones y el seguimiento.

Este estudio evidencio que los migrantes que reciban la intervención ICEM-CP disminuyen el riesgo sexual aumentando el uso del condón y la realización de pruebas de VIH. Con base en los resultados de las variables en el postest y seguimiento, se puede deducir que los migrantes que cumplieron con las sesiones de la intervención aumentaron los conocimientos sobre el condón y la prueba de VIH, la actitud y percepción al riesgo sexual, el acceso a condones y pruebas de VIH y la autoeficacia para reducir el riesgo sexual.

A partir de los resultados de este estudio se pudieron comprobar 8 hipótesis, los migrantes en tránsito que recibieron la ICEM-CP aumentaron los conocimientos sobre el condón y la prueba de VIH, presentan mejores actitudes al riesgo sexual, la percepción al riesgo sexual, acceso a condones y pruebas de detección del VIH, su autoeficacia para reducir el riesgo sexual, avanzaron en las etapas del cambio para reducir el riesgo sexual, aumento el uso de condón y la realización de pruebas de detección del VIH y presentaron en menor grado creencias sexuales machistas en el posttest y al mes de seguimiento en comparación con el grupo control.

En síntesis, de acuerdo con los objetivos e hipótesis planteados para este estudio, la Intervención Con Entrevista Motivacional para incrementar el uso de Condones y la realización de Pruebas de VIH (ICEM-CP) es factible y aceptable con ligeras modificaciones para un estudio a futuro. Las dos sesiones desarrolladas en este ensayo controlado aleatorizado piloto de factibilidad, parecen tener potencial en el tiempo para incrementar el uso de condones y la realización de pruebas de VIH reduciendo el riesgo sexual de los migrantes, sin embargo, en la eficacia preliminar no se encontraron cambios en la percepción del migrante en cuanto a la discriminación, ni hubo mayor comunicación sexual por lo que se podría requerir ajustes en la implementación y/o en la medición de dichos resultados para evaluar la eficacia de la ICEM-CP.

Recomendaciones

En un próximo estudio se recomienda considerar que la dinámica de los albergues sea similar en cuanto a la distribución de los migrantes, ya que para este estudio en el grupo de intervención los hombres y las mujeres estaban ubicados en espacios diferentes, mientras que para el grupo control se encontraban juntos.

Programar con las casas del migrante el tiempo que se llevara a cabo la intervención para que durante ese tiempo no reciban platicas o talleres que contengan información relacionadas con la que se brinda con la intervención.

Gestionar la apertura de los albergues para que la segunda sesión se lleve a cabo en la fecha y hora que estipulen los participantes para asegurar que concluyan con la intervención, así mismo asegurar que el participante brindo datos correctos para el seguimiento.

Considerar llevar a cabo al menos la segunda sesión fuera del albergue, en alguna oficina que pertenezca al proyecto, para asegurar la privacidad por completo durante el desarrollo de la sesión y la realización de la prueba de VIH.

Incrementar el tamaño de la muestra para asegurar más participación en el seguimiento y poder generalizar con más facilidad los hallazgos. Considerar replantear la variable de discriminación migrante desde su concepto hasta el indicador, para tener un resultado más relacionado a la conducta sexual.

Trabajar de forma interdisciplinaria incluyendo otros profesionales de la salud que promuevan el uso del condón y la realización de pruebas de VIH.

Referencias

- ACNUR (2023). No discriminación por situación migratoria Asilo y migración.
https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Proteccion/Buenas_Practicas/9219.pdf
- Alam, M. S., Khan, S. I., Reza, M., Shahriar, A., Sarker, M. S., Rahman, A., & Azim, T. (2016). *Point of care HIV testing with oral fluid among returnee migrants in a rural area of Bangladesh*. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 11(1), S52-S58.
- Alvizo Perera, E. J. D. J., & Quintal López, R. (2022). *Estrategias de prevención del VIH/sida en hombres mayas migrantes de Yucatán: aportes desde la mercadotecnia social*. *Estudios de cultura maya*, 59, 239-263.
- Andrade Rubio, K. L., & Izcara Palacios, S. P. (2019). *Mujeres migrantes prostituidas por medio de intermediarios y de modo autónomo en Nevada, Estados Unidos*. *Norte América*, 14(2), 7-32.
- Athley, H., Binder, L., & Mangrio, E. (2018). *Nurses' experiences working with HIV prevention: A qualitative study in Tanzania*. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 29(1), 20-29.
- Bahromov, M., & Weine, S. (2011). *HIV prevention for migrants in transit: developing and testing TRAIN*. *AIDS education and prevention*, 23(3), 267-280.
<https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.2011.23.3.267>
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernandez, M.E. (2016). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. John Wiley & Sons.
- Bandura, A. (1991). *Social cognitive theory of self-regulation*. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 248-287.

- Baru, A., Adeoye, IA & Adekunle, AO (2020). "*Fui violada por el corredor el primer día de mi llegada a la ciudad*". *Explorando las razones del comportamiento sexual de riesgo entre las jóvenes migrantes internas solteras sexualmente activas en Etiopía: un estudio cualitativo*. Plos uno.
- Berbesi F.D, Segura C. A. & Trejos C.E. (2020) *Diseño y Validación de una Escala de Conocimientos sobre VIH en Población Habitante de Calle*. Rev CES Enf.; 1: 17-26.
- Barra, E. (2002). *Psicología de la sexualidad*. Concepción: Ed. Universidad de Concepción.
- Becker, M. & Byrne, D. (1985). *Self-regulated exposure to erotica, recall errors, and subjective reactions as a function of erotophobia and type A coronary-prone behavior*. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 760-767
- Becker, M. & Byrne, D. (1985). *Self-regulated exposure to erotica, recall errors, and subjective reactions as a function of erotophobia and type A coronary-prone behavior*. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 760-767
- Benveniste, A., González, C. I. C., Casillas, I. L., Lira, L. M. C., Arcocha, R. M. S., Franco, C. M., ... & Setti, N. (2020). *Raíces suspendidas: estéticas y narrativas migrantes desde una perspectiva de género*. Editorial Universidad de Guadalajara.
- Bernard, J. E. R., & Fernández, B. R. (2019). *Introducción al modelo transteórico: rol del apoyo social y de variables sociodemográficas*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 22(3), 2601-2633.

- Blatch-Jones, A. J., Pek, W., Kirkpatrick, E., & Ashton-Key, M. (2018). *Role of feasibility and pilot studies in randomised controlled trials: a cross-sectional study*. *BMJ open*, 8(9), e022233.
- Burke, B. L., Dunn, C. W., Atkins, D. C., & Phelps, J. S. (2004). *The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative inquiry*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 309-322.
- Bustamante Pancho, N. C., & Suárez Vizcaíno, A. D. (2022). Comparación de la frecuencia de la presentación tardía de la infección por VIH entre los periodos noviembre de 2015 a diciembre de 2017 y de enero de 2018 a febrero de 2020 en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (Bachelor's thesis, PUCE-Quito).
- Candiz, G., & Bélanger, D. (2018). *Del tránsito a la espera: el rol de las casas del migrante en México en las trayectorias de los migrantes centroamericanos*. *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies/Revue Canadienne des études Latin-Américains et caraïbes*, 43(2), 277-297.
- Catania, J. A. (1998). *Health protective sexual communication scale*. *Handbook of sexuality-related measures*, 544-547.
- Caron, S.L, Davis, C.M, Halteman, W.A & Stickle, M. (1993). *Predictors of condom-related behaviours among first-year college students*. *Journal of Sex Research*, 30, 252-25
- Carey, M. P., & Schroder, K. E. E. (2002). *Development and psychometric evaluation of the brief HIV knowledge questionnaire (HIV-KQ-18)*. *AIDS Education and Prevention*, 14, 174-184. +

Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y SIDA (2018) Guía para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), México:

Censida/Secretaría de Salud.

Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y SIDA (2019). *Estrategia de prevención combinada*. Dirección de prevención y participación social.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477133/Estrategias de Prevención 2019-2024.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477133/Estrategias_de_Prevencion_2019-2024.pdf)

Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y SIDA (2021). *Boletín de atención integral de personas que viven con VIH*.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626488/Boletín de Atención Integral de Personas con VIH Censida.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626488/Boletin_de_Atencion_Integral_de_Personas_con_VIH_Censida.pdf)

Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/sida (2022). *Informe Histórico al 2do. Trimestre de VIH 2022*.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/770180/InformeHistórico_VIH_2doTRIMESTRE2022.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/770180/InformeHistorico_VIH_2doTRIMESTRE2022.pdf)

Chakrapani, V., Subramanian, T., Vijin, P. P., Nelson, R., Shunmugam, M., & Kershaw, T. (2020). *Reducing sexual risk and promoting acceptance of men who have sex with men living with HIV in India: Outcomes and process evaluation of a pilot randomised multi-level intervention*. *Global public health*, 15(3), 438–451.

<https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1675081>

Davis, D. A., Aguilar, J. M., Arandi, C. G., Northbrook, S., Loya-Montiel, M. I.,

Morales-Miranda, S., & Barrington, C. (2017). " *Oh, I'm not alone*": experiences of HIV-positive men who have sex with men in a health navigation program to

- promote timely linkage to care in Guatemala City. AIDS Education and Prevention, 29(6), 554.*
- Dias, S., Gama, A., Loos, J., Roxo, L., Simões, D., & Nöstlinger, C. (2020). The role of mobility in sexual risk behaviour and HIV acquisition among sub-Saharan African migrants residing in two European cities. *PLoS One, 15(2)*, e0228584.
- Dias, S., Gama, A., Tavares, A. M., Reigado, V., Simões, D., Carreiras, E., ... & Pinto Ferreira, A. (2019). *Are opportunities being missed? Burden of HIV, STI and TB, and unawareness of HIV among African migrants.* International journal of environmental research and public health, 16(15), 2710.
- Dzomba, A., Tomita, A., Govender, K., & Tanser, F. (2019). *Effects of migration on risky sexual behavior and HIV acquisition in South Africa: A systematic review and meta-analysis, 2000–2017.* AIDS and Behavior, 23(6), 1396-1430.
- 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.
- Domínguez-Chávez, C. J. (2019). *Entrenamiento Físico Y Musicoterapia: Estimulación Para El Estado Cognitivo Y Marcha En Adultos Mayores* (Universidad Autónoma de Nuevo León). Retrieved from <http://eprints.uanl.mx/17044/>
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1991). *Substruction: Improving the linkage from theory to method.* Nursing Science Quarterly, 4(2), 83-87.
- Duracinsky, M., Thonon, F., Bun, S., Ben Nasr, I., Dara, A. F., Lakhdari, S., ... & Chassany, O. (2020). *Good acceptability of HIV, HBV, and HCV screening during immigration medical check-up amongst migrants in France in the STRADA study.* PLoS One, 15(6), e0235260.

- Ebrahim, N. B., Davis, S., & Tomaka, J. (2017). *Psychosocial determinants of intention to use condoms among Somali and Ethiopian immigrants in the U.S.* *Psychology, health & medicine*, 22(5), 611–617.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1204463>
- El-Bassel, N., & Marotta, P. L. (2017). Alcohol and sexual risk behaviors among male central asian labor migrants and non-migrants in Kazakhstan: implications for HIV prevention. *AIDS and Behavior*, 21(2), 183-192.
- Evans, C., Suggs, L. S., Turner, K., Occa, A., Juma, A., & Blake, H. (2018). *Mobile phone messaging to promote uptake of HIV testing among migrant African communities in the UK.* *Health Education Journal*, 78(1), 24-37.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018). *Resultados Nacionales.*
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- English, D., Carter, J. A., Forbes, N., Bowleg, L., Malebranche, D. J., Talan, A. J., & Rendina, H. J. (2020). *Intersectional discrimination, positive feelings, and health indicators among Black sexual minority men.* *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 39(3), 220–229. <https://doi.org/10.1037/hea0000837>
- Espada, J. P., Ballester, R., Huedo-Medina, T., Secades-Villa, R., Orgilés, M., & Martínez-Lorca, M. (2013). *Development of a new instrument to assess AIDS-related attitudes among Spanish Youngsters.* *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(1), 83-89.

- Esquivel-Rubio, A. I., Márquez-Vega, M. A., Domínguez-Chávez, C. J., Alvarado-Pizarro, Á. N., & Tizoc-Márquez, A. (2021). Percepciones sobre el uso del condón en migrantes haitianos en la frontera noroeste de México. *Horizonte sanitario*, 20(3), 385-393.
- Feldstein Ewing, S. W., Walters, S., & Baer, J. S. (2012). Approaching group MI with adolescents and young adults: Strengthening the developmental fit. In C. C. I. Wagner & K. S. Ingersoll (Eds.), *Motivational Interviewing in Groups* (pp. 387-406). New York: Guilford Press.
- Flores, Y. Y. R., & Garbarino, M. C. C. (2020). *Determinación social de la resistencia para la práctica sexual protegida en parejas en situación de migración internacional, México-Estados Unidos. Propuestas para implementación de política pública*. Gerencia y Políticas de Salud, 19, 1-16.
- Gamboa Graus, M. E. . (2022). ESCALAS DE MEDICIÓN ESTADÍSTICA. *Didáctica Y Educación* ISSN 2224-2643, 13(1), 341–366. Recuperado a partir de <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalía/article/view/1327> (Original work published 31 de enero de 2022)
- Gitlin, L., & Czaja, S. (2015). *Behavioral intervention research: Designing, evaluating, and implementing*. springer publishing company.
- Gray, C., Lobo, R., Narciso, L., Oudih, E., Gunaratnam, P., Thorpe, R., & Crawford, G. (2019). *Why I can't, won't or don't test for HIV: insights from Australian migrants born in sub-Saharan Africa, Southeast Asia and Northeast Asia*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6), 1034.

- Grimley, D. M., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., & Prochaska, G. E. (1995). *Contraceptive and condom use adoption and maintenance: A stage paradigm approach*. *Health education quarterly*, 22(1), 20-35.
- Grodensky, C., Golin, C., Parikh, M. A., Ochtera, R., Kincaid, C., Groves, J., Widman, L., Suchindran, C., McGirt, C., Amola, K., & Bradley-Bull, S. (2017). *Does the quality of safetalk motivational interviewing counseling predict sexual behavior outcomes among people living with HIV?*. *Patient education and counseling*, 100(1), 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.08.014>
- Grove, S. K., Burns, N. & Gray, J. R., (2013). *The practice of nursing research-E-book: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Guerra-Ordoñez, J. A., Benavides-Torres, R. A., Onofre-Rodríguez, D. J., Márquez-Vega, M. A., Guerra-Rodríguez, G. M., & Wall, K. M. (2017). *modelo de transición de la conducta sexual del migrante en las fronteras de matamoros y reynosa*. Tesis.
- Guerra-Ordoñez, J. A., Benavides-Torres, R. A., Onofre-Rodríguez, D. J., Márquez-Vega, M. A., Guerra-Rodríguez, G. M., & Wall, K. M. (2017). *Self-efficacy and Coping as Correlates of Migrant Safe Sexual Behavior to Prevent HIV*. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*, 28(5), 761–769. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.05.008>
- Guillermo Candiz & Danièle Bélanger (2018) *Del tránsito a la espera: el rol de las casas del migrante en México en las trayectorias de los migrantes centroamericanos*, *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies / Revue canadienne des études latinoaméricaines et caraïbes*, 43:2, 277-297, DOI: 10.1080/08263663.2018.1467533

- Gullette, D. L., & Turner, J. G. (2004). *Stages of change and condom use among an Internet sample of gay and bisexual men*. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(2), 27-37.
- He, D., Cheng, Y. M., Wu, S. Z., Decat, P., Wang, Z. J., Minkauskiene, M., & Moyer, E. (2012). Promoting contraceptive use more effectively among unmarried male migrants in construction sites in China: a pilot intervention trial. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 24(5), 806-815.
- Hendrick, C., Hendrick, S. S., & Reich, A. D. (2006). *The brief sexual attitudes scale*. *Journal of Sex Research*, 43(1), 76-86.
- Hernández Cortina, A., Vásquez Osses, M. A., Jiménez-Paneque, R., & Zapata Aqueveque, C. A. (2020). *Adaptación cultural y evaluación psicométrica del cuestionario de conducta sexual segura en jóvenes universitarios chilenos*. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(6).
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). *Motivational interviewing*. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 91-111.
- Hong, H. (2009). *Scale Development for Measuring Health Consciousness: Reconceptualization*. 12th Annual International Public Relations Research Conference, Holiday Inn University of Miami Coral Gables, Florida.
- Hovey, J. D., Booker, V., & Seligman, L. D. (2007). *Using theatrical presentations as a means of disseminating knowledge of HIV/AIDS risk factors to migrant farmworkers: an evaluation of the effectiveness of the Informate program*. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(2), 147-156.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-006-9023-9>
- Hyde, J. (1994). *Understanding human sexuality (5 th Ed.)*. New York: McGraw-Hill.

