

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



CONOCIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA,
ACULTURACIÓN Y USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES

Por
LIC. HERNAN DARIO ALVAREZ GAVIRIA

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

SEPTIEMBRE, 2025

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



UANL

CONOCIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA,
ACULTURACIÓN Y USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES

Por

LIC. HERNAN DARIO ALVAREZ GAVIRIA

Director de Tesis

DRA. MARÍA ARACELY MÁRQUEZ VEGA

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

SEPTIEMBRE, 2025

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



UANL

CONOCIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA,
ACULTURACIÓN Y USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES

Por

LIC. HERNAN DARIO ALVAREZ GAVIRIA

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

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

SEPTIEMBRE, 2025



CONOCIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA,
ACULTURACIÓN Y USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES

Por
Lic. Hernan Dario Alvarez Gaviria

Aprobación de Tesis

Dra. María Aracely Márquez Vega
Director de Tesis

Dra. María Aracely Márquez Vega
Presidente

Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez
Secretario

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación



CONOCIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA, ACULTURACIÓN Y USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES

Este trabajo se realizó en Monterrey, Nuevo León de 2023 a 2025, del Departamento de la Subdirección de Posgrado e Investigación, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección de la Dra. María Aracely Márquez Vega.

Director

Agradecimientos

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, subdirectora de Posgrado e Investigación. A la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), en especial a la Facultad de Enfermería (FAEN) por brindarme las herramientas necesarias para mis estudios de posgrado.

A la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) por la beca proporcionada para la realización de la maestría.

A mi directora de tesis Dra. María Aracely Márquez Vega por su meritorio apoyo y paciencia que ha tenido para conmigo a lo largo de estos dos años, por confiar en mí, estar atenta y darme sus consejos y acompañamiento durante mi proceso formativo.

A la Dra. Cynthia Lizbeth Ruiz Bugarin, docente de la Universidad Autónoma de Baja California, por recibirme en mi estancia académica de investigación, por sus consejos.

A mi jurado de tesis Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez y a la Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez por su apoyo, colaboración y aportaciones para mejora del trabajo de tesis.

A los docentes de la Maestría en Ciencia de Enfermería de la Facultad de Enfermería, por sus enseñanzas y formación académica durante estos dos años.

A todos y cada uno de los participantes de este estudio, ya que sin ellos no hubiera sido posible la realización de este, así como al personal administrativo de los albergues y hogares de paso por permitirme acceder a sus instalaciones para la recolección de datos.

A mis docentes de licenciatura, en especial a la Dra. Sandra Patricia Osorio Galeano, por sus consejos, ánimos y apoyo desde la licenciatura hasta la fecha, por ser fuente de motivación a seguir aprendiendo y creciendo personal y profesionalmente, sin que existan barreras como la distancia.

Dedicatoria

A Dios por el don de la vida y su divina providencia mantenerme con todo lo necesario para la realización de este grandioso sueño.

A mis padres Gloria Isabel Gaviria Alvarez y Carlos Enrique Alvarez Alvarez, por su apoyo incondicional, sus consejos, brindarme los principios valores y herramientas necesarias para salir adelante en la vida, soy lo que soy gracias a ustedes, gracias por siempre estar para mí.

A mis hermanos Lina Marcela Álvarez Gaviria, Diana Yamile Álvarez Gaviria y Alexis Duban Alvarez Gaviria, por sus consejos durante el proceso, espero ser un ejemplo para ustedes que los inspire a luchar por sus sueños día a día.

A mis abuelos maternos y paternos † que desde el cielo me acompañan y no permiten que olvide los buenos consejos que me dieron en vida, siempre los llevo conmigo en mi corazón, este logro es para ustedes.

A mis compañeros de maestría ya que cada que mostraba flaquezas buscaban la forma de darme ánimo y no desfallecer.

A todas las personas que de una u otra forma formaron parte de este bello proceso de aprendizaje, que nunca dudaron en apoyarme cuando las dificultades se presentaron.

Índice

Contenido	Página
Hoja de Aprobación de Tesis	i
Hoja de declaración de lugar donde se realizó el estudio	ii
Agradecimientos	iii
Dedicatoria	iv
Lista de Abreviaturas	vii
Lista de Tablas	viii
Lista de Figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	1
Antecedentes y Marco Conceptual	3
Variables de Interés	7
Estudios Relacionados	10
Definición de Términos	16
Justificación	18
Objetivo General	20
Objetivos Específicos	20
Materiales y Métodos	21
Diseño del Estudio	21
Población, muestreo y muestra	21
Criterios de Inclusión	21
Criterios de Exclusión	21
Criterios de Eliminación	22
Instrumentos de Medición	22
Procedimiento de Recolección de información	24
Consideraciones Éticas	26
Estrategia de Análisis de Datos	28
Resultados	30
Estadística Descriptiva del perfil de los participantes	32
Descripción de las variables de interés	35
Estadística Inferencial	36
Discusión	41
Conclusiones	45
Recomendaciones	46
Limitaciones del Estudio	46
Referencias Bibliográficas	48

Índice

Contenido	Página
Anexos	57
1 Carta de Consentimiento Informado	58
2 Cédula de Datos Sociodemográficos	60
3 Escala de Conocimientos Sobre VIH y Otras ITS (ECI)	61
4 Escala de Aculturación Multigrupo de Stephenson	63
5 Escala de Uso del Condón	65
Resumen Bibliográfico	66

Lista de Abreviaturas

Abreviatura

A	Alpha de Cronbach
AOR	Razón de momios ajustada (Adjusted Odds Ratio)
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention)
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA
<i>D^a</i>	Estadístico de prueba
<i>DE</i>	Desviación estándar
Dra	Doctora
ECI	Escala de Conocimientos sobre ITS-VIH/Sida
et al	Y otros (et alii, expresión latina)
<i>F</i>	Frecuencia
FAEN	Facultad de Enfermería (usualmente asociada a UANL)
GI	Grados de libertad
<i>H</i>	Estadístico H de Kruskal-Wallis
<i>IC</i>	Intervalo de confianza
ITS	Infecciones de transmisión sexual
<i>M</i>	Media
<i>Mdn</i>	Mediana
<i>N</i>	Tamaño de la muestra
N.L	Nuevo León
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
<i>P</i>	Valor de significancia estadística
<i>Rs</i>	Coefficiente de correlación de Spearman (rho de Spearman)
SECIHTI	Secretaría de Innovación, Ciencia y Tecnología e Información (según contexto local)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
<i>U</i>	Estadístico U de Mann-Whitney
UANL	Universidad Autónoma de Nuevo León
UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Lista de Tablas

Tabla		Página
1	Confiabilidad de las escalas	30
2	Prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors	31
3	Medidas de Tendencia Central y Dispersión de Variables Sociodemográficas	32
4	Perfil de los participantes	33
5	Descripción de las variables de Escala de conocimiento sobre ITS-VIH/Sida (ECI)	35
6	Descripción de las variables de estudio Escala de Aculturación	35
7	Estadísticas descriptivas de la Escala de Uso del Condón	36
8	Comparación del nivel de conocimiento de ITS-VIH/Sida según sexo	36
9	Prueba de Kruskal Wallis para el conocimiento de ITS-VIH/Sida, según la edad, estado civil y grado escolar	37
10	Comparación del nivel de aculturación según sexo	38
11	Prueba de Kruskal Wallis para Aculturación, según la edad, estado civil y grado escolar	39
12	Correlaciones entre conocimiento de ITS-VIH/Sida, aculturación y uso del condón	40

Lista de Figuras

Figura	Título	Página
1	Representación gráfica de la Teoría del determinismo recíproco	5
2	Representación gráfica de la MAS	7

Resumen

Hernan Dario Alvarez Gaviria

Título del Estudio: CONOCIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA, ACULTURACIÓN Y USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES

Introducción: Los migrantes, son un grupo altamente vulnerable de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) - Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), por factores como el conocimiento de estas y factores culturales a la hora de usar el condón en sus relaciones sexuales. **Objetivo:** Determinar la relación existente entre el conocimiento de ITS-VIH/Sida, aculturación y el uso del condón en migrantes del área metropolitana de Monterrey N.L. **Materiales y Métodos:** Estudio correlacional transversal en 206 migrantes mayores de edad de ambos sexos en Monterrey N.L. Se empleó muestreo no probabilístico por conveniencia. Se emplearon cédula de datos sociodemográficos, la Escala de Conocimientos sobre VIH y otras ITS (ECI) (Espada et al., 2014), la Escala de Aculturación Multigrupo de Stephenson (Stephenson, 2000), la subescala de frecuencia de la Escala de Uso del Condón (Milhausen et al., 2007). Se realizó análisis mediante estadística descriptiva e inferencial. **Resultados y Conclusiones:** La media de edad fue 31.64 años ($DE= 10.10$). El 66% (136) fueron mujeres. El 31.6% (61) reportó haber cursado secundaria. El 52.9% (109) eran solteros. El 82.5% (170) de los participantes manifestó tener relaciones sexuales vaginales. En la escala de conocimiento de ITS-VIH/Sida, más del 70% (171) mostró conocimiento adecuados, el 36.9% (76) presentó un nivel alto, seguido del 36.4% (75) que mostraron un nivel medio-alto. En la aculturación, se presentó una media mayor en la subescala etnográfica ($M= 56.48$, $DE= 6.04$), lo que sugiere que los migrantes no se aculturaron (conservan factores culturales propios). En el uso del condón en el último mes, el 78.6% (162), reportaron no usarlo con su pareja estable y el 71.8% (148) no usó condón con pareja casual. La prueba U de Mann-Whitney no mostró diferencias significativas en el conocimiento de ITS-VIH/Sida ($U= 4474.50$, $p= .455$) entre hombres y mujeres, al igual que por edad ($H= 0.669$, $p= .413$), y que el estado civil ($H= 4.662$, $p= .324$). En contraste, se encontraron diferencias significativas en el nivel de conocimiento según el grado escolar ($H= 17.483$, $p= .004$), donde a mayor nivel educativo, mayor fue el conocimiento de ITS-VIH/Sida. En lo que respecta a la aculturación, no se encontraron diferencias significativas según sexo, edad, estado civil o escolaridad ($p> .05$). Finalmente, los análisis de correlación de Spearman indicaron que no existe relación significativa entre el conocimiento de ITS-VIH/Sida, la aculturación y el uso del condón ($p> .05$), lo cual indica que es posible que existan otros factores que predicen las conductas preventivas de los migrantes.

Abstract

Hernan Dario Alvarez Gaviria

Title of the Study: KNOWLEDGE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AND HIV/AIDS, ACCULTURATION, AND CONDOM USE AMONG MIGRANTS.

Introduction: Migrants represent a highly vulnerable group for contracting Sexually Transmitted Infections (STIs) and Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), due to factors such as knowledge levels and cultural influences that affect condom use during sexual encounters.

Objective: To determine the relationship between STI-HIV/aids knowledge, acculturation, and condom use among migrants in the metropolitan area of Monterrey, Nuevo León.

Materials and Methods: A cross-sectional correlational study was conducted with 206 adult migrants of both sexes residing in Monterrey, N.L. A non-probabilistic convenience sampling method was used. Instruments included a sociodemographic data sheet, the STI and HIV Knowledge Scale (ECI) (Espada et al., 2014), the Stephenson Multigroup Acculturation Scale (Stephenson, 2000), and the frequency subscale of the Condom Use Scale (Milhausen et al., 2007). It was analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results and Conclusions:** The mean age of participants was 31.64 years (SD = 10.10). Of the sample, 66% (n = 136) were women. A total of 31.6% (n = 61) had completed secondary education, and 52.9% (n = 109) were single. Vaginal intercourse was reported by 82.5% (n = 170) of participants. Regarding STI-HIV/aids knowledge, over 70% (n=171) demonstrated adequate knowledge; 36.9% (n = 76) reached a high level, and 36.4% (n = 75) scored at a medium-high level. In terms of acculturation, a higher mean on the ethnographic subscale (M = 56.48, SD = 6.04) suggests that migrants tend to retain their cultural values rather than assimilate. Regarding condom use in the past month, 78.6% (n = 162) reported not using condoms with a stable partner, and 71.8% (n=148) did not use them with casual partners. The Mann-Whitney U test showed no significant differences in STI-HIV/aids knowledge by sex (U = 4474.50, p = .455), age (H = 0.669, p = .413), or marital status (H = 4.662, p = .324). In contrast, significant differences were observed by educational level (H = 17.483, p = .004), where higher education was associated with greater knowledge. No significant differences were found in acculturation by sex, age, marital status, or educational level (p > .05). Finally, Spearman's correlation analyses showed no significant relationship between STI-HIV/aids knowledge, acculturation, and condom use (p > .05), suggesting the existence of other factors that may influence migrants' preventive behaviors.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que las infecciones de transmisión sexual (ITS) comprometen la calidad de vida, la salud sexual y reproductiva de más de un millón de personas que la contraen cada día en el mundo, especialmente el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Pérez-Morente et al., 2020). A nivel mundial para el año 2020, 374 millones de personas con edades entre 14 y 49 años presentaron nuevos casos de ITS como clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis, las cuales tienen tratamiento o cura y para finales del año 2022, la OMS calculó que existían 39 millones de personas viviendo con el VIH en el mundo (OMS, 2022, 2023). En América Latina para principios de 2022 se tenían 2.2 millones de personas viviendo con VIH, de las cuales el 82% conocían su estado serológico (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida [Censida], 2022).