- Huang, W., Dong, Y., Chen, L., Song, D., Wang, J., Tao, H., ... y Operario, D. (2016). *HIV risk and sexual health among migrant women in China*. *International health promotion*, 31 (3), 595-605.
- INEGI (2021). Estadísticas a propósito del día internacional del migrante 18 de diciembre (datos nacionales)
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Migrante21.pdf
- Infante, C., Leyva-Flores, R., Gutierrez, J. P., Quintino-Perez, F., Torres-Robles, C. A., & Gomez-Zaldívar, M. (2020). Rape, transactional sex, and related factors among migrants in transit through Mexico to the USA. *Culture, Health & Sexuality*, 22(10), 1145-1160.
- Instituto nacional de migración (2019). *Permanecen 10 mil migrantes en BC*.
<https://www.inm.gob.mx/gobmx/word/index.php/permanecen-10-mil-migrantes-en-bc/>
- Jiménez Vázquez, V. (2018). *Modelo de sexo seguro para hombres que tienen sexo con hombres* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Khatoon, S., Budhathoki, S. S., Bam, K., Thapa, R., Bhatt, L. P., Basnet, B., & Jha, N. (2018). *Socio-demographic characteristics and the utilization of HIV testing and counselling services among the key populations at the Bhutanese Refugees Camps in Eastern Nepal*. *BMC Research Notes*, 11(1), 1-6.
- Kuehne, A., Koschollek, C., Santos-Hövenner, C., Thorlie, A., Müllerschön, J., Mputu Tshibadi, C., ... & Bremer, V. (2018). *Impact of HIV knowledge and stigma on the uptake of HIV testing—Results from a community-based participatory*

research survey among migrants from sub-Saharan Africa in Germany. Plos one, 13(4), e0194244.

Khumsaen, N., & Stephenson, R. (2017). *Beliefs and Perception About HIV/AIDS, Self-Efficacy, and HIV Sexual Risk Behaviors Among Young Thai Men Who Have Sex With Men.* AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education, 29(2), 175–190.

<https://doi.org/10.1521/aeap.2017.29.2.175>

Kocken, P., Voorhan, T., Brandsma, J., & Swart, W. (2001). *Effects of peer-led AIDS education aimed at Turkish and Moroccan male immigrants in the Netherlands: a randomized controlled evaluation study.* The European Journal of Public Health, 11(2), 153-159.

Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C., & Barbeau, E. M. (2005). *Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health.* Social science & medicine, 61(7), 1576-1596.

Lawrence JS, Chapdelaine AP, Devieux JG, (1999) *Measuring perceived barriers to condom use: Psychometric evaluation of the Condom Barriers Scale.* Assessment 1999;6(4):391-404.

Leyva, R., Infante, C., & Quintino, F. (2016). *Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud.* Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

Li, N., Li, X., Wang, X., Shao, J., & Dou, J. (2014). *A cross-site intervention in Chinese rural migrants enhances HIV/AIDS knowledge, attitude, and*

- behavior*. International journal of environmental research and public health, 11(4), 4528-4543. <https://www.mdpi.com/1660-4601/11/4/4528>
- Li, X., Lin, D., Wang, B., Du, H., Tam, C. C., & Stanton, B. (2014). *Efficacy of theory-based HIV behavioral prevention among rural-to-urban migrants in China: A randomized controlled trial*. AIDS education and prevention, 26(4), 296-316. <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.2014.26.4.296>
- López-Rosales, F., & Moral-de la Rubia, J. (2001). *Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes*. Salud Pública de México. 43 (5), 421-432.
- Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). *The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses*. Journal of clinical psychology, 65(11), 1232-1245.
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). *A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies*. Research on social work practice, 20(2), 137-160.
- Luo, M., Zhu, L., Dong, Y., Wang, Z., Shen, Q., Mo, D., Du, L., Zhang, Z., & 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. <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0670-5>
- Marotta, P., El-Bassel, N., Terlikbayeva, A., Mergenova, G., Primbetova, S., Wu, E., & Gilbert, L. (2018). *Sexual Risks and Policing among Male Migrant and Non-*

- migrant Market Vendors in Central Asia*. *Journal of Urban Health*, 95(1), 116-128.
- Martijn, C., de Vries, N. K., Voorham, T., Brandsma, J., Meis, M., & Hospers, H. J. (2004). The effects of AIDS prevention programs by lay health advisors for migrants in The Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 157-165.
- Martinez-Donate, A. P., Zhang, X., Rangel, M. G., Hovell, M. F., Gonzalez-Fagoaga, J. E., Magis-Rodriguez, C., & Guendelman, S. (2018). *Does acculturative stress influence immigrant sexual HIV risk and HIV testing behavior? evidence from a survey of male mexican migrants*. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 5(4), 798-807. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40615-017-0425-2>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger, M. D. K., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances In Nursing Science*, 23(1), 12-28. [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing Transitions An Emerging Middle Range.6.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle_Range.6.aspx)
- Mellini, L., & Poglia M. F. (2022). *'If you know the person, there are no risks': 'in-between' strategies for reducing HIV sexual risk among young sub-Saharan migrants living in Switzerland*. *Health, Risk & Society*, 1-20.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2003). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Guilford press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.ç

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: impact of treatment fidelity. *Contemporary clinical trials*, 37(2), 234-241.
- Monge, S., & Pérez-Molina, J. A. (2016). *Infección por el VIH inmigración*. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 34(7), 431-438.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X1630012X>
- Morales, A., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2016). Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosocial Intervention*, 25(3), 135-141.
- Mueses-Marín, H. F., Tello-Bolívar, I. C., Galindo-Orrego, M. I., & Galindo-Quintero, J. (2018). *Percepciones sobre riesgo sexual, VIH y prueba del VIH en Cali, Colombia*. *Revista Colombia Médica*, 49(2), 139-147.
- Mussi, C. (2006). *Entrenamiento en habilidades terapéuticas*. Posada. Misiones: Edición del Autor.
- Müllerschön, J., Koschollek, C., Santos-Hövenner, C., Kuehne, A., Müller-Nordhorn, J., & Bremer, V. (2019). Impact of health insurance status among migrants from sub-Saharan Africa on access to health care and HIV testing in Germany: a participatory cross-sectional survey. *BMC international health and human rights*, 19(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0189-3>
- Navarro, V. (2017). *Modelo de conducta sexual en mujeres indígenas* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Organización Internacional para las migraciones (2018). *Directorio de casas y albergues para personas migrantes*. ONU, México.
https://kmhub.iom.int/sites/default/files/directorio_de_casas_y_albergues_para_personas_migrantes_digital_0.pdf

- Olshefsky, A. M., Zive, M. M., Scolari, R., & Zuñiga, M. L. (2007). *Promoting HIV risk awareness and testing in Latinos living on the US–Mexico border: the Tu No Me Conoces social marketing campaign*. *AIDS Education & Prevention*, 19(5), 422-435.
- Organización Internacional para las migraciones (2020). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*, ONU., <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2020-interactive//?lang=ES>
- Organización Internacional para las migraciones (2022). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2022*, ONU. <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/?lang=ES>
- Organización Internacional para las migraciones (OIM, 2023) Programa Fundamentos en gestión de la migración EMM2.0, <https://emm.iom.int/index.php/es/explore-emm>
- Organización Internacional para las migraciones (OIM, 2023). ¿Por qué aumenta la discriminación hacia las personas migrantes durante una crisis y cómo disminuir su impacto? <https://rosanjose.iom.int/es/blogs/por-que-aumenta-la-discriminacion-hacia-las-personas-migrantes-durante-una-crisis-y-como-disminuir-su-impacto>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). OMS/SIGN: Carpeta de material sobre seguridad de las inyecciones y los procedimientos conexos. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75247/9789243599250_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2019) *Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2019*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324797/WHO-CDS-HIV-19.7-eng.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2019). *Los migrantes y los refugiados presentan un mayor riesgo de tener mala salud que las poblaciones de acogida.*

<https://www.who.int/es/news/item/21-01-2019-21-01-2019-21-01-2019-migrants-and-refugees-at-higher-risk-of-developing-ill-health>

Organización Mundial de la Salud (2020). *Prevención combinada de la infección por el VIH.* <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-combinada-infeccion-por-vih>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Infecciones de transmisión sexual.*

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

Organización Mundial de la Salud (2022). *VIH-sida.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Organización Panamericana de la Salud (2016) *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021.* <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud (2020). *OPS y OIM firman acuerdo para mejorar la salud de 70 millones de migrantes en las Américas.*

<https://www.paho.org/es/noticias/9-10-2020-ops-oim-firman-acuerdo-para-mejorar-salud-70-millones-migrantes-americas>

Organización Panamericana de la Salud (2022) *VIH/SIDA*

<https://www.paho.org/es/temas/vihsida>

- Peralta, L., Deeds, B. G., Hipszer, S., & Ghalib, K. (2007). *Barriers and facilitators to adolescent HIV testing*. *AIDS patient care and STDs*, 21(6), 400-408.
- Pineda, J. R. (2020). *Vulnerabilidad frente al VIH/sida en gays y bisexuales en el contexto migratorio: el caso de los inmigrantes colombianos residentes en España*. *Saúde e Sociedade*, 29, e190298.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). *In search of how people change: Applications to addictive behaviors*. *Addictions Nursing Network*, 5(1), 2-16.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion : AJHP*, 12(1), 38-48.
<https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Programa de asuntos migratorios (2019). *Desafíos y riesgos enfrentados por albergues, organizaciones civiles y personas migrantes en Tijuana*. Universidad Iberoamericana.
https://ibero.mx/sites/default/files/informe._desafios_y_riesgos_enfrentados_por_organizaciones_y_migrantes._tijuana.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2020) *El informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida muestra que los objetivos de 2020 no se cumplirán debido a un éxito profundamente desigual; COVID-19 arriesga desviar los avances en VIH fuera de curso*.
https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/july/20200706_global-aids-report

- Quispe Dextre, J. J. (2023). Uso de preservativos y su relación con pruebas de VIH en mujeres entre 12 y 24 años, análisis de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2021
- Ramos, R. L., Ferreira-Pinto, J. B., Rusch, M. L., & Ramos, M. E. (2010). *Pasa la voz (spread the word): using women's social networks for HIV education and testing*. *Public Health Reports*, 125(4), 528-533.
- Ramírez-Ortiz, D., Forney, D. J., Sheehan, D. M., Cano, M. Á., Romano, E., & Sánchez, M. (2021). *Pre-and Post-immigration HIV Testing Behaviors among Young Adult Recent Latino Immigrants in Miami-Dade County, Florida*. *AIDS and Behavior*, 25(9), 2841-2851.
- 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>
- Ramírez-Ortiz, D., Sheehan, D. M., Ibañez, G. E., Ibrahimou, B., De La Rosa, M., & Cano, M. Á. (2020). *Self-efficacy and HIV testing among Latino emerging adults: examining the moderating effects of distress tolerance and sexual risk behaviors*. *AIDS care*, 32(12), 1556–1564.
- Ravelo, G. J., Sanchez, 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>

- Reyes Urueña, J. M. (2019). *Integración y mejora de información estratégica sobre VIH para identificar las necesidades preventivas en poblaciones a riesgo y vulnerables en Cataluña*. Universitat Autònoma de Barcelona, 2019.
- Rhodes, S. D., Hergenrather, K. C., Montañó, J., Remnitz, I. M., Arceo, R., Bloom, F. R., ... & Bowden, W. P. (2006). *Using community-based participatory research to develop an intervention to reduce HIV and STD infections among Latino men*. *AIDS education & prevention*, *18*(5), 375-389.
- Rhodes, S. D., Hergenrather, K. C., Bloom, F. R., Leichter, J. S., & Montañó, J. (2009). *Outcomes from a community-based, participatory lay health adviser HIV/STD prevention intervention for recently arrived immigrant Latino men in rural North Carolina*. *AIDS Education & Prevention*, *21*(Supplement B), 103-108. https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.2009.21.5_supp.103
- Rhodes, S. D., McCoy, T. P., Vissman, A. T., DiClemente, R. J., Duck, S., Hergenrather, K. C., ... & Eng, E. (2011). *A randomized controlled trial of a culturally congruent intervention to increase condom use and HIV testing among heterosexually active immigrant Latino men*. *AIDS and Behavior*, *15*(8), 1764-1775. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-011-9903-4>
- Rhodes, S. D., Mann, L., Alonzo, J., Downs, M., Abraham, C., Miller, C., ... & Reboussin, B. A. (2014). *CBPR to prevent HIV within racial/ethnic, sexual, and gender minority communities: successes with long-term sustainability*. *Innovations in HIV prevention research and practice through community engagement*, 135-160.
- Rivera, D. M., Franch, M., Sacramento, O., ... & Villalba, K. (2019). *VIH, migraciones y derechos humanos: perspectivas internacionales*. CLACSO.

- Robles, J. L., Aranda, M., & Montes-Berges, B. (2021). *Diseño y validación de la Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en jóvenes ecuatorianos*. *Suma Psicológica*, 29(1), 48-58.
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B., & Moreno, D. (2014). *Indicadores del uso eficaz del preservativo*. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258.
- Rodríguez, C. L. D., Rodríguez, M. A. R., & Ramírez, M. T. G. (2010). *Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12): diseño y análisis de propiedades psicométricas*. *Summa Psicológica UST*, 7(2), 35-44.
- Rojas, P., Ramírez-Ortiz, D., Wang, W., Daniel, E. V., Sánchez, M., Cano, M. Á., Ravelo, G. J., Braithwaite, R., Montano, N. P., & De La Rosa, M. (2020). *Testing the Efficacy of an HIV Prevention Intervention Among Latina Immigrants Living in Farmworker Communities in South Florida*. *Journal of immigrant and minority health*, 22(4), 661–667. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00923-4>
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). *Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis*. *British journal of general practice*, 55(513), 305-312.
- Rubio, 2021. *Análisis del panorama de la salud en la frontera norte de México*. *Gaceta FM*. Salud pública. <http://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2021/04/08/analisis-del-panorama-de-la-salud-en-la-frontera-norte-de-mexico/>
- Ruiz Bugarin, C. L. (2021). *Conducta sexual asertiva en migrantes de la frontera norte de Tijuana, Baja California* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).

- Ruiz-Bugarin, C. L., & Onofre-Rodríguez, D. J. (2021). Subestructuración teórica: Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Migrantes. *Index de Enfermería*, 30(1-2), 85-89.
- Sabri, B., Vroegindewey, A., & Hagos, M. (2021). Development, feasibility, acceptability and preliminary evaluation of the internet and mobile phone-based BSHAPE intervention for Immigrant survivors of cumulative trauma. *Contemporary clinical trials*, 110, 106591.
- Saint-Val, K., & Wendland, E. (2020). Sexual Health of Haitian Immigrants in Southern Brazil: A Cross-Sectional Study. *Annals of Global Health*, 86(1).
- Sanabria-Mazo, J.P., Hoyos-Hernández, P.A. & Bravo, F. (2020). *Psychosocial factors associated with HIV testing in Colombian university students. Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 147-157. doi: <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.8>
- Sánchez, J., De La Rosa, M., & Serna, C. A. (2013). Project Salud: Efficacy of a community-based HIV prevention intervention for Hispanic migrant workers in south Florida. *AIDS Education and Prevention*, 25(5), 363-375.
- Sánchez, J., De La Rosa, M., & Serna, C. A. (2014). *Project Salud: Efficacy of a community-based HIV prevention intervention for Hispanic migrant workers in south Florida. AIDS Education and Prevention*, 25(5), 363-375. <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.2013.25.5.363>
- Secretaria de Salud, (2020). *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Dirección general de epidemiología. www.gob.mx/salud

Secretaria de Salud, (2021). Programa de acción específico VIH y otras ITS, 2020-2024.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626763/Programa de Acción Específico VIH ITS2020-2024.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626763/Programa_de_Accion_Especifico_VIH_ITS2020-2024.pdf)

Secretaria de Salud, (2022). *Boletín Epidemiológico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información. Semana epidemiológica 41.*

<https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-231750>

Seña, A. C., Hammer, J. P., Wilson, K., Zeveloff, A., & Gamble, J. (2010). Feasibility and acceptability of door-to-door rapid HIV testing among Latino immigrants and their HIV risk factors in North Carolina. *AIDS patient care and STDs*, 24(3), 165-173.