Además, 240.000 personas aproximadamente son migrantes que cruzaron la selva del Darién en América del Sur buscando llegar a Norteamérica, de éstas sólo el 30% conocía su estado serológico relacionado con el VIH u otra ITS (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2023). Se destaca que, en todo el territorio mexicano, las cifras tienden al alza con 375.296 casos de VIH desde que se inició su registro en 1983. En el caso de los hombres existe un registro de 307.770 casos correspondiente al 82.01% y en el caso de las mujeres se tiene registro de 67.526 casos correspondiente al 17.99%. En cuanto a la mortalidad, se han presentado 112.973 muertes equivalentes al 30.10% del total de casos registrados. Para el primer trimestre del año 2024, se tuvo un total de 3.811 casos nuevos en hombres y 720 casos nuevos en mujeres a nivel nacional. Respecto a Nuevo León, en este mismo periodo se registraron 102 nuevos casos en hombres y 22 en mujeres.

En cuanto a los extranjeros que viven en el país no se tiene información relevante desde el año 2020, lo que no permite tener un panorama real de la situación de los migrantes (Secretaría de Salud [SS], 2024). Para el propósito de este estudio se empleó el término migrante definido por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) como la persona que se traslada a un país distinto al de su nacimiento o de

residencia habitual (OIM, 2019; 2022). Para tener una perspectiva real de la migración mundial, en el 2020 se alcanzó una estadística histórica, para el año 2017 los migrantes eran 258 millones de personas, para SEPTIEMBRE del año 2019, se estimaba que 272 millones de personas eran migrantes. Siendo Estados Unidos el principal país de destino con 50.7 millones de personas que llegan al país (OIM, 2022), lo que posiciona a México como un país de tránsito de migrantes, y con ello, incrementa el riesgo de aumentar la prevalencia de ITS en el país, ya que los países colindantes registran prevalencias altas de VIH/Sida (Leyva-Flores et al., 2019).

Por lo que la finalidad del presente estudio fue determinar la relación entre el conocimiento de ITS-VIH/Sida, aculturación y el uso del condón en migrantes del área metropolitana de Monterrey N.L.

Antecedentes y Marco Conceptual

El presente estudio se sustentó teóricamente con la triada de reciprocidad del Modelo de Aprendizaje Social propuesta por Albert Bandura (1986), mejor conocida como determinismo recíproco, que hace referencia acerca de la influencia en el comportamiento humano, como resultado de la interacción recíproca entre factores ambientales, factores personales y factores conductuales, permiten comprender como se desarrolla el comportamiento de las personas, que los lleva a la realización o no de la conducta conforme al aprendizaje obtenido por medio de la observación (Bandura, 1986).

Bandura (1986) describe a la persona, como actor fundamental de su propio comportamiento, haciendo énfasis en la importancia de los valores, el conocimiento, las creencias y las expectativas como cogniciones personales, como agente activo en su proceso de aprendizaje, donde los procesos cognitivos permiten la adquisición de nuevos comportamientos al entrar en interacción con los factores ambientales, da resultados en la conducta, pero de la misma forma la conducta influye en los factores personales y ambientales, cuenta con algunos aspectos claves como son: los factores ambientales, los factores personales y factores conductuales.

En los factores ambientales se incluye el entorno de la persona y su influencia, ya que el ambiente incluye factores culturales, familiares y sociales, que pueden influir en el comportamiento del individuo afectando la toma de decisiones y acciones, manifestando comportamientos específicos; la influencia interpersonal se refiere a la exposición de actitudes por la interacción que tiene con las personas que lo rodean y favorecen a la manifestación de una conducta, Bandura argumenta que las personas están en la capacidad de adquirir un nuevo conocimiento por medio de la observación del comportamiento del otro, no sólo a través de las experiencias propias de cada persona, también se pueden aprender nuevas conductas al observar modelos que realizan otros y que muestran resultados que son efectivos o no, reforzando la idea de que las personas tienen papel activo para adquirir comportamientos nuevos (Bandura, 1986).

Las expectativas sociales y las normas culturales dictan que comportamientos son apropiados manejar y cuales no lo son en determinados contextos en los cuales se

desarrolla el individuo, las personas aprenden dichas normas por medio de la interacción que tienen a lo largo la vida con el contexto social y cultural, esto se traduce a un proceso de cambio constante (Bandura, 1986). Este concepto (factor ambiental) puede ser reflejado en el proceso de aculturación que viven los migrantes, ya que se exponen a una cultura con creencias nuevas y maneras diferentes de actuar, lo cual los lleva olvidar en cierto grado los patrones culturales propios como proceso de adaptación en el nuevo lugar que llegan adoptando nuevas maneras de comportamiento o conducta.

En cuanto a los factores personales estos involucran factores cognitivos que permiten la adquisición, organización y aplicación de conocimiento, además de propiedades biológicas para la conducta, las personas están en capacidad de adquirir nuevas habilidades y/o comportamientos conforme a las exposiciones que tienen a ciertos contextos y situaciones que son específicos en su entorno, sirviendo como un campo de aprendizaje continuo, que proporciona oportunidad para refinar y practicar los conocimientos adquiridos, los cuales son manifestados por la persona por medio de la conducta (Bandura, 1986).

Como parte del conocimiento se encuentra la creencia en las capacidades que tiene una persona para realizar algo, así como las expectativas, son fundamentales para la toma de decisiones y el moldeamiento de la conducta, las personas evalúan si creen que una acción conducirá a resultados esperados o positivos o no deseados o negativos y además si son capaces de llevar a cabo o no una acción. Las personas pueden imitar o adoptar comportamientos observados en otros llamados modelos, que se adquieren a través del aprendizaje observacional; es un proceso que vas más allá de copiar acciones, es una forma de aprender nuevas conductas que implica la observación de otros, esperando recompensas o castigos, según las consecuencias de estas acciones (Bandura, 1986). Dicho conocimiento influye en la interpretación y aplicación de lo que se ha observado, ya que, si se conoce algo, y las creencias son favorables existe mayor posibilidad de que se realice un comportamiento.

Asimismo, el teórico manifiesta que la conducta es el comportamiento de realizar acciones que son observables, es una respuesta a la interacción dinámica que tienen las cogniciones personales y el entorno en el que el individuo se desarrolla, no es una

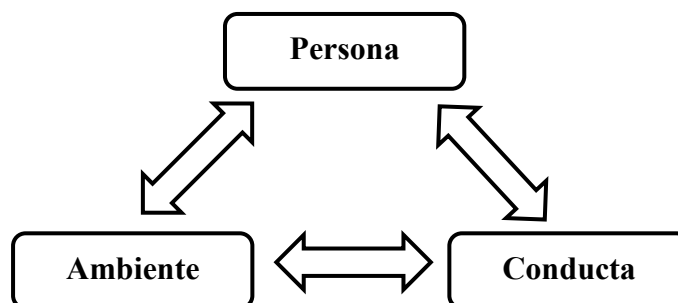
respuesta automática o innata, es adquirida, ya que le permite a la persona tomar decisiones y tener comportamientos en función al contexto en que se encuentra y las creencias que tiene arraigadas, las experiencias previas y del entorno, permiten la regulación de la conducta realizada, así como la aceptación o rechazo de la misma, todo bajo la influencia de los factores personales y los factores ambientales al tener interacción con otras personas (Bandura, 1986).

Además, es la capacidad que tiene el individuo de llevar a cabo acciones con reacciones, conforme al entorno donde las aplique, dicha conducta puede ser adquirida por la observación de los demás, lo que le permite diferenciar si se obtendrán resultados de éxito o por el contrario acciones que puedan ser punitivas o castigadas, lo que le permite tener información que podrá ser utilizada en el futuro. Los factores personales se ven influenciados cuando la persona desarrolla habilidades, que lleva a cabo con acciones que reflejan resultados, permitiendo afianzar conocimiento, reevaluando y perfeccionando acciones encaminadas a un comportamiento específico (Bandura, 1986).

Estos factores están en constante interacción dinámica, lo que permite a los individuos tener una conducta específica en relación con el conocimiento, las creencias personales, la percepción ambiental y el entorno en que desarrolla la persona, así mismo esa conducta puede influir en como la persona tiene percepción o conocimiento de las situaciones, además sobre como el entorno responde a sus comportamientos. La interacción de los factores mencionados puede observarse de manera gráfica en el siguiente esquema.

Figura 1

Representación gráfica de la Teoría del determinismo recíproco.



Nota: Bandura, 1986.

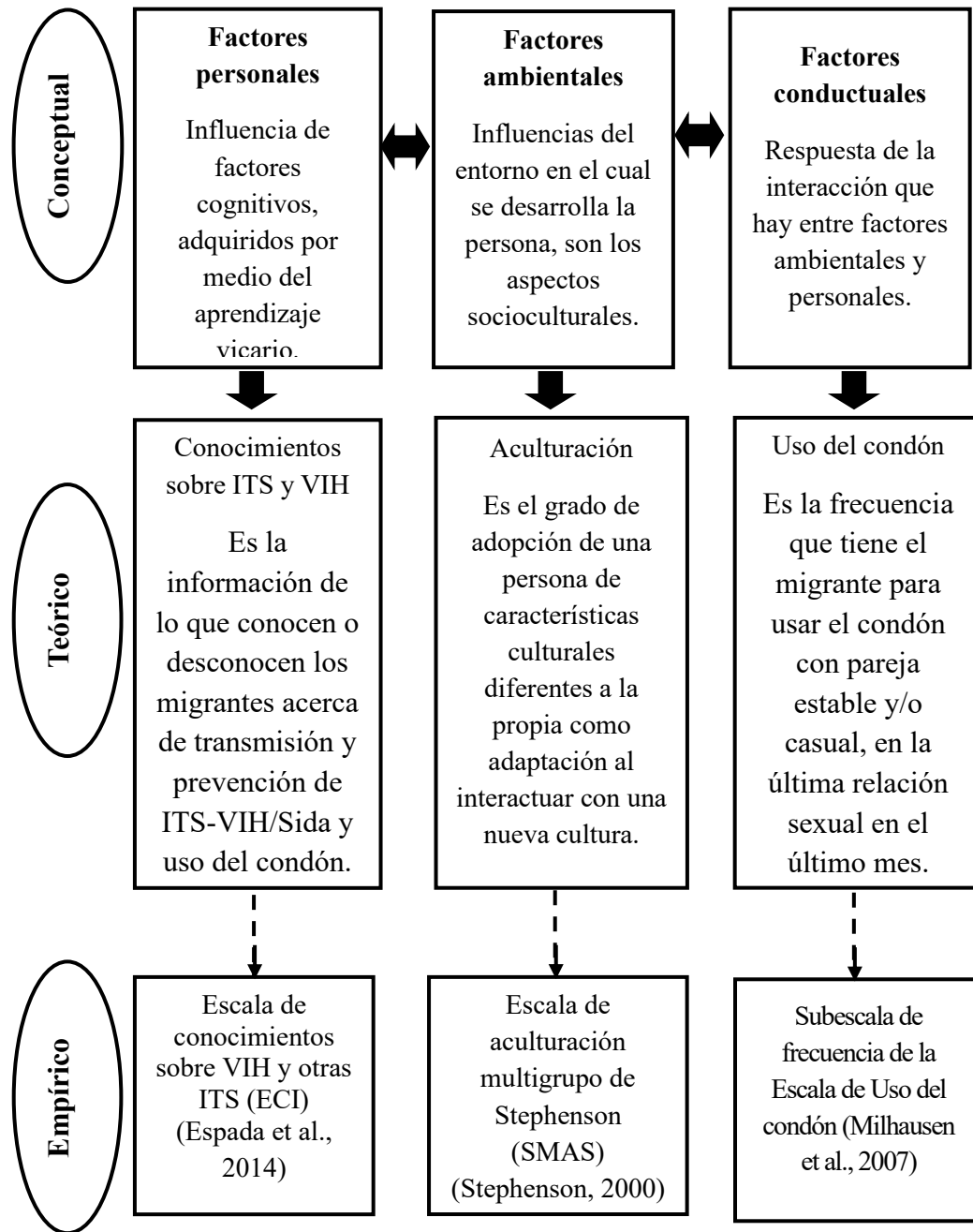
Acorde a la teoría anteriormente citada, se puede inferir que la conducta que las personas manifiestan, se da como una respuesta a la interacción dinámica que tienen los factores personales, los cuales se encuentran conformados por las características individuales de cada ser humano, principalmente la cognición, que a la vez está conformada por el conocimiento que tiene la persona en este caso en todo lo relacionado con transmisión y/o propagación de ITS-VIH/Sida, dando como resultado un tipo de comportamiento o conducta a las diferentes situaciones a las que se ve expuesta la persona en su quehacer diario.