Shah, H. S., Dolwick Grieb, S. M., Flores-Miller, A., Greenbaum, A., Castellanos-Aguirre, J., & Page, K. R. (2020). *Sólo Se Vive Una Vez: The implementation and reach of an HIV screening campaign for Latinx immigrants*. *AIDS Education and Prevention*, 32(3), 229-242.

Sidani, S., & Braden, C. J. (2011). *Design, evaluation, and translation of nursing interventions*. John Wiley & Sons

Sierra, J. C., Rojas, A., Ortega, V., & Ortiz, J. D. M. (2007). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 41-60.

- Silvestre, E., Weiner, R., & Hutchinson, P. (2016). *Behavior change communication and mobile populations: the evaluation of a cross-border HIV/AIDS communication strategy amongst migrants from Swaziland*. *AIDS care*, 28(2), 214-220.
- Tarkang, E. E., & Pencille, L. B. (2018). Psychosocial predictors of consistent condom use among migrant road construction workers in the Southwest Region of Cameroon using the Health Belief Model. *The Pan African medical journal*, 29, 215. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.29.215.15130>
- Thabane L, Hopewell S, Lancaster GA, Bond CM, Coleman CL, Campbell MJ & Eldridge SM. (2016). Methods and processes for development of a CONSORT extension for reporting pilot randomized controlled trials. *Pilot Feasibility Stud. eCollection 2016*. [PMID: 27965844](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27965844/)
- Toan Ha, David Givens, Trang Nguyen, Nam Nguyen (2022). *Stigmatizing Attitudes Toward People Living with HIV among Young Women Migrant Workers in Vietnam*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022, 19 (11), 6366
- Tokar, A., Osborne, J., Hengeveld, R., Lazarus, J. V., & Broerse, J. E. (2020). *'I don't want anyone to know': experiences of obtaining access to HIV testing by Eastern European, non-European Union sex workers in Amsterdam, the Netherlands*. *PloS one*, 15(7), e0234551.
- Tung, W. C., Hu, J., Efird, J. T., Su, W., & Yu, L. (2013). HIV knowledge and condom intention among sexually abstinent Chinese students. *International nursing review*, 60(3), 366–373. <https://doi.org/10.1111/inr.12039>

- Tung, W. C., Cook, D. M., & Lu, M. (2011). *Sexual behavior, stages of condom use, and self-efficacy among college students in Taiwan*. *AIDS care*, 23(1), 113–120.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2010.498863>
- Tucker JS, D'Amico EJ, Ewing BA, Miles JNV, Pedersen ER (2017). Una intervención breve de entrevista motivacional grupal para reducir el uso de sustancias y las conductas sexuales de riesgo entre adultos jóvenes sin hogar. *Revista de tratamiento del abuso de sustancias* , 76, 20-27
- Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas ([UPMRIP], 2018). *Política Migratoria del Gobierno de Mexico 2018-2024*.
http://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Nueva_Politica_Migratoria
- Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas ([UPMRIP], 2022). *Estadísticas migratorias, síntesis 2022*.
http://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Sintesis_Graficas/Sintesis_2022.pdf
- Uribe Alvarado, J. Isaac, Riaño Garzón, Manuel E., Bonilla Cruz, Nidia J., Carrillo Sierra, Sandra M., Hernández Peña, Yurley, & Bahamón, Marly Johana. (2017). Percepción de autoeficacia vs. rechazo del uso del condón en las prácticas sexuales de mujeres y hombres jóvenes. *Psicogente*, 20(37), 25-35. <https://doi.org/10.17081/psico.20.37.2416>
- Vásquez-Ventura, I. S., Ortega-Jiménez, M., & Fernández-Sánchez, H. (2021). *Estresores de aculturación de los inmigrantes hispanos en Estados Unidos de América. Revisión sistemática exploratoria*. *Enfermería universitaria*, 18(2), 112-127.

- Vázquez, Y. J. C. (2020). *Diferencias de sexo en la realización de la prueba de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en Puerto Rico* (Doctoral dissertation, University of Puerto Rico Medical Sciences (Puerto Rico)).
- Vilet Carvajal, M. G., & Galán Jiménez, J. S. F. (2021). *Apropiación del cuerpo: autoerotismo y machismo sexual*. *La ventana. Revista de estudios de género*, 6(53), 342-373.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). *Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education*. *Health education quarterly*, 15(4), 379–394.
<https://doi.org/10.1177/109019818801500402>
- Wetzel, D., Jeannot, E. y Durieux-Paillard, S. (2019). Nivel de conocimiento y comportamiento de prevención del VIH entre una población migrante. *Revista médica suiza*, 15 (645), 748-751. Williams, D.R (2016) *Measuring Discrimination Resource*. *Harvard T.H. Chan School of Public Health*
https://scholar.harvard.edu/files/davidrwilliams/files/measuring_discrimination_resource_june_2016.pdf
- Williams, D. R., Yan, Y., Jackson, J. S. & Anderson, N. B. (1997). Racial differences in physical and mental health: Socioeconomic status, stress and discrimination. *Journal of Health Psychology*, 2(3), 335-351.
<https://doi.org/10.1177/135910539700200305>
- Wrightsman, L. & Deaux, K. (1981). *Social psychology in the 80s* (3rd. ed.). Monterey: Brooks/Cole
- Woods, T. M., Altman, C. E., Chávez, S., & Gorman, B. K. (2018). *Gender, migration and perceptions of HIV risk in Mexico*. *Culture, Health & Sexuality*, 20(12), 1333-1346.

- Xiao, Z., Li, X., Lin, D., Jiang, S., Liu, Y., & Li, S. (2013). Sexual communication, safer sex self-efficacy, and condom use among young Chinese migrants in Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, 25(6), 480-494.
- Xiao, Q., Liu, H., & Wu, B. (2020). *How bachelorhood and migration increase the HIV transmission risk through commercial sex in China?*. *AIDS and Behavior*, 24(3), 791-801.
- Xu, S. F., Wu, J. Q., Li, Y. Y., Yu, C. N., Zhao, R., Zhou, Y., ... & Jin, M. H. (2018). *Association between factors related to family planning/sexual and reproductive health and contraceptive use as well as consistent condom use among internal migrant population of reproductive ages in three cities in China, based on Heckprobit selection models*. *BMJ open*, 8(11), e020351.
- Zhang, T., Tian, X., Ma, F., Yang, Y., Yu, F., Zhao, Y., ... & He, N. (2013). Community based promotion on VCT acceptance among rural migrants in Shanghai, China. *PloS one*, 8(4), e60106.
- Zucker, A. N., Fitz, C. C., & Bay-Cheng, L. Y. (2016). *Reverberations of racism and sexism through the subjective sexualities of undergraduate women of color*. *The Journal of Sex Research*, 53(2), 265-27

Apéndices

Apéndice A**Guía de preguntas iniciales**

Fecha _____

Identificación _____

1.- Edad _____

2.- Sexo _____

3.- Lugar de origen _____

4.- Lugar de destino _____

5.- ¿Has tenido relaciones sexuales en algún momento de la vida? _____

6.- ¿Te han diagnosticado con el VIH? _____

7.- ¿Cuánto tiempo llevas alojándote en el albergue y/o casa del migrante? _____

13.- Durante el trayecto ¿Ha practicado sexo a cambio de dinero, víveres, hospedaje y/o algún otro beneficio? 1) Si 2) No 3) Prefiero no responder

14.- Durante el trayecto ¿Ha consumido alcohol?

1) Si 2) No 3) Prefiero no responder

15.- Durante el trayecto ¿Ha consumido algún tipo de droga?

1) Si 2) No 3) Prefiero no responder

Apéndice C

Prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón

(Robles et al., 2014)

A continuación, marque la casilla que crea que responde a las afirmaciones, considere que se quiere saber lo que usted cree y conoce acerca del uso del condón, por lo que no hay respuestas correctas e incorrectas, solamente se busca conocer su opinión.

Afirmaciones	Cierto	Falso	No se
1.Exponer los condones al calor, traerlos en la bolsa del pantalón o en la cartera daña su calidad.			
2. Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede usarse sin riesgo de que se rompa.			
3. Antes de abrir su envoltura el condón debe recorrerse con los dedos hacia abajo para evitar que se dañe al abrirlo.			
4. Los lubricantes a base de agua deben usarse con condones de látex.			
5. Cuando se coloca un condón en el pene NO debe dejarse un espacio en la punta			
6. Es necesario colocar el condón hasta la base del pene porque si no se desliza durante el acto sexual			

Instrumento de conocimientos asociados a la prueba diagnóstica del VIH
Sanabria et al. (2020)

Continuación...

Afirmaciones	Verdadero	Falso	No se
1. Si soy una persona de orientación heterosexual, no necesito realizarme la prueba del VIH.			
2. Las personas que han tenido relaciones sexuales solo con una pareja no necesitan realizarse la prueba.			
3. Si los resultados de la prueba de mi pareja son negativos, no es necesario hacerme la prueba.			
4. Únicamente las personas mayores de edad pueden realizarse la prueba del VIH.			
5. Si los resultados de mi prueba salen negativos, ya no tengo de qué preocuparme.			
6. Las pruebas rápidas de detección del VIH no son fiables.			
7. Solo puedo saber que tengo VIH mediante una prueba en sangre.			
8. La única manera de saber con seguridad si tengo VIH es mediante la prueba diagnóstica			
9. Los resultados de la prueba del VIH son confidenciales.			
10. Los profesionales de la salud no pueden realizarme la prueba del VIH sin mi consentimiento			
11. Los resultados de las pruebas del VIH son fiables.			
12. Puedo solicitar la prueba del VIH en mi institución de salud (IPS-EPS).			
13. La prueba de detección del VIH es gratuita.			
14. Solamente puedo hacerme la prueba de VIH si recibo una asesoría pre y posprueba.			

Apéndice D

Escala de actitudes hacia el sida (HIV-AS)

(Espada et al. 2013)

Expresa en tu opinión tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.

Afirmaciones	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
1. Estaría dispuesto/a usar el preservativo en una relación sexual con penetración				
2. Si fuera a tener una relación sexual y me doy cuenta de que no tenemos preservativos, esperaría a tenerlos para mantener el contacto sexual				
3. Estaría dispuesto/a llevar preservativos para mi uso				
4. Estaría dispuesto/a decir delante de mis amigos que estoy a favor del preservativo				
5. Estaría dispuesto/a defender en público el uso del preservativo				
6. Si mi pareja sexual quisiera prescindir del preservativo, yo trataría de convencerlo/a para usarlo				
7. Si mi pareja sexual quisiera practicar sexo sin preservativo, yo me negaría				
8. Estaría dispuesto a realizarme las pruebas del sida si tuviera una práctica de riesgo				
9. Recomendaría a un amigo/a hacerse las pruebas de detección del VIH si éste/a hubiese mantenido prácticas de riesgo				

Apéndice E

Escala de percepción del riesgo para conducta sexual

(Robles et al., 2021)

Responda a continuación para cada afirmación el grado en el que considera que se trata de una conducta sexual de riesgo para su salud o protectora de la salud.

Afirmaciones	1 nada de acuerdo	2 algo de acuerdo	3 medio de acuerdo	4 muy de acuerdo	5 totalmente de acuerdo
1.- Tener relaciones sexuales solamente por placer, con alguien poco conocido es una conducta de riesgo					
2.- Tener la primera relación sexual estando bebido es un comportamiento de riesgo					
3.- Tener relaciones sexuales con personas a las que se les debe de pagar es una conducta de riesgo					
4.- Tener relaciones sexuales con la persona más popular o líder del grupo es una conducta de riesgo					
5.- Tener relaciones sexuales con una persona que acabas de conocer es una conducta de riesgo					
6.- Tener relaciones sexuales con personas con una diferencia de edad de más de diez años es una conducta de riesgo					
7.- No usar preservativo en las relaciones sexuales con personas conocidas es una conducta de riesgo					
8.- Tener relaciones sexuales por presión del grupo (amigos/as) es una conducta de riesgo					
9.- Tener relaciones sexuales cuando estás consumiendo alcohol es una conducta de riesgo					
10.- Tener relaciones sexuales con varios contactos no constituye riesgo sexual					
11.- Combinar el consumo de alcohol y las relaciones sexuales incrementa el nivel de excitación y, por lo tanto, es un factor de riesgo					

Apéndice F

Escala de doble moral (DSS: Double standard scale) Traducida y validada por Sierra et al. (2007)

Por favor, señale con un círculo su respuesta a las siguientes preguntas sobre sus actitudes hacia los roles sexuales del hombre y de la mujer. Tenga en cuenta que no hay respuestas buenas ni malas. Por favor, responda honestamente.

1= Totalmente de acuerdo

2= De acuerdo

3= Sin opinión

4= En desacuerdo

5= Totalmente en desacuerdo

Pregunta					
1. Se espera que una mujer sea menos experimentada sexualmente que su pareja.	1	2	3	4	5
2. A una mujer que sea sexualmente activa es menos probable que se le desee como pareja.	1	2	3	4	5
3. Una mujer nunca debería aparentar estar preparada para un encuentro sexual.	1	2	3	4	5
4.- Es importante que los hombres sean experimentados sexualmente para poder enseñarle a la mujer.	1	2	3	4	5
5.- Una “buena” mujer nunca tendría una aventura de una noche, pero sí se espera que lo haga un hombre	1	2	3	4	5
6.- Es importante que un hombre tenga múltiples encuentros sexuales para ganar experiencia	1	2	3	4	5
7.- En el sexo, el hombre debe tomar el rol dominante y la mujer el rol pasivo.	1	2	3	4	5
8.- Es aceptable que una mujer tenga sus condones*	1	2	3	4	5
9.- Es peor que una mujer tenga múltiples parejas sexuales a que las tenga un hombre	1	2	3	4	5
10.- Es decisión del hombre comenzar el sexo	1	2	3	4	5

*Este ítem invierte su puntuación

Apéndice G

Everyday discrimination scale (Escala de discriminación cotidiana, versión corta)

(Williams et al., 2016)

En las siguientes preguntas, estamos interesados en la manera que otras personas te tratan a ti y tus creencias. Responda en su vida diaria, ¿con qué frecuencia le ha sucedido alguna de las siguientes cosas?

	Casi todos los días	Al menos una vez a la semana	Algunas veces al mes	Algunas veces al año	Menos de una vez al año	Nunca
1. Te tratan con menos cortesía o respeto que a otras personas.						
2. Recibe un servicio peor que otras personas en restaurantes o tiendas						
3. Las personas actúan como si pensarán que no eres inteligente						
4. Las personas actúan como si tuvieran miedo de ti						
5. Lo amenazan o lo acosan						

Si respondió “algunas veces al año” u otra que indique más frecuencia en al menos una pregunta debe responder a: **¿Cuál cree que es la razón principal de estas experiencias?** Marque la o las respuestas que considere.

Su ascendencia u origen nacional	Su genero	Su raza	Su edad	Su religión
Su altura	Su peso	Algún otro aspecto físico	Su orientación sexual	Su educación o nivel de ingresos

Otro (especifique) _____

Apéndice H

Escala de barreras del condón (subescala accesibilidad/disponibilidad)

(Lawrence et al., 1999).

Instrucciones:

Lea cada afirmación a continuación. Marque la respuesta que mejor indique su nivel de acuerdo con cada afirmación.

Afirmaciones	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo
1.No tengo como comprar o conseguir condones.					
2. Depende del hombre proporcionar un condón.					
3. Los condones cuestan demasiado.					
4. Los condones van en contra de mis valores religiosos.					
5. Me avergonzaría comprar condones o pedirlos					
6. No sabría donde conseguir un condón.					
7. Tendría miedo de sugerirle a mi pareja que usemos un condón.					
8. Nunca puedo encontrar un condón justo antes de tener relaciones sexuales.					

Barreras hacia la prueba de VIH (Morales et al. 2016)

A continuación, indique con una cruz las razones por las que no se ha realizado o no se realizaría una prueba de detección del VIH.