Para este estudio los factores ambientales están conformados por factores culturales, donde forma parte la aculturación o asimilación cultural que presenta el migrante en el país de llegada, manifestado por la adopción de características culturales nuevas relacionadas con el país de llegada, o mantenimiento de las raíces culturales propias. Por último, tenemos los factores conductuales, donde se encuentra la conducta que estaría formada por el comportamiento, que es el efecto de la interacción de los dos factores anteriormente mencionados, tiene como resultado la utilización o no del condón por parte de los migrantes a la hora de tener una relación sexual para la prevención de contagio de ITS-VIH/Sida, como se muestra en la siguiente figura la estructura teórica y conceptual que ha utilizado en el presente estudio.

Por los tanto es de suma importancia considerar que la interacción de dichos factores puede tomarse como componentes protectores o de riesgo conforme sea la actitud tomada por la persona, por lo que un enfoque integral que permita comprender como la dinámica de estas situaciones pueden ser empleadas para crear estrategias que permitan la prevención de contagios y propagación de ITS/VIH/Sida en personas migrantes.

Figura 2

Representación gráfica de la MAS



Nota: Elaboración propia.

Variables de Interés

A continuación, se presentan las variables de interés: Conocimiento de ITS-VIH/Sida, Aculturación, y Uso del condón en migrantes.

Para los factores personales donde se encuentra el conocimiento de ITS-VIH/Sida, Bandura (1986) planteó como los mecanismos cognitivos influyen para la adopción de nuevas conductas o comportamientos, con las siguientes ideas:

Modelado y observación, entendido como la capacidad de aprendizaje por medio de la observación de modelos competentes, donde son de suma importancia la memoria, la atención y la reproducción. La Autorregulación se refiere a la capacidad para lograr objetivos con una planeación previa, evaluación del progreso de estos, y ésta se aplica a lo largo de la vida. Se entiende por aprendizaje vicario a aquel que se basa en las experiencias que viven otros, superando obstáculos, recurriendo a la observación como mecanismo de aprendizaje de los éxitos o fracasos ajenos. La autorreflexión se da por medio de la autoevaluación y la autoobservación, permitiendo identificar oportunidades de mejora y aplicación de medidas para el desarrollo de habilidades y crecimiento personal y el autocontrol y autorregulación mediante logros de estándares y recompensas personales, promoviendo el compromiso y la motivación para aprender.

Hablando de factores culturales donde se encuentra la aculturación según Graves (1967), es un complejo proceso donde la persona tiene una serie de transformaciones internas y externas, al tener contacto con una cultura diferente a la propia, manifestado por medio de cambios actitudinales y en sus valores, como resocialización y adaptación con el nuevo entorno. Ferrer et al. (2014), refieren que dichos cambios afectan dimensiones individuales como las actitudes, los sentimientos y las conductas, además de ajustes sociales de readaptación cuando se retorna al país de origen.

Dentro de los desafíos a los que se ven expuestos las personas que migran se tienen los cambios físicos al habitar espacios nuevos, transformaciones biológicas por los cambios en los hábitos alimenticios o sanitarios, pérdida de derechos por limitaciones políticas, modificaciones culturales por el aprendizaje de una nueva lengua o integración de nuevas prácticas sociales. Cambios emocionales por la pérdida de las redes de apoyo, separación familiar, laboral y amistoso, generando en muchas ocasiones resistencia cultural al confrontar un sistema cultural diferente. (Ferrer et al., 2014).

Se empieza a estudiar a finales del siglo XIX en disciplinas como la sociología, la antropología y las ciencias políticas enfocadas en la asimilación e integración. La

psicología da un aporte más enfocado a un proceso dinámico donde la persona abandona su cultura de origen para hacer adopción de valores del nuevo entorno, teniendo un grupo minoritario (personas que migran), que puede adoptar características de un grupo dominante (personas del país de llegada) o viceversa, donde se pueden presentar cambios conscientes o inconscientes en tres niveles, en el superficial, se tiene conocimiento básico de la nueva cultura; en el intermedio, ya se hace uso del idioma, preferencias ambientales, relaciones sociales y en el profundo se presentan cambios de normas, valores y creencias personales, que se llevan en la cotidianidad de la persona, son observables y duraderos (Bandura, 1986).

Dentro de las razones por las cuales las personas emigran Orozco (2013) señala que son la búsqueda de mejores ingresos económicos y mejoras en las condiciones laborales, las dificultades políticas de sus países de origen por lo que buscan estabilidad y seguridad en el exterior, motivos personales como las ganas de vivir nuevas experiencias, la informalidad laboral, falta de garantías en sus países, la discriminación de cualquier tipo, son características que forjan el proceso de aculturación en cada persona.

Hablando de los factores conductuales, se tiene a la conducta manifestada por el uso del condón, contamos con dos tipos tanto el masculino o externo como el femenino o el interno, considerados como el método más efectivo para la prevención de transmisión de ITS-VIH/Sida, siempre y cuando su uso sea constante y adecuado (UNAIDS, 2015). La literatura estima que el uso correcto del condón ha prevenido 50 millones de nuevas infecciones por VIH/Sida desde que inició la epidemia, siendo de gran impacto para la salud pública, principalmente en poblaciones vulnerables como la población migrante.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC] (2022), reporta que la transmisión de ITS-VIH/Sida se presenta cuando mucosas lesionadas o secreciones infectadas tienen contacto directo con la mucosa vaginal, uretral o rectal, por lo que es necesario hacer uso del condón en cada relación sexual para maximizar la protección, por lo que la reutilización, retiro precoz, uso inconsistente hace que su eficiencia no sea efectiva. Los condones son fabricados de múltiples materiales entre los

cuales se tiene látex, poliuretano o caucho sintético, por lo que ante un uso correcto es difícil que se rompa, pero ante la posibilidad, las medidas que se deben tomar son la interrupción inmediata de la relación sexual y cambio del condón por uno nuevo, haciendo uso de lubricantes a base de agua o silicona que eviten su ruptura.

Estudios Relacionados

A continuación, se referencian de algunos estudios relacionados con las variables de interés; conocimiento de ITS-VIH/Sida, aculturación y uso del condón.

Conocimiento de ITS-VIH/Sida y uso del condón

Rakkapao et al. (2019) estudiaron 400 trabajadores hombres migrantes en Tailandia, sus edades oscilaban entre 18 y 60 años ($M=33.42$), con el objetivo de describir los conocimientos, actitudes y comportamientos de riesgo de VIH/Sida entre los trabajadores migrantes de Myanmar. El 40.4% lograron educación primaria, el 54.3% eran casados, y tenían una estancia en Tailandia entre 6 meses y 15 años ($M=3.25$ años, $DE=1.86$). El 55.2% de los participantes tenían un nivel bajo de conocimiento de VIH/Sida. Sólo el 13.7% tiene un buen nivel de conocimiento de VIH/Sida, ($M=6.97$, $DE=2.71$). En su mayoría, obtuvieron información sobre las ITS por parte de amigos (38.9%). En cuanto a las personas que no utilizaron condón en sus relaciones sexuales con pareja casual, el 40.58% de los participantes no lo usaron, el 51% eran casados, el 44.6% eran menores de 40 años, y el 64.3% tenían conocimientos regulares del VIH/Sida, lo que significó que menor conocimiento de ITS-VIH/Sida, se asoció a menor uso del condón.

Koschollek et al. (2020) realizaron un estudio con el objetivo de describir el nivel de conocimiento de ITS-VIH/Sida, y patrones de comportamiento y otros factores de riesgo, que están asociados con mayores riesgos de contraer ITS-VIH/Sida entre 2432 migrantes hombres y mujeres de África subsahariana que viven en Alemania. Encontraron que el 45.5% de los participantes eran mujeres, todos mayores de 18 años, $M=32$ años y la estancia en Alemania tuvo $M=9$ años, de las mujeres el 40.5% tenían bajo nivel educativo y de los hombres el 35% refirió tener estudios universitarios. En cuanto al conocimiento de ITS, el 14.4% de los participantes afirmó no conocer ninguna

ITS, las más mencionadas fueron la gonorrea (69.6%) y la sífilis (65.8%), las menos mencionadas el herpes (37%), la clamidia (25%) y las verrugas genitales (23.8%).

Respecto al conocimiento de VIH/Sida, el 86.9% tenía conocimiento alto de los ocho enunciados generales evaluados. La menos conocida fue la información de que no existe cura para la infección por el virus (80.7%), mientras que la información de que el VIH/Sida se puede transmitir a través de las relaciones sexuales fue la más conocida (94.9%). Hablando del uso del condón menos de la mitad de los participantes informaron haber usado siempre condones con parejas sexuales casuales (46.8%), en este estudio, aunque tienen conocimiento de ITS-VIH/Sida más de la mitad de las personas no hacen uso del condón.

Etowa et al. (2021) realizaron un estudio con 1039 migrantes en Canadá, cuyo objetivo fue evaluar los factores asociados con el conocimiento, las actitudes y el uso de condones entre los hombres africanos, caribeños y negros en Ontario, el 22.3% de los encuestados respondió correctamente que el condón es la mejor protección contra la transmisión del VIH/Sida, el 62.4% reportó usar condón regularmente durante los últimos 12 meses. En cuanto al no uso del condón en el último año el 15%, fue porque no tenía ITS-VIH/Sida, el 14% por que no creían que su pareja fuera portadora del virus y al 6.2% no le gustaba hacer uso de uno. Aquellos que tienen edad de 20 a 29 años, tenían probabilidades más altas de hacer uso del condón, (*IC* del 95%), aquellos que estaban actualmente casados tenían actitudes más positivas hacia el uso del condón en comparación con sus homólogos solteros (*IC* del 95%).

Paloga et al. (2022) realizaron un estudio con una muestra de 473 personas, con el objetivo de examinar los factores que influyen en las conductas preventivas del VIH/Sida y la sífilis entre migrantes de Myanmar en Samut Sakhon, Tailandia, los resultados reportaron que 297 (62,8%) eran mujeres entre 25 y 39 años. La mayoría de los encuestados, 226 (47,8%), tenían educación secundaria y 345 (72,9%) estaban casados. En cuanto al conocimiento del VIH/Sida, más de la mitad (53,1%) tenía un buen nivel de conocimiento, principalmente relacionados con la vía de transmisión y las medidas preventivas. En cambio, el 57,3% de los encuestados mostró un conocimiento general más bajo sobre la sífilis.

En cuanto al uso del condón, 335 (88.3%) no usó condón con pareja estable sólo 41 (10.2%) si lo usó. De la muestra total 23 (5.7%) tuvo relaciones sexuales con pareja casual y de esta submuestra sólo 14 (60.8%) usó condón. 353 (87,8%) de los encuestados nunca usaron condón durante el último año, y 168 (41,8%) no estaban seguros de si obtener condones era fácil, aunque el 57,1% reportó comprar condones habitualmente en una farmacia. No se encontró asociación entre el conocimiento de ITS-VIH/Sida y la protección de los participantes.

Etowa et al. (2023) realizaron un estudio en Canadá con el objetivo de crear estrategias basadas en evidencia para fortalecer la prevención del VIH/Sida, se informó que de 866 participantes hombres, más del 50% tenían una edad entre 20 y 49 años, el 60.5% fueron solteros, el 60.7% tenían estudios universitarios y el 60.9% tenían empleo tiempo completo. El 83.3% de los participantes se identificaron como cristianos. En cuanto a conocimiento de ITS-VIH/Sida el 63.2% tenían un alto conocimiento, el 23.1% tenían conceptos erróneos sobre 1 a 5 ítems de la escala, el 3.2% tenían conceptos erróneos sobre 6 a 10 ítems y el 0.9% tenían conceptos erróneos sobre más de 10 ítems de una escala de 18 ítems en total. Para el uso del condón las puntuaciones medias de actitudes negativas hacia el uso del condón oscilaron entre 24.6% a 27.2%, lo que representa una correlación entre conceptos erróneos sobre VIH/Sida y actitud negativa para el uso del condón.