1. _____ Nunca me han ofrecido hacerme la prueba de VIH.
2. _____ No sé dónde puedo hacerme la prueba.
3. _____ Me da miedo que me saquen sangre.
4. _____ Tengo que pagar por hacerme la prueba.
5. _____ No quiero esperar a recibir los resultados.
6. _____ No sé qué beneficios tiene hacerme la prueba.
7. Otro motivo _____

Apéndice I

Escala de autoeficacia para reducir el riesgo sexual (Subescala referente al uso del preservativo-autoeficacia para la prueba de VIH) (López & Moral, 2001; Ramírez et al., 2020)

A continuación, se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a marcar el grado de seguridad que creas tener.

¿Qué tan seguro esta de ser capaz de...	1 Nada Seguro	2 Algo Seguro	3 Medio Seguro	4 Muy Seguro	5 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? (ejemplo, marihuana, Resistol, tener)					
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?					

Expresa en tu opinión tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

Afirmaciones	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Muy de acuerdo
1. Estoy seguro de que podría hacerme la prueba del VIH				
2. Estoy seguro de que podría encontrar un lugar donde pueda hacerme la prueba del VIH				

Apéndice J

Health Protective Communication Scale (Escala de comunicación para la protección de la salud)

(Cantania et al. 1998)

Lea cada pregunta y encierre en un círculo el número que considere apropiado de acuerdo con los siguientes resultados.

- 1 = Siempre
- 2 = casi siempre
- 3 = A veces
- 4 = Nunca
- 5 = No sé
- 6 = Me niego a responder

Con qué frecuencia en los últimos 12 meses usted:

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Antes de tener relaciones sexuales ¿Le preguntó a una nueva pareja sexual cómo se sentía sobre el uso de condones? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. ¿Le preguntó a una nueva pareja sexual sobre el número de parejas sexuales anteriores que (él/ella) tuvo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. ¿Le dijo a una nueva pareja sexual sobre el número de parejas sexuales que ha tenido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. ¿Le dijo a una nueva pareja sexual que no tendrá relaciones sexuales a menos que use un condón? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. ¿Habló con una nueva pareja sexual sobre la necesidad de que ambos se hicieran la prueba del virus del SIDA antes de tener relaciones sexuales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Apéndice K

Algoritmo para las etapas de cambio del uso del condón y la prueba de detección

(Grimley et al., 1995; Aranda et al., 2022)

Marque la opción que responda a la frecuencia con la que practica el uso del condón y se realiza la prueba de VIH.

USO DEL CONDON		
Pregunta	Respuesta	Etapas de cambio
1.- ¿Cuándo tienes sexo vaginal, anal u oral, con qué frecuencia utilizas condón?	Siempre (Ir a la pregunta 3)	
	Casi siempre (Ir a la pregunta 2)	
	Algunas veces (Ir a la pregunta 2)	
	Casi nunca (Ir a la pregunta 2)	
	Nunca (Ir a la pregunta 2)	
2.- ¿Para cuándo piensas utilizar condón siempre que tengas sexo vaginal, anal u oral?	No pienso hacerlo en los próximos 6 meses	Precontemplación 1
	Dentro de los próximos 6 meses	Contemplación 2
	Dentro de los próximos 30 días	Preparación 3
3.- ¿Cuánto tiempo llevas usando condón en cada relación sexual?	Menos de 6 meses	Acción 4
	Más de 6 meses	Mantenimiento 5

REALIZACION DE LA PRUEBA DE VIH		
Pregunta	Respuesta	Etapas de cambio
1.- ¿Te has realizado pruebas de detección de VIH en los últimos 12 meses?	No (Ir a la pregunta 2)	
	Si (Ir a la pregunta 3)	
2.- ¿Cuándo piensas realizarte la prueba de VIH?	No pienso hacerlo próximamente	Precontemplación 1
	Dentro de los próximos 6 meses	Contemplación 2
	Dentro de los próximos 30 días	Preparación 3
3.- ¿Te haces la prueba cada año?	No	Acción 4
	Si	Mantenimiento 5

Apéndice L

Subescala uso del condón-Cuestionario sobre el comportamiento sexual seguro

(Hernández et al., 2020) adaptación cultural del SSBQ-Safe Sex Behavior

Questionnaire de Dilorio et al. (1992)

Por favor lee las frases acerca de la práctica del sexo. 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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Detengo la estimulación sexual el tiempo que sea necesario para ponerme el condón (o para que mi pareja se ponga el condón).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Evito tener relaciones sexuales cuando tengo lesiones o irritación en mi zona genital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Me dejo llevar por la pasión del momento y tengo relaciones sexuales sin usar condón.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin condón, me niego a tener relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apéndice N

Formato de evaluación de aceptabilidad de la intervención

(Domínguez & Chávez, 2019)

Indicaciones. Marque su respuesta de acuerdo con su experiencia en las sesiones.

Pregunta	Respuestas
1. Participar en las sesiones fue de mi agrado	Si () No ()
2. Desde mi opinión la intervención fue...	Muy buena () Buena () Mala () Muy mala ()
3. Mis expectativas se cumplieron...	Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
4. Las actividades de la intervención	Todas me agradaron () Algunas de ellas me agradaron () La mayoría de ellas no me agradaron () Ninguna me agrado ()
5. Las actividades me fueron útiles	Mucho () Algo () Poco () Nada ()
6. En relación con el tiempo por sesión	Me hubiera gustado que durara más () 45 min por sesión fueron suficientes () Me hubiera gustado que durara menos ()
7. Pienso que el desempeño de los facilitadores fue...	Muy bueno () Bueno () Regular () Malo ()

Describa aquí todas las observaciones que considere pertinentes con respecto al entorno en el cual se da la sesión de intervención (mobiliario, ventilación, iluminación, ruido, etc.), las personas involucradas y alrededor (Comentarios, aceptación, rechazo o indiferencia por la actividad), situaciones que suceden durante la actividad (interrupciones, vigilancia, riesgos) entre otras.

Apéndice O

Manual de la Intervención

(Ver mapeo de la intervención en apéndice T)

MANUAL



ICEM-CP

(INTERVENCION CON ENTREVISTA MOTIVACIONAL
PARA AUMENTAR EL USO DEL CONDON Y LA PRUEBA
DE VIH)

JESUS RAMON ARANDA IBARRA / RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES PHD.

Apéndice P

Intervención para grupo control (CNDH, 2016)

Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/37->

[Migrantes-DH.pdf](#)



Apéndice R

Tríptico Tratamiento Control

LLEGA SANO

El valor de la salud representa el significado del bienestar y la armonía que se tiene cuando cuerpo y mente, espíritu y pensamiento se encuentran totalmente interrelacionados entre sí



Mas información

Tel: 636111930

Correo electrónico:
estudio.migrantes2022@gmail.com

Orientación y quejas:
Comisión Nacional de Derechos Humanos

Teléfono: 800-715-2000



Tus mediciones son:

Edad:
Talla:
Peso:
IMC:
Temp:
Frecuencia Cardíaca:
Frecuencia Respiratoria:
Tensión arterial:
Oxigenación:

Tu salud importa

Proyecto ICEM-CP

Deteccion oportuna

Existen enfermedades silenciosas que no producen síntomas, pero que si no se detectan a tiempo pueden producir mucho daño a largo plazo.

-  Diabetes Mellitus
-  Hipertensión arterial
-  VIH/sida
-  Cáncer
-  Hepatitis
-  Tuberculosis
-  Obesidad

¡cheateate, cuídate AMATE!



SALUD MENTAL

DEPRESION:

- Trastornos del sueño.
- Trastornos del apetito.
- Molestias estomacales o intestinales.
- Dolores de cabeza.
- Dificultad para concentrarse.
- Sentimientos de soledad.
- Cansancio continuo, etc.

ANSIEDAD:

- Preocupaciones y miedos intensos.
- Sensación de peligro, pánico o catástrofe.
- Ataques de pánico.
- Fobias.
- Ansiedad social y evitación de ciertas situaciones que pueden desencadenar malestar.

SI TIENES UNA CRISIS

Linea De La Vida Disponible las 24 Horas los 365

800 911 2000

AUTOCUIDADO en el TRAYECTO

La decisión de dejar tu país no ha sido fácil y tu prioridad es llegar a tu destino para poder cubrir tus necesidades básicas lo antes posible, nos gustaría recordarte que tu Salud es importante en todo este proceso

Sentirte enojado, triste, angustiado, con miedo e incertidumbre es natural y es sano poder darte el tiempo de sentir estas emociones y poder procesarlas de la forma que necesites, te ayudará a tener mas energía y a tomar mejores decisiones para ti en el trayecto, pues te podrás sentir mas tranquilo y tener mayor claridad. Puedes darte un momento para llorar, respirar o sentirte enojado, como parte de tu autocuidado.

VIAJA TRANQUILO, VIAJA SANO

Apéndice S

Resultados prueba piloto

A continuación, se describen los resultados obtenidos en la prueba piloto del Ensayo Controlado Aleatorizado piloto de la ICEM-CP. Se realizó la prueba piloto con el objetivo de evaluar los elementos de la intervención y el plan de implementación.

Prueba piloto

Se llevó a cabo una prueba piloto con una muestra de 10 participantes con características similares a las del estudio principal, abordados en el albergue “Misión evangélica Roca de Salvación” donde atienden personas migrantes de todas las edades. Se evaluaron los elementos de la intervención y el plan de implementación tomando en cuenta: Las consideraciones de reclutamiento del estudio principal, los componentes, las actividades, los materiales didácticos, entendimiento de los instrumentos por parte de los participantes, el tiempo y modo de entrega de la intervención, a ellos solamente se les brindó la intervención experimental. Los datos que se presentan continuación son de los siete migrantes que completaron la intervención.

Datos sociodemográficos

El 71.4% de los participantes pertenecen al género masculino y el 28.6% al femenino. La media de edad de los participantes fue de 30.14 ($DE= 10.88$), el 100% esta fue la primera vez que intentan cruzar a Estados Unidos de América (USA). La tabla 3 muestra que la escolaridad predominante de los participantes fue la preparatoria con el 57.1%. El 42.9% reportó estar casado. El 28.6% refirió proceder del extranjero, específicamente de Guatemala, el resto de los participantes son mexicanos de los cuales el 42.9% del total son de Guerrero. El 57.1% se encuentra en el país de forma regular, de los extranjeros los dos se encuentran de forma irregular. El 71.4% de los participantes lleva menos de un mes desde que salió de su lugar de origen. De los participantes el 100% reportó no haber practicado sexo transaccional, no consumir alcohol ni drogas durante su trayecto y ninguno ha sido diagnosticado con VIH anteriormente. En relación

con las parejas sexuales durante el trayecto el 42.9% reporto no haber tenido ninguna y el 14.3% reporto haber tenido dos parejas sexuales.

Tabla 3

Características sociodemográficas generales del grupo piloto de intervención

Características	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Genero		
Femenino	2	28.6
Masculino	5	71.4
Escolaridad		
Secundaria	3	42.9
Preparatoria	4	57.1
Estado civil		
Soltero	4	57.1
Casado	3	42.9
Procedencia		
Apatzingán	1	14.3
Guatemala	2	28.6
Guerrero	3	42.9
México	1	14.3
Nacionalidad		
Mexicana	5	71.4
Extrajera	2	28.6
Estatus migratorio		
Regular	4	57.1
Irregular	2	28.6
Temporal	1	14.3
Vida en USA		
No	7	100
Parejas sexuales durante el trayecto		
0	3	42.9
1	3	42.9
2	1	14.3
Sexo transaccional		
No	7	100
Consumo de alcohol		
No	7	100
Consumo de drogas		
No	7	100
Diagnóstico de VIH		
No	7	100

Nota: n = 7; USA (Estados Unidos de América)

En relación con las variables de estudio, la tabla 4 se muestra que variables como: el conocimiento sobre el condón y la prueba de VIH; acceso a condones y pruebas de VIH; la autoeficacia para reducir el riesgo; y la comunicación sexual,

presentaron cambios en sus puntuaciones entre las mediciones. Sin embargo, variables como la actitud al riesgo sexual, percepción del riesgo y creencias sexuales machistas, tuvieron un cambio discreto en sus mediciones. También se puede observar que estas variables obtuvieron puntuaciones altas desde el pretest.

Tabla 4

Estadística descriptiva de las variables de estudio en el pretest y test del grupo piloto de intervención.

Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Min	Max
Conocimiento sobre el condón y la prueba de VIH	Pretest	7.71	8.00	4.03	3	15
	Postest	17.28	18.00	1.79	14	19
Condón	Pretest	2.14	2.00	1.57	0	4
	Postest	5.00	5.00	.81	4	6
Prueba de VIH	Pretest	5.57	6.00	4.11	0	12
	Postest	12.29	13.00	1.38	10	14
Actitud al riesgo sexual	Pretest	29.57	34.00	6.42	20	36
	Postest	33.43	34.00	3.25	27	36
Percepción del riesgo sexual	Pretest	43.14	46.00	13.58	15	55
	Postest	46.00	45.00	3.87	41	51
Creencias sexuales machistas	Pretest	32.57	30.00	6.52	28	47
	Postest	33.54	31.00	11.84	22	50
Discriminación migrante	Pretest	26.86	27	3.23	23	30
	Postest	26.71	30.00	4.46	19	30
Acceso a condones y pruebas de VIH	Pretest	35.86	34.00	7.98	23	46
	Postest	39.14	44.00	8.05	26	46
Condón	Pretest	30.14	28.00	8.13	17	40
	Postest	33.57	39.00	8.18	20	40
Prueba de VIH	Pretest	5.71	6.00	.48	5	6
	Postest	5.57	6.00	.78	4	6
Autoeficacia para reducir el riesgo sexual	Pretest	39.71	43.00	9.35	22	48
	Postest	45.14	47.00	4.67	35	48
Condón	Pretest	34.00	36.00	7.72	20	40
	Postest	37.71	40.00	4.85	27	40
Prueba de VIH	Pretest	5.71	6.00	2.21	2	8
	Postest	7.43	8.00	1.13	5	8
Comunicación sexual	Pretest	16.71	18.00	9.03	5	30
	Postest	13.00	13.00	5.47	5	22

Nota: n= 7; Mdn=mediana; DE=Desviación estándar; Min=Mínima; Max=Máxima;

La tabla 5 muestra que la variable resultada “uso del condón”, presentó un incremento entre las puntuaciones del pretest y el postest. Así mismo, se puede observar que las etapas de cambio para el uso del condón y la prueba de VIH también presentaron cambios favorables en sus puntuaciones.

Tabla 5

Estadística descriptiva de las variables resultado en el pretest y test del grupo piloto de intervención

Variable	Medición	Media	Mdn	DE	Min	Max
Uso del condón	Pretest	15.00	17.00	6.65	7	24
	Test	18.29	18.00	2.28	15	21
Etapas de cambio Uso del condón	Pretest	2.43	1.00	1.90	1	5
	Test	4.14	5.00	1.06	3	5
Etapas de cambio Prueba de VIH	Pretest	2.57	2.00	1.51	1	5
	Test	3.43	4.00	1.13	2	5

Nota: n= 7; Mdn= mediana; DE=Desviación estándar; Min=Mínima; Max=Máxima.

Para conocer el comportamiento de la variable resultado “realización de la prueba de VIH”. La tabla 6 muestra la frecuencia calculada con la pregunta del algoritmo ¿Te has realizado pruebas de detección de VIH en los últimos 12 meses? El cual la frecuencia de realización de la prueba de VIH, incremento de un 28.6% hasta un 47.1%.