Zhou et al. (2023) realizaron un estudio con 1.433 migrantes en China, cuyo objetivo fue explorar las conductas sexuales de riesgo de los migrantes que viven en China para el establecimiento de un sistema de servicios de salud pública localizado. Los hombres representaron el 67.9%, la edad ($M= 25$ años, $DE=4.57$), el 68.9% informó tener más de 11 años de educación, el 88% eran solteros, el 61.8% nunca había oído hablar de las ITS o el VIH/Sida. Entre los migrantes que habían oído hablar sobre ITS-VIH/Sida, ($M= 5.4$, $DE= 2.1$). El porcentaje de encuestados que contaban con conocimientos del VIH/Sida, conforme a la escala de 8 ítems fue <4 ítems con 6.98%, 4-6 con 17.3% y >6 con 13.89%. En cuanto al uso del condón más del 50% refieren hacer uso de este, lo que refiere que no hay relación entre conocimiento de ITS-VIH/Sida y el

uso del condón. Los casados tenían comportamientos más desprotegidos ($AOR= 3,096$, IC del 95%: $-1,705$ a $5,620$) en comparación con los encuestados solteros.

Aculturación y uso del condón

Haderxhanaj et al. (2015) realizaron en un estudio con 6292 hombres migrantes en EE.UU, cuyo objetivo fue examinar comportamientos sexuales de riesgo y protectores de los hombres hispanos con sus parejas femeninas por aculturación, el 97.9% eran mayores de 19 años, el 50% eran casados y el 22.3% tenía estudios de secundaria finalizados. Los migrantes de habla hispana el fueron el 9.9%, los migrantes de habla inglesa representaron el 3.7%. En cuanto a uso del condón el 39.7% de migrantes de habla inglesa usaron condón en la última relación sexual vaginal, los migrantes de habla hispana fueron el 33.4% que hicieron uso de este además son los menos aculturados. Sexo con pareja casual los hombres hispanos nativos de EE. UU. tuvieron un porcentaje (17,6%) en comparación con los migrantes hispanohablantes tuvieron un porcentaje de (8,7%), lo que significa que a menos aculturación menos parejas casuales.

Ertl et al. (2018) realizaron un estudio con 530 mujeres migrantes en EE.UU. cuyo objetivo era identificar los factores sociales y culturales que contribuyen a los comportamientos sexuales de riesgo entre las jóvenes latinas adultas durante los primeros meses en los EE.UU., la mujeres tenían entre 18 y 23 años ($M= 20.8$, $DE= 1.82$), el 66% estaban desempleadas, el 29% mantuvieron relaciones sexuales sin protección, el 86.5% de migrantes tuvieron alguna forma de sexo sin protección en al menos una ocasión. Las personas con menos aculturación presentaron correlación negativa con el uso del condón ($r= -.23$, $M= 3.25$, $DE= 0.63$ y $p= .01$), mientras que los más aculturados presentaron una correlación positiva con el uso del condón ($r= .12$, $M= 2.59$, $DE= 0.71$ y $p= .01$). Los participantes menos aculturados presentaron un mayor riesgo sexual.

Conocimiento de ITS-VIH/Sida y aculturación

O'Connor et al. (2009) buscaban describir la relación entre aculturación, riesgo sexual e infecciones de transmisión sexual (ITS) y virus transmitidos por la sangre

(BBV) entre los hombres vietnamitas que viven en el interior de Sídney en una muestra de 499 hombres con edades entre 16 y 59 años, una edad media de 23 años, el 17% nunca habían usado condón, y tuvieron puntuaciones de aculturación menor ($p < .05$). De los hombres que alguna vez habían usado condón, el 34% no habían usado condón en los últimos 12 meses y tuvieron puntuaciones de aculturación más bajas ($p < .014$), el 9% recibieron información sobre VIH/Sida directamente de su médico de cabecera con una edad de 34 años y el 32% la recibieron de una fuente diferente a un profesional de la salud en Vietnam y eran mayores que los anteriormente mencionados con 43 años, con un nivel de aculturación más bajo, encontrándose inconsistencia entre nivel de conocimiento, aculturación y edad del migrante.

Se obtuvo una puntuación media de conocimiento de ITS de 2.8 sobre 6 posibles (IC del 95%: 2.6-3.0). Además, los vietnamitas mostraron un nivel de conocimiento sobre ITS y VBB menor que el promedio nacional en un Estudio Australiano de Salud y Relaciones. El estado civil, el empleo y la edad no influyeron significativamente en el conocimiento de ITS-VIH/Sida ($p = > .05$).

Marsiglia y Navarro (2009) en un estudio realizado en EE.UU, cuyo objetivo fue explorar las relaciones entre el estado de aculturación, los conocimientos del VIH/Sida y el riesgo percibido de infección de VIH/Sida en un grupo de jóvenes México-americanos en EE:UU, encuestaron 351 adolescentes, de los cuales el 57% correspondía a mujeres, el 24% dominaban español y 41% eran bilingües; entre el 35% y el 70% de la muestra respondió incorrectamente o no sabían que puntos eran verdaderos o falsos, los alumnos con menor conocimiento fueron aquellos que dominaban el idioma español, mostraron menor conocimiento con el 43%, mientras que los alumnos que dominaban el inglés con un 35% tenían más probabilidades de responder bien, mientras que los bilingües estaban en punto intermedio.

En cuanto a predictores los jóvenes más aculturados, tenían una preocupación menor del VIH/Sida en general ($\beta = -0.082$, $p < .05$) y más miedo de contagio de VIH/Sida por un compañero de clase ($\beta = +0.055$, $p < .05$), que eran quien más conocimiento tenían. Mientras que la falta de conocimiento del VIH/Sida, en los menos aculturados parece relacionarse con iniciar a más temprana edad las relaciones sexuales

y ser más activos sexualmente que lo más aculturados, además también sienten miedo de contraer el virus.

Nour et al. (2010) realizaron un estudio con 92 migrantes en Canadá con edades entre 18 y 35 años, cuyo objetivo fue analizar el poder de las mujeres heterosexuales relacionado con el riesgo de contraer VIH/Sida, conforme a las influencias culturales en el comportamiento, se encontró que la edad media de los participantes fue 23.50 ($DE=3.90$), el 52.8% eran mujeres, el 64.1% utilizaban el condón de forma inconsistente, el 29.3% utilizaba más sistemáticamente el condón y el 6.5% nunca lo habían utilizado, además se encontró una relación entre los que estaban menos aculturados con la cultura canadiense y tenían menos conocimiento de VIH/Sida, fueron quienes manifestaron un mayor uso del condón, conforme a una regresión lineal en dicha población. Las mujeres tenían más probabilidades de usar condones que los hombres con parejas que no son de medio oriente: ($AOR= <0$, $IC= <0.001-0.4695$, $p= <0$). La educación superior se asoció con mayor uso del condón: ($AOR= 0.003$, $IC= 0.001-0.48$, $p= <.024$). los participantes menos aculturados usaron más condones: ($AOR= 0.74$, $IC= 0.57-0.97$, $p= <.030$). Menor conocimiento de ITS-VIH/Sida se asoció con mayor uso del condón: ($AOR= 0.15$, $IC= 0.03-0.897$, $p= .034$).