Tabla 6

Frecuencia de la prueba de VIH en el pretest y postest

¿Te has realizado pruebas de detección de VIH en los últimos 12 meses?			Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Si	Pretest		2	28.6
	Postest		4	57.1
No	Pretest		5	71.4
	Postest		3	42.9

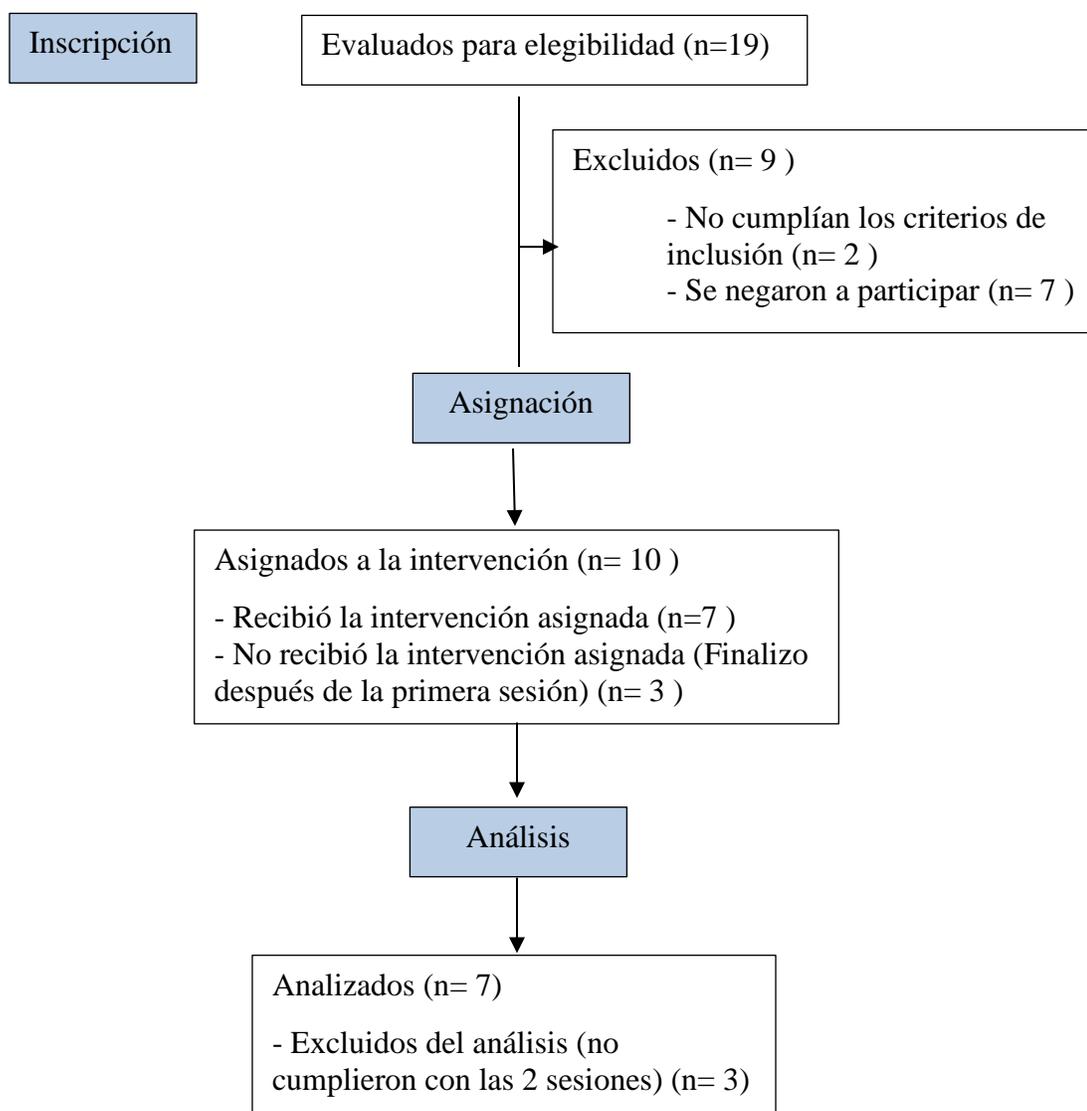
Elementos de la intervención y plan de implementación

Consideraciones de reclutamiento. El reclutamiento se llevó a cabo el 20 de enero del 2023, en el albergue “Misión evangélica Roca de Salvación”. La intervención se llevó a cabo del 21 al 24 de enero del 2023. La figura 10 muestra que se consideraron 19 participantes potenciales que estaban presentes el día del reclutamiento, donde se les explico cuál sería su participación en el estudio. Siete de ellos declinaron su participación y dos fueron excluidos por ser menores de edad, a los que se les explico las razones, sin embargo, se les ofreció realizarse la prueba de VIH y condones para que no se sintieran rechazados. Los 10 sujetos que decidieron participar en el pilotaje se les

indico la fecha, hora y lugar de la primera sesión. El tiempo transcurrido para el primer contacto fue de un día.

Figura 10

Diagrama de flujo CONSORT 2010



Nota. No se realizó aleatorización ni seguimiento para este momento.

Tiempo y modo de entrega. La implementación de las sesiones se llevó a cabo del 21 al 24 de enero de 2023. La primera sesión se realizó el 21 de enero de 2023 de

forma grupal. Se atendieron las recomendaciones descritas en el manual tales como: mantener un grupo pequeño de máximo 10 participantes, se tuvieron claro los objetivos y se mantuvo al grupo enfocado en la consecución de estos, se generó la conversación por la mayoría de los participantes para discutir los componentes propuestos y se mantuvo una dinámica clara y positiva donde los participantes podían sentirse cómodos, libres de juicio y con confianza.

El tiempo de la sesión recomendada en el manual es de 60 minutos, la sesión del día 21 de enero inicio exactamente a las 12:15 y termino a las 13:37 hrs. tardando aproximadamente 82 minutos el abordaje de los componentes y actividades, más los cinco minutos previos y cinco después como lo recomienda el manual para reunirse en la sala y pactar la fecha y hora de la sesión 2.

En cuanto al entorno de la sesión 1 se consideró adecuado, pues permitía la privacidad de los participantes, el aislamiento del resto de los habitantes del albergue era un lugar cómodo, cerrado, iluminado adecuadamente, con lugares para sentarse y trabajar como mesas y sillas.

La sesión 2 se llevó a cabo de manera individual y se programó entre los días 22 al 24 de enero de 2023 de acuerdo con las necesidades expuestas por los participantes al finalizar la sesión 1. Los horarios, así como las fechas fueron indicadas por cada participante. El manual considera 60 minutos para esta sesión, sin embargo, en promedio cada sesión tardo 40 minutos, 32:30 minutos la más corta y 54:35 minutos la más larga. Es importante mencionar que se abordaron todos los componentes propuestos para esta sesión en cada una de ellas.

En relación con el entorno, la segunda sesión se llevó a cabo en un espacio diferente a la primera sesión, debido a que los responsables del albergue ya tenían programadas otras actividades en el espacio anterior. En este sentido, el nuevo espacio se consideró menos apropiado que el anterior, debido a que en el edificio consecuente se encontraban realizando trabajos de construcción que ocasionaban ruidos que se

escuchaban en el lugar donde se llevó a cabo la sesión 2 así como música fuerte que puede representar un distractor para los participantes y el entrevistador.

Los componentes de la intervención. La primera sesión abarcó conocimientos sobre el condón y la prueba de detección de VIH, acceso a condones y pruebas de detección, creencias machistas sexuales del migrante y la discriminación migrante. Se considera adecuado el abordaje de estos componentes en la sesión grupal, ya que los participantes mostraron interés al discutir sus puntos de vista sobre ellos.

En la sesión 2 se abordaron individualmente los componentes: actitudes al riesgo sexual, percepción del riesgo sexual, la comunicación para la protección de la salud sexual del migrante y la autoeficacia para reducir el riesgo sexual en el migrante. Ya que se trata de elementos de índole más personal al abordarse individualmente el participante puede evocar la plática de cambio con más seguridad.

Las actividades de la intervención. Las actividades propuestas para la intervención en ambas sesiones resultaron atractivas para los participantes y de utilidad para el logro de objetivos. En la primera sesión se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Bienvenida y presentación (5 min). Curso de manera correcta, se llevó a cabo la presentación tanto de los participantes como del entrevistador, se realizó un entrelace adecuado y se presentaron los objetivos de la sesión.
- Entendiendo la conducta sexual de riesgo (6 min). Esta es la primera actividad para abordar los componentes de la intervención propiamente. Los participantes hablaron sobre lo que comprendían por conducta sexual de riesgo, con ayuda de material didáctico se les entregó información al respecto y posteriormente discutieron como comprendían la información recibida.
- El VIH, una consecuencia (6 min). La segunda actividad se trató sobre la comprensión del VIH, los participantes expusieron su conocimiento sobre el

VIH, posteriormente el entrevistador les brindo información para aclarar algunos puntos y después socializaron la nueva información en el grupo y compartieron experiencias.

- Prevención del VIH (uso del condón y prueba de VIH) (10 min). La actividad sobre el uso del condón y la prueba de VIH, fue una actividad que fue más allá de la conversación, pues se realizó la práctica de la colocación correcta del condón, que se extendió por más de 10 minutos. Esta actividad es la que ocasiono que la sesión tardara más de lo estipulado en el manual. Posiblemente se debe a que se contaba solamente con un simulador de pene para la actividad, se cree que si se utiliza un simulador para cada participante el tiempo se acorta y se ajusta a lo propuesto en el manual de la intervención.
- Consiguiendo condones y pruebas de VIH (6 min). Para esta actividad los participantes comentaron algunas experiencias sobre como conseguían condones y sobre donde se han realizado pruebas de VIH. posteriormente el entrevistador les brindo información sobre donde tener acceso a ellos de forma gratuita, inmediatamente después los participantes comentaron como recibieron la información.
- Roles sexuales del hombre y la mujer (6 min). Con respecto a esta actividad hubo poca respuesta y/o participación entre los comentarios, se brinda información al respecto y al explorar su opinión posterior a la información entregada, el grupo siguió apático con este tema.
- El trato que recibo (6 min). En primera instancia para esta actividad los participantes comentaron algunas experiencias no propias sobre eventos de discriminación que sufrieron otras personas, posteriormente se les entrego información sobre qué hacer en caso de recibir un trato indigno y/o discriminación, después de recibir la información se mostraron más

participativos y ejemplificaron otras situaciones que consideraron importante reportar.

- Recapitulación y cierre (5 min). Para la recapitulación y cierre el grupo estuvo muy participativo y comenzó a indagar sobre otros elementos que no se tomaron en cuenta para esta actividad como el PrEP (Profilaxis Pre-exposición) Y PEP (Profilaxis post-exposición). Probablemente este punto también influyo en que la sesión tardara más tiempo de lo recomendado en el manual de la intervención.

En la segunda sesión se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Bienvenida (5 min). Se reunieron el entrevistador y el/los participantes de forma individual y se da la bienvenida a la segunda sesión. ahí mismo se le brinda un recordatorio de lo que se vio en la sesión anterior y se expusieron los objetivos para la segunda sesión. También se presentó al participante un dispositivo que estará utilizando en la sesión, llamado motivanometro donde el participante indica el nivel de motivación que tiene para el uso del condón y la prueba de VIH.
- Evocación de la plática de cambio (32 min). Aquí se llevó a cabo una conversación con la técnica Explorar-Ofrecer-Explorar, donde se abordan las actividades mencionadas a continuación:
 - Repaso de los temas: Exploración
 - Actitudes al uso del condón y la prueba de VIH (8 min)
 - ¿Estoy en riesgo de VIH? (8 min)
 - Comunicación y salud sexual (8 min)
 - Capacidad para usar condón y realizarse la prueba (8 min)

La utilización de las láminas informativas es de mucha ayuda, se recomienda que se impriman en un material rígido o se enmiquen.

- Establecimiento del plan (5 min). Esta actividad se llevó a cabo en la parte final de la sesión de acuerdo con lo establecido en el manual de la intervención.
- Cierre (3 min). Se agradeció al participante por su participación no sin antes explorar si había alguna duda. Así mismo se le invitó a realizarse la prueba rápida de VIH.
- Se utiliza el motivanometro para que el participante indique el nivel de motivación que tiene.

Materiales didácticos. Los materiales didácticos fueron adecuados como apoyo en las actividades propuestas. Se recomienda que se realice una reimpresión en las infografías de tamaño rotafolio, para que no queden espacios en blanco de la hoja en los bordes. Las fichas que guían la EM de acuerdo con la etapa de cambio del participante deberán reorganizarse para que permita una rápida identificación del elemento que se debe abordar sin dejar de prestar atención en la plática con el participante. La recomendación por el manual sobre el motivanometro es que se utilice para que el participante durante la sesión lo manipule para hacer saber que tan motivado se va sintiendo. Sin embargo, esto representa un distractor para el participante y para el entrevistador, por lo que se recomienda que se utilice al inicio de la sesión para que indique su grado de motivación y al final de la sesión para que indique si hubo modificaciones en su motivación, se propone agregar un registro sobre el uso del motivanometro.

Plan de retención. Para lograr la retención de los participantes se realizaron dos actividades: la primera es que los participantes establecieron la fecha y hora de la segunda sesión de acuerdo con sus necesidades. Y la segunda es que se les entregó la cantidad de 200 pesos a los participantes que concluyeron las dos sesiones.

Instrumentos de medición. La aplicación de los instrumentos fue adecuada. Los participantes reportaron claridad en las instrucciones, ítems y llenado de los

cuestionarios en formato a lápiz y papel. El tiempo del llenado de los instrumentos fue prolongado, en promedio tardaron 47.7 min. El más rápido en responder tardó 32 min y el más lento 63 minutos. El algoritmo para las etapas de cambio del uso del condón y la prueba de VIH lo respondieron con ayuda del investigador principal. Llama la atención que la mayoría de los participantes tenía duda sobre el significado de la palabra promiscua que aparece en el ítem 9 del cuestionario “Escala de doble moral (DSS: Double standard scale) Traducida y validada por Sierra et al. (2007)”.

Seguimiento. El seguimiento no se ha llevado a cabo, pero se plantea la utilización de alguna aplicación móvil como Question Pro para la aplicación de los instrumentos en el mes de seguimiento. Ya que durante las sesiones quedó de manifiesto que es común el uso de dispositivos Android y/o iOS entre los migrantes. Por ejemplo, actualmente están llevando a cabo su trámite de acogida y/o refugio a través de una aplicación móvil.

Tabla 7

Síntesis de recomendaciones

Elementos de la intervención	Actividad	Original	Cambio	Recomendación
Tiempo y modo de entrega	Sesión 1 (grupal)	La sesión está programada para llevarse a cabo en 60 min.	Considerar hasta 70 minutos para la sesión.	La actividad que incluye la colocación correcta del condón está contemplada para 10 minutos resulto ser poco tiempo para la práctica y retroalimentación de cada participante.
	Sesión 2 (Sesión individual)	La sesión está programada para 60 minutos.	La programación de la sesión se realiza al finalizar la sesión 1 de acuerdo con los tiempos y disponibilidad del participante.	Al programar la sesión 2 se debe considerar las actividades posteriores como la realización de la prueba y el llenado del test. Por lo que se recomienda programar las sesiones de los participantes con un tiempo de 2 horas entre cada una.

Continúa.

Síntesis de recomendaciones (continuación)

Actividades de la intervención	Prevención del VIH (uso del condón y prueba de VIH) (10 min)	En esta actividad que se lleva a cabo en la sesión grupal se realiza la práctica de	No hay cambios	El tiempo programado es poco tiempo por lo que se recomienda utilizar 10 simuladores de pene para que los participantes realicen la actividad al mismo tiempo y se pueda optimizar el tiempo.
--------------------------------	--	---	----------------	---

		colocación correcta del condón, utilizando un simulador de pene. Está diseñada con		
	Infografías tamaño rotafolio	información adecuada, para cada variable. En tamaño rotafolio impreso. Están	Reorganizar la información de las infografías.	Se recomienda reorganizar la información para que la información contenida abarque cada uno de los ítems de las escalas de medición.
	Laminas tamaño carta	diseñadas con información adecuada para cada variable. En tamaño carta	Reorganizar la información de las láminas.	Se recomienda reorganizar la información para que la información contenida abarque cada uno de los ítems de las escalas de medición.
Materiales didácticos	Fichas que guían la segunda sesión de la intervención	Se trata de fichas en tamaño carta que guían la EM de acuerdo con la etapa de cambio. La	El tamaño	Se sugiere la reorganización de una manera más práctica que permita modificar el tamaño de las fichas para que brinde una rápida identificación del elemento que se debe abordar sin dejar de prestar atención en la plática con el participante.
	Motivanometro	recomendación por el manual sobre el motivanometro es que se utilice para que el participante durante la sesión lo manipule para hacer saber que tan motivado se siente.	Que se utilice solo al inicio y al final de la sesión	Representa un distractor para el participante y para el entrevistador, por lo que se recomienda que se utilice al inicio de la sesión para que indique su grado de motivación y al final de la sesión para que indique si hubo modificaciones en su motivación, se propone agregar un registro sobre el uso del motivanometro
Plan de retención		El grupo estuvo conformado inicialmente por 10 participantes 5 hombres y 5 mujeres, de los cuales finalizaron su participación después de la primera sesión 3 mujeres. Los motivos reportados fueron: 1.- Tener otras actividades (mismas que el resto de los participantes). 2.- No sabía que se trataba de sexualidad. 3.- No dio explicación		

Continúa.

Síntesis de recomendaciones (continuación)

Instrumentos de medición	Algoritmo para las etapas de cambio del uso del condón y la prueba de VIH	Se incluye en las pruebas de auto aplicación	Sea aplicado por el investigador	Es necesario que el algoritmo se aplique por el investigador, posiblemente al momento de realizar el registro de la cedula de inscripción, contemplar la aplicación del algoritmo y registrar el resultado.
--------------------------	---	--	----------------------------------	---

Seguimiento	<p>“Escala de doble moral (DSS: Double standard scale) Traducida y validada por Sierra et al. (2007)”.</p> <p>El seguimiento no se ha llevado a cabo</p>	<p>Ítem 9: Es peor que una mujer sea promiscua, a que lo sea un hombre...</p> <p>Se verificarán los datos de contacto proporcionados por el participante, recordándole que se le buscare para pactar la fecha, hora y lugar para la aplicación de los instrumentos, aclarando que será hasta entonces cuando finalice su participación en el estudio.</p>	<p>Ítem 9: Es peor que una mujer tenga múltiples parejas sexuales a que las tenga un hombre</p> <p>Utilización de alguna aplicación móvil como Question Pro para la aplicación de los instrumentos en el mes de seguimiento.</p>	<p>La mayoría de los participantes preguntaba el significado de promiscua por lo que se recomienda cambiar el ítem.</p> <p>Durante las sesiones quedo de manifiesto que es común el uso de dispositivos Android y/o iOS entre los migrantes. Por ejemplo, actualmente están llevando a cabo su trámite de acogida y/o refugio a través de una aplicación móvil. Creación de una página red social Facebook de la intervención para agregar a los participantes y a través de ese medio y/o un correo contactarlos para enviar el cuestionario online.</p>
-------------	--	---	--	---



Apéndice T



Consentimiento informado para la intervención

Título del proyecto: “*Ensayo controlado aleatorizado piloto de factibilidad de una intervención con EM para reducir el riesgo sexual en migrantes*”

Autores/Estudiantes: ME. Jesus Ramon Aranda Ibarra

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

Introducción:

El VIH es un problema de salud pública mundial que tiene consecuencias en la salud de las personas que lo adquieren, las personas que migran viven situaciones que aumentan el riesgo de adquirirlas. Por este motivo, el estudio “Ensayo controlado aleatorizado piloto de factibilidad de una intervención con EM para reducir el riesgo sexual en migrantes” se está realizando en los albergues y/o casas del migrante, en personas mayores de edad para conocer cómo funciona la consejería que se da por parte del personal de la salud.

Descripción:

Usted ha sido invitado a participar en el estudio, si usted decide participar es importante que considere la siguiente información:

Su participación consiste en:

1. Contestar de forma anónima una serie de formatos que incluyen: cedula de datos sociodemográficos, diferentes cuestionarios para conocer su opinión sobre diferentes aspectos que impactan en la conducta sexual.
2. Toda la información que proporcione al responder los formatos será de forma completamente anónima y confidencial.
3. El tiempo estimado para responder los cuestionarios es de 30 minutos.
4. Deberá participar en dos sesiones de 60 minutos cada una. La primera sesión se realizará grupal en plenaria en el albergue, y la segunda sesión será individual, usted establecerá el día y la hora para la segunda sesión.
5. Responderá los mismos cuestionarios una vez que termine su participación en la segunda sesión.
6. Al finalizar la segunda sesión se le invitará a realizarse la prueba rápida de detección del VIH, para lo cual es completamente libre de decidir si acepta o no, sin tener ninguna repercusión por su decisión.
7. De aceptar realizarse la prueba rápida del VIH al finalizar la segunda sesión, tome en cuenta que para poderla realizar se le pinchara un dedo para extraer dos gotas de sangre (aproximadamente 50 μ l) y poder llevar a cabo el análisis, esto puede generar un malestar mínimo en el sitio de punción. Al aceptar realizarse la prueba, recibirá una orientación previa para la explicación del procedimiento y los posibles resultados.

8. Proporcionará sus datos de contacto para localizarlo un mes después de su participación en la segunda sesión para brindarle seguimiento.
9. Los cuestionarios se resguardarán por el investigador principal durante un año, posteriormente serán destruidos.
10. Usted tiene la libertad de retirarse del estudio cuando en el momento en el que lo desee sin ninguna repercusión.
11. Usted recibirá una compensación económica al concluir con el estudio.

Riesgos o molestias:

Los riesgos potenciales al participar en este estudio son mínimos, si en algún momento se siente incómodo con algún tema o situación durante las sesiones y/o al responder a los cuestionarios, puede suspender su participación sin que tenga alguna repercusión en su permanencia en el albergue y/o casa del migrante, así mismo puede ser atendido inmediatamente por el auxiliar de la investigación que será presentado antes de iniciar con su participación. En caso de que surja alguna situación que requiera de una atención psicológica especializada, el investigador principal gestionará su atención en un servicio de salud correspondiente.

Beneficios esperados:

No existe ningún beneficio personal por su participación en este estudio, usted contribuirá para conocer la pertinencia de llevar a cabo programas para beneficiar a otros migrantes atendidas en los albergues y/o casas del migrante.

Compromisos del investigador: Cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación en el estudio será aclarada en el momento.

Consentimiento:

Yo acepto voluntariamente, participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. He leído la información anterior en donde se me explica sobre el estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Firma Participante _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma Testigo 1: _____

Dirección: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma Testigo 2: _____

Dirección: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

_____ Fecha ____ / ____ / ____

Dudas: Tel: 6361111930 **Comité de Ética:** Tel:8183481847

Correo electrónico: estudio.migrantes2022@gmail.com

Orientación y quejas: Comisión Nacional de Derechos Humanos; Teléfono: 800-715-2000; Correo: programavih@cndh.org.mx

Apéndice U

Procedimiento para la realización de la prueba rápida de VIH

A continuación, se describen los pasos a seguir para realizar una prueba de detección del VIH según la guía para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana (CENSIDA, 2018).

Paso 1. Dirigirse con amabilidad, respeto, sensibilidad y discreción al participante, de ser necesario recuérdese su nombre y reafirmé el nombre de él.

Paso 2. Aclare al participante que los datos que proporcione son completamente confidenciales, que no está obligado a realizarse la prueba si no lo desea.

Paso 3. Brinde consejería y despeje las dudas que el participante tenga.

Paso 4. Firma del consentimiento informado para la prueba rápida de VIH (Apéndice X).

Paso 5. Coloque sobre una superficie plana y limpia los aditamentos necesarios incluidos en el KIT de la prueba de VIH (dispositivo de prueba, pipeta para toma de muestra, buffer, banda adhesiva, toalla sanitizante o torunda humedecida con alcohol y lanceta). Utilice guantes de látex y cubrebocas para su protección.

Paso 6. Coloque el dispositivo de la prueba en la superficie con las ventanas hacia arriba.

Paso 7. Limpie el área a puncionar con la toalla sanitizante o torunda humedecida con alcohol.

Paso 8. Retire el capuchón estéril de la lanceta y puncione el dedo presionando el disparador, la lanceta deberá separarla y envasarla en un recipiente rígido de color rojo.

Paso 9. Presione el pulpejo del dedo y con una torunda seca limpie la primera gota de sangre.

Paso 10. Siga presionando el pulpejo del dedo y con la pipeta recoja la muestra de sangre capilar (50 µl) Aproximadamente dos gotas de sangre.

Paso 11. Deposite la muestra recolectada en la ventana que corresponde y coloque la sustancia buffer (de acuerdo con las instrucciones contenidas en la prueba, comúnmente 80 μ l).

Paso 12. Coloque la banda adhesiva al participante en el sitio de punción.

Paso 13. Etiquete el dispositivo de la prueba con los datos de identificación del participante, evite colocar el nombre completo.

Paso 14. Anote el tiempo en que se dará lectura al resultado (10-20 min después de la toma de acuerdo con las instrucciones contenidas en la prueba).

Paso 15. Al pasar el tiempo correspondiente, se procederá a dar lectura a la misma considerando lo siguiente:

Se pueden dar tres resultados diferentes de la prueba:

- Prueba inválida o indeterminada: se presenta debido a alguna falla del reactivo o de la técnica para la toma y aplicación de la prueba, por lo que el resultado se invalida y se realiza una nueva toma.
- Prueba no reactiva: significa que la prueba no detectó anticuerpos o en su caso, anticuerpos y antígenos contra el VIH en la muestra, indicando que el participante no es portador del VIH, sin embargo, si el contacto sexual de riesgo fue hace menos de tres meses, existe la posibilidad de que se encuentre en periodo de ventana, por lo que deberá realizarse la prueba nuevamente al término de los tres meses. Se reporta como negativo.
- Prueba reactiva: significa que la prueba detectó anticuerpos o bien, anticuerpos y antígenos contra el VIH, lo que sugiere la posibilidad de infección por el VIH, por lo que deberá continuar con el protocolo para su confirmación. En ese momento se realiza una segunda prueba, y posteriormente refiéralo a los servicios de salud correspondientes para continuar con el proceso.

Paso 16. Registre el resultado en el consentimiento informado para la prueba rápida del VIH.

Paso 17. Entregue el resultado al participante en un lugar que permita la privacidad y confidencialidad (Utilice el formato de secretaria de salud sobre el resultado de pruebas rápidas de VIH, debidamente llenado y firmado) (Apéndice Y).

Paso 18. Independientemente del resultado, brinde la asesoría y/o consejería personalizada de calidad asegurando el seguimiento del participante, ya sea la vinculación a servicios de salud y/o la promoción de la salud sexual. Si el resultado es reactivo, debe vincular al participante al Centro de atención para la prevención y atención del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (CAPASITS). Explique al participante y entregue croquis y horarios para que acuda al CAPASITS, de ser necesario acompañelo para asegurar la atención (Apéndice Z).

Paso 19. Realice el llenado de los formatos “Registro de pruebas realizadas y laboratorios presentados de VIH y Sífilis” (Apéndice AA) y “Entrega de resultados de pruebas rápidas del VIH y sífilis, foato para compartir en el programa” (Apéndice BB) debidamente y entréguelos en Jurisdicción II Tijuana, de la Secretaría de salud.

Atención: En caso de que el investigador que realiza la prueba de VIH al participante, por algún motivo se expone al contacto con la sangre, deberá informar inmediatamente al responsable del programa de VIH en Secretaria de Salud a nivel jurisdiccional para que se de seguimiento. Cuando esto suceda el investigador deber redactar un reporte de lo sucedido y anexarlo en el consentimiento informado previamente firmado.

Apéndice V

Formato de evaluación de aceptabilidad de la intervención

(Domínguez & Chávez, 2019)

Indicaciones. Marque su respuesta de acuerdo con su experiencia en las sesiones.

Pregunta	Respuestas
1. Participar en las sesiones fue de mi agrado	Si () No ()
2. Desde mi opinión la intervención fue...	Muy buena () Buena () Mala () Muy mala ()
3. Mis expectativas se cumplieron...	Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
4. Las actividades de la intervención	Todas me agradaron () Algunas de ellas me agradaron () La mayoría de ellas no me agradaron () Ninguna me agrado ()
5. Las actividades me fueron útiles	Mucho () Algo () Poco () Nada ()
6. En relación con el tiempo por sesión	Me hubiera gustado que durara más () 45 min por sesión fueron suficientes () Me hubiera gustado que durara menos ()
7. Pienso que el desempeño de los facilitadores fue...	Muy bueno () Bueno () Regular () Malo ()

Describa aquí todas las observaciones que considere pertinentes con respecto al entorno en el cual se da la sesión de intervención (mobiliario, ventilación, iluminación, ruido, etc.), las personas involucradas y alrededor (Comentarios, aceptación, rechazo o indiferencia por la actividad), situaciones que suceden durante la actividad (interrupciones, vigilancia, riesgos) entre otras.

Apéndice W
AMIGOS (Escala para evaluar fidelidad de EM en grupos).

Wagner & Ingersoll (2017)

Instrucciones: complete los espacios en blanco y encierre en un círculo los elementos apropiados; déjelo en blanco si no lo sabe.

Número de Líderes: F _____ M _____

Número de participantes: F _____ M _____

Edad de los participantes (estimada): 18-25 _____ 26-40 _____ 41-60 _____ 60+ _____

Tipo de grupo: Externo Interno Residencial Otro _____

Objetivo: Cambio de comportamiento/problema Compromiso de tratamiento otro _____

Formato: Soporte Psico educacional Psicoterapéutico Otro _____

Estructura: No estructurado Semiestructurado Estructurado

Composición: Enfoque homogéneo Enfoque heterogéneo

Número de sesiones: Única sesión Breve (2-4) Tiempo limitado (5-12) largo (>12)

Duración de la sesión (En minutos): _____

Admisión: Abierto Cerrado Escalonado Otro _____

Enfoque de tiempo: Pasado Presente Futuro cercano Futuro lejano

Estrategias de Grupo de Entrevista Motivacional
(Blanco=Sin enfoque, 1= Enfoque pasajero, 2= Enfoque)

Atracción del grupo		Exploración de perspectivas		Ampliación de perspectivas		Pasando a la acción	
Pregrupo		Obtención de objetivos		Valores		Planificación del cambio	
Orientación		Estilos de vida/hábitos		Evaluación		Compromiso	
Pautas		Día típico		Imaginación		Iniciación	
Estructura		Ambivalencia		Éxitos pasados		Progreso	
Conexión		Mirando hacia atrás		Fortalezas		Desafíos	
		Modelo heurístico		Importancia		Terminación/hacia el futuro	
		Obtención de objetivos		Confianza			

CODIGOS GLOBALES DE LA SESION (Ver claves de codificación en las siguientes paginas)

Procesos de grupo					
Involucrar al participante	1	2	3	4	5
Vinculación con las metas	1	2	3	4	5
Apertura	1	2	3	4	5
Ambiente	1	2	3	4	5
Cohesión	1	2	3	4	5
Altruismo	1	2	3	4	5

Estilo centrado en el cliente					
Encuadre	1	2	3	4	5
Empatía	1	2	3	4	5
Autonomía	1	2	3	4	5
Profundización	1	2	3	4	5
Ampliación	1	2	3	4	5
Enfoque hacia delante	1	2	3	4	5
Mi cambio de enfoque					
Estrechamiento	1	2	3	4	5
Impulso	1	2	3	4	5
Evocando	1	2	3	4	5
Fortalezas	1	2	3	4	5
Progreso	1	2	3	4	5
Esperanza	1	2	3	4	5
Otras evaluaciones					
Tiempo de sala del líder: <i>¿Aproximadamente qué porcentaje del tiempo habla el líder?</i>	1 81-100% de la sesión	2 61-80 % de la sesión	3 41-60% de la sesión	4 21-40% de la sesión	5 0-20% de la sesión
Enfoque en la tarea	1	2	3	4	5
Intercambio de información	A	B	C	D	E
Transparencia	A	B	C	D	E

INSTRUCCIONES PARA CODIFICADORES

- Registre clasificaciones globales que brinden la mejor descripción general de lo que observó en el video o el audio grabación
- En general, considere comenzar con una calificación de 3 como valor predeterminado y ajuste desde allí. Si hay un momento pico durante una sesión que justificaría una calificación de 5, pero la mayor parte de la sesión se caracteriza mejor por otra calificación, asigne la calificación que sea más característica de la sesión en general, no el momento pico (o peor).
- Algunos de los ítems se refieren a los miembros del grupo en general. Una vez más, intente asignar el código que sea más característico en general; por ejemplo, uno o dos miembros pueden brindar un gran apoyo o ser abiertos, mientras que la mayoría de los otros miembros tienen reacciones mixtas entre sí o solo son parcialmente reveladores. En este caso, una calificación de 3 en clima y apertura es más apropiada que un 5.
- Finalmente, asigne calificaciones solo a lo que observe, no a los comentarios de los miembros sobre cosas que sucedieron durante otras partes de la vida del grupo que no están en la grabación. Por ejemplo, si los miembros informan que ha habido un conflicto en una parte anterior del grupo, pero lo discuten abiertamente de una manera genuina y amistosa, las calificaciones de 5 en clima y apertura pueden ser más apropiadas que deducir que durante otros períodos del grupo., ha habido conflicto y retención, y estimando un 3 en clima y apertura basado en el contenido de los comentarios durante el período registrado.

Descripciones	
Años	Estimar el número de miembros en cada grupo de edad
Objetivo	Seleccione "cambiar" si el enfoque está en el cambio de comportamiento o la resolución de algún problema; compromiso de tratamiento si claramente preparatorio para un tratamiento más intensivo; "otro" si es otro o si se desconoce
Formato	Los grupos de apoyo generalmente se relacionan con un ajuste de vida; Los grupos psicoeducativos se centran en personalizar y el procesamiento de información sobre una condición de salud mental diagnosticada u otro problema puede incluir el desarrollo de habilidades; Los grupos psicoterapéuticos implican procesar con mayor profundidad las experiencias y perspectivas de los miembros.
Estructura	Los grupos no estructurados no tienen una agenda específica de sesión ni un enfoque temático; Los grupos semiestructurados han identificado enfoque; Los grupos estructurados han identificado enfoques y temas/ejercicios específicos, con una gestión cuidadosa del tiempo, a veces de forma manual.
Composición	Los grupos homogéneos tienen miembros con áreas problemáticas similares (p. ej., adicción, criminalidad, TEPT) u otra similitud identificable entre todos los miembros (género, antecedentes culturales, edad limitada); Los grupos heterogéneos tienen una variedad de antecedentes de clientes, problemas, etc.
Entrevista Pre-grupo	¿Los miembros se reunieron por primera vez individualmente o en pequeños grupos para la orientación grupal o la evaluación?
Admisión	Los grupos abiertos atienden a diferentes clientes en cada sesión; Los grupos cerrados tienen los mismos clientes durante la duración del grupo; La admisión escalonada admite nuevos clientes cada X número de sesiones o periodo de tiempo, o siempre que haya vacantes hasta un número máximo. Si alguna otra política, por favor especifique.
Enfoque de tiempo	Pasado = Antes del episodio actual o antes de la derivación actual si es un problema crónico; Presente = De referencia/tratamiento iniciación a la sesión actual; Futuro cercano = Centrarse en los próximos días/semanas, a menudo relacionado con el intento de cambio actual o el episodio de tratamiento actual; Futuro Lejano = Más allá del intento de cambio activo actual, a menudo relacionado con el mantenimiento a largo plazo del cambio o metas/visiones futuras.
Otro	Enumere brevemente cualquier otra estrategia compatible con MI utilizada, así como cualquier estrategia utilizada que no sea específicamente MIS estrategias relacionadas, ya sean antitéticas a MI o simplemente de una tradición diferente.

Estrategias de grupo	
Pre-grupo	Marque si se hace referencia a alguna discusión previa al grupo antes del inicio de la sesión.
Orientación	El líder proporciona una orientación sobre la naturaleza del grupo, como el espíritu de EM, el enfoque de la discusión y/o la justificación; puede incluir diferenciar el grupo de la fuente de referencia u otros tipos de grupos.
Pautas	Discusión de reglas de interacción, pautas de grupo, confidencialidad, etc.; suscitado preferentemente.
Estructura	El líder describe el enfoque de la sesión o las tareas de la sesión, la agenda
Conexión	Desarrollar conexiones positivas entre los miembros del grupo, como discutir un interés, un pasatiempo o pasión
Obtención de objetivos	Explorar las metas personales de los miembros para el grupo, distinguidas de las metas de la agencia o de referencia
Estilos de vida/hábitos	Discutir hábitos, comportamientos, pasatiempos, etc. diarios o regulares.
Día típico	Revisar un día típico en busca de patrones que pueden o no estar directamente relacionados con el enfoque del problema
Ambivalencia	Hablar de ambivalencia, cosas buenas/cosas menos buenas, etc.
Mirando hacia atrás	Discutir cómo el pasado fue diferente o mejor que el presente, o cómo el pasado condujo al presente
Modelo heurístico	Introducir cualquier modelo/marco para considerar problemas o patrones (p. ej., etapas de cambio, adaptación a la enfermedad crónica, listo-dispuesto-capaz)
Valores	Obtener y discutir valores/ideales/preferencias personales, aunque la palabra “valores” puede no ser incluido.
Evaluación	Revisar la retroalimentación de la evaluación individual, discutir las reacciones
Imaginación	Teniendo en cuenta los futuros posibles, ya sea que solo se discuta el futuro deseado o se propongan múltiples caminos posibles. consideró; puede incluir consultar extremos (mejores/peores resultados)
Éxitos pasados	Discutir éxitos pasados al hacer cambios o experiencias exitosas anteriores
Fortalezas	Discutir las fortalezas de las clientes utilizadas en el pasado o que pueden influir en la situación actual
Importancia	Discutir la importancia de hacer un cambio, ya sea hipotético, general o específico, con o sin escalada
Confianza	Discutir la confianza para hacer un cambio, ya sea hipotético, general o específico, con o sin escalada
Planificación del cambio	Explorar objetivos de cambio, razones, planes, apoyos, medidas de éxito, planes alternativos para contratiempos, etc.; puede ser hipotético; puede incluir revisión de importancia/confianza

Compromiso	Obtener el compromiso verbal explícito de los miembros con una meta o dirección específica
Iniciación	Centrarse en los "primeros pasos" o el trabajo preparatorio destinado a conducir a un intento de cambio
Progreso	Exploración del progreso hasta la fecha, objetivos alcanzados o abordados, cambios en los planes
Desafíos	Discutir obstáculos esperados/inesperados, desafíos o contratiempos encontrados durante los intentos de cambio
Terminación/hacia el futuro	Revisión final de las metas y el progreso del grupo, los miembros se despiden unos de otros o planifican el futuro después del final del grupo; incluye un enfoque en la terminación cuando uno o un subconjunto de miembros se va.

PARTICIPACION DEL GRUPO

Involucrar al participante

1	2	3	4	5
El líder pone poco esfuerzo en involucrar a los miembros del grupo en los procesos y el diálogo del grupo.	El líder involucra a algunos miembros con regularidad, o a varios miembros por períodos breves, pero el grupo permanece en su mayoría sin involucrarse	El líder involucra con éxito a varios miembros en la discusión grupal, con algunos miembros notablemente callados y/o no involucrados	El líder generalmente mantiene a la mayoría de los miembros identificados involucrados en el proceso del grupo, con la participación regular de la mayoría de los miembros	El líder mantiene constantemente a todos o casi todos los miembros involucrados en el proceso del grupo, incluso cuando no hablan

Vinculación con las metas

1	2	3	4	5
El líder vincula las metas, los temas o los procesos de cambio de los miembros	El líder ocasionalmente vincula las metas, temas o procesos de cambio de los miembros	El líder vincula las metas, los temas o los procesos de cambio de algunos miembros	El líder a menudo vincula las metas, los temas o los procesos de cambio de los miembros, lo que facilita las conexiones entre los miembros.	El líder vincula de forma coherente las experiencias, intereses y objetivos de los miembros, temas o procesos de cambio

Apertura

1	2	3	4	5
Los miembros parecen muy cautelosos; evita o se resiste activamente a compartir la perspectiva y los sentimientos	Los miembros parecen bastante cautelosos; compartir perspectivas superficiales y sentimientos a pedido directo	Los miembros parecen neutrales; dispuestos a compartir si las condiciones son adecuadas, pero no inician regularmente el intercambio más allá del nivel superficial	Los miembros comparten activamente sus perspectivas y sentimientos en gran medida	Los miembros comparten profundamente; dispuesto a compartir incluso opiniones impopulares o vulnerabilidades que no se revelan regularmente

Ambiente

1	2	3	4	5
Los miembros son regularmente o muy críticos entre sí, descartando las opiniones de los demás y desafiando las perspectivas.	Los miembros están poco involucrados entre sí, generalmente no brindan apoyo	Hay un equilibrio uniforme de comentarios de apoyo y afirmación con comentarios críticos o despectivos.	Los miembros se apoyan bastante y se reafirman unos a otros, con límites	Los miembros se apoyan mucho y se afirman unos a otros, independientemente de las perspectivas compartidas.

Cohesión

1	2	3	4	5
Los miembros parecen ser una colección de individuos aislados, sin sentido de unión o solidaridad.	Los miembros parecen tener conexiones ocasionales entre sí y una sensación ocasional de estar "en esto" juntos	Los miembros parecen tener un sentido moderado y continuo de interconectividad y momentos de vinculación significativa	Los miembros parecen razonablemente cercanos y conectados, con la sensación de ser parte de un grupo, y que los lazos entre ellos son valiosos	Los miembros parecen tener lazos fuertes y profundos entre sí, un fuerte sentido de solidaridad y pertenencia.

Altruismo

1	2	3	4	5
Los miembros actúan	Los miembros actúan	Aunque no ignoran sus propios	Aunque no ignoran sus propios	Sin ignorar sus propios problemas o progreso, los

consistentemente en su propio interés e intentan llevar al grupo de regreso a sus propios intereses	principalmente en su propio interés y rara vez dejan de lado sus preocupaciones individuales para ayudar a los demás.	problemas o progresos, los miembros ocasionalmente se enfocan en ayudar a otros en el grupo.	problemas o progreso, los miembros a menudo se enfocan en ayudar a otros en el grupo	miembros se enfocan constantemente en ayudar a otros en el grupo.
---	---	--	--	---

ESTILO CENTRADO EN EL CLIENTE

Encuadre

1	2	3	4	5
El líder guía al grupo para discutir temas casi enteramente desde dentro de un marco o perspectiva profesional	El líder discute principalmente temas de dentro de un marco profesional; las perspectivas de los miembros a veces se consideran	Existe un equilibrio uniforme entre considerar los problemas a través del marco profesional y considerarlos a través de las perspectivas de los miembros.	El líder principalmente guía al grupo para discutir temas desde las perspectivas de los miembros.	El líder guía al grupo para debatir los temas desde las perspectivas de los miembros

Empatía

1	2	3	4	5
El líder hace poco esfuerzo por comprender las perspectivas de los miembros	El líder se esfuerza por comprender a los miembros, pero no logra comprender las perspectivas de varios miembros.	El líder muestra comprensión de las perspectivas de muchos miembros, en su mayoría limitadas a lo que los miembros han comunicado explícitamente	El líder muestra comprensión de las perspectivas de la mayoría de los miembros, incluyendo algunas de las que los miembros no han comunicado explícitamente.	El líder muestra un profundo comprensión de casi todas las perspectivas, incluyendo mucho de lo que miembros no han comunicado explícitamente

Autonomía

1	2	3	4	5
El líder constantemente socava la autonomía de los miembros,	El líder ocasionalmente socava la autonomía de los miembros, generalmente	El líder no fomenta ni desalienta activamente la autonomía; aceptando	El líder apoya principalmente la autonomía de los miembros, a veces	El líder apoya constantemente la autonomía de los miembros fomentando la expresión de

comunicando que hay una forma correcta de pensar o cambiar	comunicando que hay una forma preferida de pensar o cambiar	generalmente las diferencias; ocasionalmente cuestionar una perspectiva particular	fomentando la expresión de valores, percepciones, metas o elecciones personales.	valores personales, percepciones, metas o elecciones.
--	---	--	--	---

Profundización

1	2	3	4	5
El líder no profundiza la Discusión explorando los sentimientos, valores, identidad o perspectivas subyacentes de los miembros.	El líder rara vez profundiza la discusión y pierde muchas oportunidades para hacerlo	El líder a veces profundiza la discusión, mientras pierde oportunidades considerables para hacerlo	El líder a menudo profundiza la discusión según corresponda, a veces pierde oportunidades para hacerlo	El líder profundiza en el debate explorando los sentimientos subyacentes, valores, identidad o perspectivas

Ampliación

1	2	3	4	5
El líder no ayuda a los miembros a explorar patrones o temas más amplios que unen detalles individuales	El líder rara vez ayuda a los miembros a explorar patrones o temas más amplios que unen detalles individuales	El líder ocasionalmente ayuda a los miembros a explorar patrones o temas más amplios que unen detalles individuales, pero pierde muchas oportunidades.	El líder a menudo ayuda a los miembros a explorar patrones/temas más amplios, ocasionalmente pierde oportunidades	El líder ayuda regularmente a los miembros a explorar patrones/temas que unen detalles individuales que ayuda a guiar un cambio más amplio

Enfoque hacia delante

1	2	3	4	5
El líder guía constantemente al grupo para que se centre en el pasado o en cómo el pasado condujo al presente	El líder a menudo guía al grupo para que se centre en el pasado, con una exploración ocasional del presente y el futuro.	Leader equilibra el enfoque entre el pasado, el presente y el futuro; o no tiene un patrón perceptible de enfoque en el tiempo	El líder a menudo guía al grupo para que se centre en el presente y el futuro	El líder guía constantemente al grupo para que centre en el presente y futuro

MI CAMBIO DE ENFOQUE

Estrechamiento

1	2	3	4	5
El líder no ayuda a los miembros para estrechar el enfoque, perdiendo casi todas las oportunidades para agudizar el enfoque	El líder rara vez ayuda a los miembros para estrechar el enfoque, perdiendo muchas oportunidades para agudizar el enfoque	El líder ocasionalmente ayuda a los miembros a reducir el enfoque de los intereses generales o la exploración a una mayor especificidad de los detalles, perdiendo algunas oportunidades	El líder a menudo ayuda a los miembros a estrechar el enfoque según corresponda, y ocasionalmente pierde oportunidades para agudizar el enfoque	El líder regularmente ayuda a los miembros a reducir el enfoque de los intereses generales o la exploración a experiencias específicas, intereses bien definidos y/u objetivos para el cambio.

Impulso

1	2	3	4	5
El líder guía constantemente a los miembros para explorar a fondo los problemas sin un impulso particular hacia la acción	El líder a menudo guía a los miembros para explorar problemas con poco impulso hacia la acción y, ocasionalmente, se enfoca en avanzar hacia la acción.	Saldos de líder entre mover conversaciones hacia la acción y explorar problemas sin un sentido identificable de propósito o impulso	El líder a menudo mueve las conversaciones hacia la acción, pero a veces explora temas sin un sentido identificable de impulso	El líder mueve regularmente las conversaciones hacia la acción, siempre que sea apropiado

Evocando

1	2	3	4	5
El líder sugiere constantemente metas o planes de cambio específicos	El líder sugiere principalmente metas/planes de cambio específicos, pero ocasionalmente suscita las propias metas o planes de los miembros.	El líder equilibra los objetivos/planes de cambio propios de los miembros con la formulación de recomendaciones; o no se enfoca en la motivación/metras/planes	El líder obtiene principalmente las metas/ planes de cambio de los propios miembros; ocasionalmente sugiere modificarlos de acuerdo con las recomendaciones profesionales	El líder obtiene constantemente las metas/planes de cambio de los miembros

Fortalezas

1	2	3	4	5
El líder se enfoca consistentemente en las deficiencias/incapacidades de los miembros y rara vez, si es que alguna, se enfoca en sus fortalezas o competencias	El líder se enfoca principalmente en las deficiencias/incapacidades de los miembros, y rara vez, si es que alguna, se enfoca en sus fortalezas o competencias	El líder se enfoca igualmente en las fortalezas o competencias de los miembros, así como en sus deficiencias o incapacidades	El líder se enfoca principalmente en las fortalezas o competencias de los miembros, pero a veces se enfoca en sus deficiencias o incapacidades	El líder se enfoca consistentemente en las fortalezas o competencias de los miembros, pero rara vez se enfoca en sus deficiencias o incapacidades

Progreso

1	2	3	4	5
El líder se enfoca constantemente en las dificultades de los miembros para progresar	El líder se enfoca principalmente en las dificultades de los miembros para progresar, pero a veces explora el progreso positivo	El líder se enfoca igualmente en el crecimiento o progreso de los miembros hacia las metas, así como en sus problemas y desafíos.	El líder se enfoca principalmente en el progreso positivo de los miembros, pero a veces se enfoca en las dificultades de los miembros	El líder se enfoca constantemente en el progreso o crecimiento positivo de los miembros. Los problemas se discuten como obstáculos que se pueden superar

Esperanza

1	2	3	4	5
Los miembros se enfocan casi por completo en sus preocupaciones acerca de poder mejorar las cosas.	Los miembros se enfocan principalmente en sus preocupaciones acerca de poder mejorar las cosas, y solo un poco en su esperanza de hacerlo.	Los miembros tienen un equilibrio al centrarse en su esperanza de que pueden mejorar las cosas y en sus miedos o preocupaciones	Los miembros se centran principalmente en su esperanza de poder mejorar las cosas, pero a veces se atascan en preocupaciones	Los miembros se enfocan fuertemente en su esperanza de poder mejorar las cosas y rara vez se atascan por las preocupaciones

OTRAS EVALUACIONES

Tiempo de sala del líder (Aproximadamente el porcentaje de tiempo que habla el líder)

1	2	3	4	5
81-100% de la sesión	61-80 % de la sesión	41-60% de la sesión	21-40% de la sesión	0-20% de la sesión

Enfoque en la tarea

1	2	3	4	5
El líder hace poco intento de dar forma a las conversaciones para que se centren y se centren en la tarea; difícil identificar en qué temas se centran	El líder hace algunos intentos de dar forma a las conversaciones para que estén enfocadas y en la tarea; el grupo a menudo se desvía hacia temas no relacionados	El líder intenta ayudar al grupo a concentrarse y concentrarse en la tarea; con resultados mixtos (a veces tiene éxito y otras veces el grupo serpentea)	El líder mantiene al grupo mayormente enfocado y en la tarea, con algunas excepciones	El líder mantiene constantemente al grupo enfocado y en la tarea

(Los siguientes ítems son descriptivos más que evaluativos)

Intercambio de información

A	B	C	D	E
El líder proporciona amplia información a los miembros del grupo y rara vez, si es que alguna vez, obtiene el conocimiento, las perspectivas o las reacciones de los miembros a la información presentada	El líder proporciona alguna información sustantiva a los miembros del grupo, ocasionalmente suscitando el conocimiento, las perspectivas y las reacciones de los miembros a la información presentada.	El líder equilibra el suministro de información sustantiva al grupo con la obtención del conocimiento, las perspectivas y las reacciones de los miembros	El líder ocasionalmente proporciona información a los miembros del grupo, más a menudo suscitando el conocimiento y las perspectivas de los miembros y, por lo general, provocando reacciones a cualquier información presentada.	El líder rara vez proporciona información a los miembros del grupo, casi siempre provocando el conocimiento y las perspectivas de los miembros, y siempre provocando reacciones a cualquier información presentada.

Transparencia

A	B	C	D	E

<p>El líder no revela sus experiencias, reacciones o impresiones, incluso cuando puede beneficiar al grupo hacerlo.</p>	<p>El líder revela algunas de sus experiencias, reacciones o impresiones</p>	<p>El líder generalmente es transparente sobre los aspectos apropiados de sus experiencias, reacciones o impresiones cuando es útil hacerlo, y rara vez llama la atención sobre sí mismo cuando sería una distracción.</p>	<p>El líder revela experiencias, reacciones o impresiones considerables, a veces sin un propósito terapéutico claro.</p>	<p>El líder revela en exceso experiencias, reacciones o impresiones, llamando la atención sobre sí mismo de una forma que distrae.</p>
---	--	--	--	--

Apéndice X

Información de referencia para el participante con prueba de VIH reactiva
(Jurisdicción Sanitaria II, Tijuana, Secretaría de salud Baja California)



SALUD
Secretaría de Salud



COMO Y A DONDE REFERIR A UN PACIENTE VIH Y VHC REFERENCIA A:

CAPASITS

•Pacientes adultos que viven con VIH-SIDA, hombres, mujeres no embarazadas

Responsable: Dr. Manuel Gallardo Cruz

Teléfono: 650 22 20

Horario: 07:00 a 14:30 hrs.

HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA

•Mujeres embarazadas con VIH-SIDA y menores de edad

•Pacientes VIH con comorbilidades o datos de gravedad

La referencia inicial es directamente a: Epidemiología- SAIH

Responsable: Dr. Samuel Navarro Álvarez

Teléfono: 684 02 10

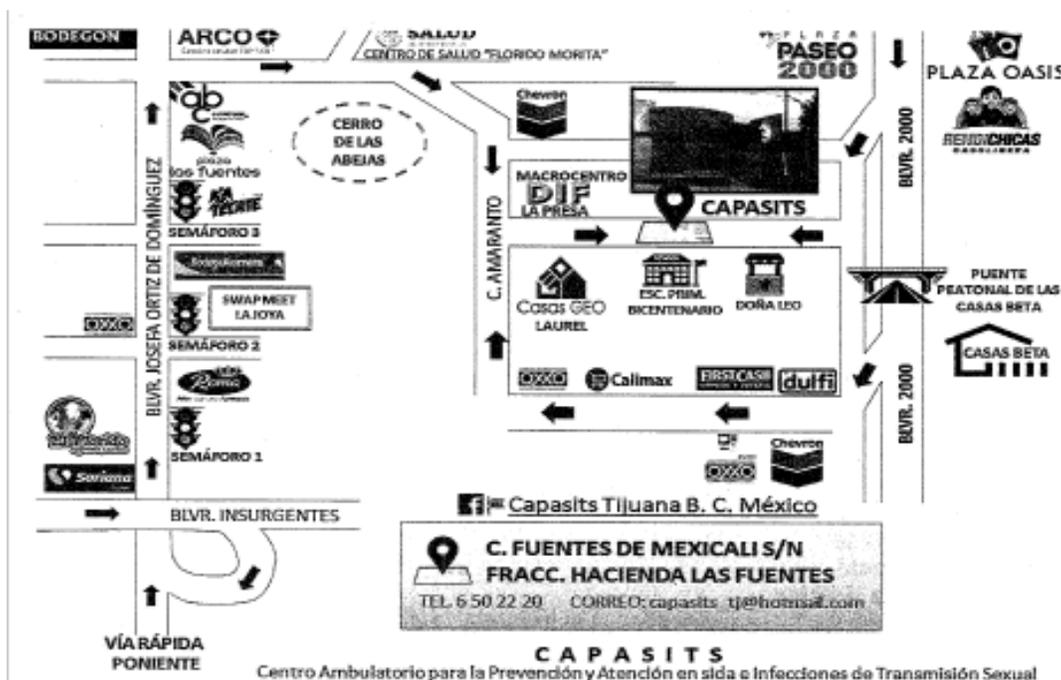
Hoja de referencia

Horario: 07:00 a 14:30 hrs.

Pacientes en trabajo de parto directamente a Hospital Materno Infantil de Tijuana con hoja de referencia y con resultado de VIH

Documentos:

- 1.- Constancias Derechos al
 - IMSS
<https://www.imss.gob.mx/constancia-no-derechohabienda>
 - ISSSTE
<https://oficinavirtual.issste.gob.mx/>
- 2.- INE/CURP o Acta de Nac.
- 3.- Exámenes de laboratorio, (si tiene).
- 4.- Pacientes para seguimiento, (Resumen medico)
- 5.- Horario para 1° vez, 07:00-10:00 (Lunes-Viernes)



Apéndice Y

Consentimiento informado y autorización para la prueba rápida de VIH
(Jurisdicción Sanitaria II, Tijuana, Secretaría de salud Baja California)



BAJA CALIFORNIA
GOBIERNO DEL ESTADO

SALUD
Secretaría de Salud



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UNIFICADO PRUEBAS RAPIDAS

Jurisdicción de Servicios de Salud de Tijuana Programa de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual

Carta de Consentimiento Informado

La Secretaría de Salud ha determinado que el examen de detección del VIH debe ser voluntario, con consejería antes y después de aplicar la prueba, y además, con consentimiento por escrito.

Esto significa:

- **VOLUNTARIO:** Usted decide si quiere o no hacerse el examen.
- **CON CONSEJERÍA:** Usted debe recibir información, orientación y apoyo antes de realizarse el examen y al momento de la entrega del resultado. Este procedimiento se llama consejería para el VIH.
- **CON CONSENTIMIENTO:** Usted debe dejar constancia de su voluntad frente al examen, firmando frente a la frase que represente su decisión. Su decisión libre y voluntaria no altera su derecho a la atención que le corresponde.

En caso de que la prueba resulte reactiva, la Secretaría de Salud se compromete a realizar las pruebas de confirmación necesarias, y en caso de que estas pruebas confirmatorias fueran positivas, la Secretaría de Salud le brindará de manera gratuita el tratamiento necesario para VIH/Sida ó Sífilis según sea el caso.

Nombre completo de la persona

Fecha
Día Mes Año

ACEPTO

NOACEPTO

**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN
REALIZA LA PRUEBA**

Esta Carta de Consentimiento Informado deberá archivar en el expediente clínico del paciente

EMBARAZADAS:

Fecha PRIMERA prueba tamizaje de VIH (Primera Vez): ____/____/____

Fecha SEGUNDA prueba tamizaje de VIH (Subsecuente): ____/____/____

Fecha TERCERA prueba tamizaje de VIH (Subsecuente): ____/____/____

RESULTADOS		
VIH ()	SÍFILIS ()	VHC ()

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Tipo de población

	Mujer Embarazada	
HSB	Hombre que tienen Sexo con otro Hombre	
MTS	Mujer Trabajadora Sexual	
HTS	Hombre Trabajador Sexual	
MT	Mujer Trans	
HT	Hombre Trans	
MH	Mujer Heterosexual	
HH	Hombre Heterosexual	
MUDI	Mujer Usuaría de Drogas Inyectables	
HUDI	Hombre Usuario de Drogas Inyectables	
PPL	Personas Privada de la Libertad	
PM	Población Móvil	

¿Más de UNA Pareja sexual en los últimos 90 días? SI ___ No ___

¿Usa preservativo? SI ___ No ___ A veces ___

¿Ha sido usuario de drogas inyectables? ___

Llenar en resultado REACTIVO VIH

Domicilio: _____

Tel. Cel. _____

Apéndice AA

Resultado de pruebas rápidas

Referencia al centro de atención para la prevención y atención al VIH/sida

(Jurisdicción Sanitaria II, Tijuana, Secretaría de salud Baja California)



JURISDICCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD TIJUANA
PROGRAMA VIH/sida E ITS

ASUNTO: RESULTADO DE PRUEBAS RÁPIDAS

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA _____

A QUIEN CORRESPONDA
PRESENTE

Por medio de la presente, hacemos de su conocimiento que el C. _____
asistió a esta unidad recibiendo consejería Pre-prueba, Pos-prueba, firmo consentimiento informado y se realizó las siguientes
detecciones:

RESULTADOS DE PRUEBAS RÁPIDAS

VIH/SIDA _____ SÍFILIS _____ HEPATITIS C _____

ATENTAMENTE

NOTA

- ES IMPORTANTE TENER RELACIONES SEXUALES CON CONDÓN.
- NO CONSUMIR DROGAS, NO COMPARTIR JERINGAS, DE HACERLO LIMPIARLAS CON CLORO Y AGUA.
- SE RECOMIENDA REALIZARSE UNA SEGUNDA PRUEBA CADA TRIMESTRE DURANTE SU EMBARAZO.



Apéndice CC

Procedimiento para el manejo del RPBI

La separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos se apegará a los lineamientos descritos en la NOM-087-ECOL-1995, este estudio atendiendo la siguiente ruta para el manejo y transporte de los residuos:

1. Las lancetas utilizadas serán separadas y envasadas en un recipiente rígido de color rojo. El recipiente cumplirá con las características descritas en la norma sobre residuos peligrosos punzocortantes: color rojo, rígido, de polipropileno, resistente a fracturas y/o pérdidas del contenido al caerse, destructible por métodos fisicoquímicos, esterilizable, resistencia a la penetración, tener una tapa con abertura para depósito con dispositivos para cierre seguro, libre de metales y/o cloro, debidamente identificado (procedimiento que los genere, sitio donde se originaron, personal que los genere y fecha) y etiquetado con la leyenda “*PELIGRO, RESIDUOS PUNZOCORTANTES BIOLÓGICO-INFECIOSOS*”.
2. Una vez lleno (hasta el 80% de su capacidad), el recipiente se sellará y no será abierto ni vaciado en ninguna circunstancia.
3. El recipiente será transportado por el investigador hacia la jurisdicción sanitaria, donde será entregado a la responsable del programa de VIH para su almacenamiento temporal y posterior manejo.
4. La recolección, transporte externo y tratamiento se llevará a cabo por la ruta establecida por la jurisdicción sanitaria.
5. Las torundas manchadas con sangre y los cartuchos (dispositivos de prueba) serán depositados en la basura común (bolsa negra) como lo indica la norma,

ya que no son considerados como material de RPBI debido a la cantidad de sangre que contienen.

6. La basura común que se genere por esta actividad será depositada en contenedores comunes para el posterior manejo por el ayuntamiento.

Apéndice DD**Constancia de niveles de pericia en la implementación de las herramientas de EM**

31 de mayo 2022

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD.
COORDINADORA DEL PROGRAMA DCE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
Directora de tesis
PRESENTE.-

Por medio de la presente hago de su conocimiento que el ME. Jesus Ramon Aranda Ibarra, realizó su estancia de investigación en el Latino Alcohol and Health Disparities Research and Training Center (LAHDR), de la Universidad de Texas en El Paso, en Estados Unidos. Dicha estancia comenzó el 21 de febrero y culminó en 31 de mayo del 2022.

Durante la estancia se llevaron a cabo todas las actividades planeadas previamente, las cuales fueron organizadas como seguimiento a un entrenamiento introductorio en la Entrevista Motivacional (EM) de 16 horas. Estas actividades incluyeron, además de revisiones de la literatura y asesoría en su propuesta de investigación, sesiones de retroalimentación y supervisión personalizadas en base a audio grabaciones de entrevistas, de acuerdo con el principal instrumento validado para evaluar la integridad y calidad de intervención: Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding System (MITI 4.2.1).

Cabe mencionar que Jesus Ramon en su último audio demostró NIVELES DE PERICIA en la implementación de las herramientas de la EM, lo cual fue evaluado por nuestra Directora de Entrenamientos Patricia Juárez y Coordinadora de Entrenamientos Reyna Puentes, ambas miembros del Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT).

Sin más por el momento me despido de Usted, deseando que esta estancia rinda frutos en la Tesis del alumno.

Atentamente



CRAIG A. FIELD, PhD.
DIRECTOR, LATINO ALCOHOL & HEALTH DISPARITIES RESEARCH &
TRAINING (LAHDR) CENTER
THE UNIVERSITY OF TEXAS AT EL PASO

Resumen autobiográfico

ME. Jesús Ramón Aranda Ibarra

Candidato para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO PILOTO DE FACTIBILIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL RIESGO SEXUAL A ITS Y VIH/SIDA EN MIGRANTES.

LGCA: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/sida.

Biografía: Jesus Ramon Aranda Ibarra, nacido en Ciudad Juárez Chihuahua el 20 de mayo de 1988, hijo de la Sra. Gloria Elizabeth Ibarra Rivera y del Sr. Jesús Aranda Soto.

Educación: Licenciado en Enfermería por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez 2008-2012 con cédula profesional 8607396; Maestro en Enfermería por la Universidad Autónoma de Chihuahua 2017-2019 con cédula profesional 12062643.

Experiencia profesional:

- Enfermero General en Clínica Hospital Dublán S.A. de C.V. En áreas como urgencias, UTI, quirófano y hospitalización. (Diciembre 2011- Agosto 2017)
- Enfermero General B de cubre incidencias en Secretaria de Salud (Abril 2016 a Octubre 2016)
- Docente por honorarios en Universidad Autónoma de Ciudad Juárez División Multidisciplinaria en Nuevo Casas Grandes (Enero 2015 a Julio 2017).
- Docente por honorarios en Universidad Autónoma de Chihuahua (Ene-Jul 2020).
- Enfermero General de Terapia Intensiva en Hospital Star Médica Chih., (Oct 2019-Ago-2020).
- Profesor Investigador de Tiempo Completo en la Facultad de Ciencias de la Salud, Campus Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California (Actual desde Septiembre 2020).
- Miembro de la sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha desde 2024.

- Integrante de la academia de investigación en Enfermería de la FACISALUD (Periodo 2021-2-2023-2)
- Reconocimiento a Perfil Deseable (PRODEP) aprobado en 2022-1
- Miembro activo del Colegio de Profesionales de la Enfermería de Baja California. Numero de socio: E-538 desde 2022 (Actual)
- Integrante de la red de investigación de Enfermería del CPEBC (Enero 2023-Dicembre 2024).
- Miembro activo y Subsecretario Académico Nacional de la Asociación Mexicana de Enfermeras y Enfermeros Formadores de Recursos Humanos en Salud S.C. (Actual)
- Miembro activo del Cuerpo Académico “Enfermería en el Cuidado de la Salud” clave: UABC-CA-369.

Correo electrónico: jaranda36@uabc.edu.mx

Ligas de acceso a base de datos:

Google académico:

<https://scholar.google.com.mx/citations?user=YU8AiLoAAAAJ&hl=es&oi=ao>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0457-6026>

Liga de Researchgate: <https://www.researchgate.net/profile/Jesus-Ramon-Aranda-Ibarra>