Síntesis de estudios relacionados

En síntesis, se encontró que los migrantes se ven expuestos a comportamientos sexuales de riesgo por la influencia significativa del conocimiento que tienen sobre ITS-VIH/Sida en lo referente a que son, como se contagian, si tienen tratamiento o cura, al igual que por la aculturación que se manifiesta por las costumbres culturales practicadas o aplicadas que pueden ser las costumbres propias de sus países de origen o las nuevas costumbres que aprenden y adquieren en México, que se reflejaran en la decisión de hacer uso o no del condón en el momento que lleven a cabo una relación sexual, los conocimientos de ITS-VIH/Sida así como el uso del condón cuentan con un volumen considerable de literatura actualizada, por otro lado en cuanto a la aculturación, no se cuenta con mucha literatura muy actualizada y es más escasa la información en ciencias de la salud ya que ha sido más estudiada en sociología, psicología o antropología.

En la revisión de la literatura, la mayoría de los estudios están en el idioma inglés, realizados en países desarrollados como Estados Unidos, Canadá, Australia, China, Alemania, Taiwán, aunque ningún estudio es concluyente, ya que en mientras en unos artículos el conocimiento de ITS-VIH/Sida influye de manera negativa en los migrantes para el uso del condón en otros estudios eran factores protectores ya que motivaban al migrante a hacer uso de este.

Por lo que es de suma importancia estudiar las variables anteriormente mencionadas, principalmente la aculturación por ser una variable poco estudiada por profesionales de la salud, que nos permita tener un panorama más claro que permita brindar atención en salud efectiva y competente culturalmente y con humanización que logre satisfacer las necesidades específicas de la población. A pesar de que se encontraron estudios realizados con población latinoamericana, ningún estudio se ha realizado en países de habla hispana, en cuanto a México no se tiene evidencia de literatura cuantitativa que estudie las variables de interés.

Definición de Términos

A continuación, se tiene la definición de las variables que se tuvieron en cuenta en este estudio:

Edad son los años de vida cumplidos por los migrantes a la hora de realizar la encuesta.

Sexo se refiere a la diferenciación de características entre la mujer y el hombre expresado como masculino o femenino.

Estado civil hace referencia a la situación civil actual del migrante, que puede ser soltero, casado, divorciado, viudo o unión libre.

Escolaridad es el último grado educativo realizado por el migrante anterior o actualmente. Estas variables fueron medidas por medio de una Cédula de datos sociodemográficos.

Conocimiento de ITS-VIH/Sida es la información de lo que conocen o desconocen los migrantes acerca de transmisión y prevención de ITS-VIH/Sida y uso del

condón. Esta variable se midió con la Escala de Conocimientos Sobre VIH y Otras ITS (ECI).

Aculturación es el grado de adopción de una persona de características culturales diferentes a la propia como adaptación al interactuar con una nueva cultura. Esta variable se midió con la Escala de Aculturación Multigrupo de Stephenson.

Uso del condón es la frecuencia que tiene el migrante para usar el condón con pareja estable y/o casual, en la última relación sexual en el último mes. Esta variable se midió con la subescala de frecuencia de la Escala de Uso del Condón.

Justificación

La relevancia que tiene la presente investigación se fundamenta en la escasa información disponible en la literatura científica sobre el conocimiento de ITS-VIH/Sida, aculturación y uso de condón en migrantes. Dentro de los factores personales, en los cuales tenemos especialmente el conocimiento de ITS-VIH/Sida, la evidencia científica revela que gran parte de los migrantes en el mundo se encuentran en la etapa del ciclo vital donde son más sexualmente activos. Muchos de los conocimientos que tienen son obtenidos a través de pares o internet, además de tener otras barreras como el idioma, limitado acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como acceso a personal capacitado bilingüe entre otros, se convierten en factores que pueden promover la adopción de comportamientos sexuales de riesgo (Aidoo-Frimpong et al., 2021; Koschollek et al., 2020; Metusela et al., 2017; Zoboli, 2017).

Así como la migración incrementa la vulnerabilidad para adquirir ITS-VIH/Sida, la literatura muestra evidencia que existen otros factores adicionales a los cognitivos, como son los ambientales, entre los que destaca la aculturación (Adeyeba et al., 2023) y los conductuales, entre ellos el uso inconsistente del condón (Esquivel-Rubio et al., 2021).

A pesar de su relevancia la aculturación se trata de una variable poco estudiada en el contexto de la sexualidad y su relación con el conocimiento de ITS-VIH/Sida y el uso del condón son variados (Ertl et al., 2018; Koschollek et al., 2020; Zhou et al., 2023). Las investigaciones refieren que dicho proceso tiene influencia en la salud de los migrantes y se asocia a conductas sexuales de riesgo por normas culturales dominantes y estresores externos en el proceso de adaptación, se cree que mientras más aculturado el migrante recurre a mayor uso de condón, así como mayor exposición a prácticas sexuales de riesgo (Du et al., 2015). Además de involucrar factores internos como la edad, sexo, nivel educativo, religión y experiencias interculturales (Zhu, 2022); por lo tanto, es importante analizar al migrante que lo afecta y como interfiere dicha afección para la toma de decisiones como lo es la utilización del condón en una relación sexual.

La utilización del condón ha sido muy efectiva para combatir la infección por VIH/Sida a nivel mundial. Por lo que se recomienda promover su uso en las personas

sexualmente activas, principalmente las personas con mayor riesgo de adquirir ITS-VIH/Sida, como son migrantes, hombres que tienen sexo con hombres, personas que tiene trabajo sexual, privados de la libertad y las personas trans (Censida, 2023).

Por lo anterior, y teniendo en cuenta que la problemática se relaciona con los conocimientos que poseen los migrantes sobre ITS-VIH/Sida, aculturación, y el uso del condón para la prevención de ITS-VIH/Sida, la realización del presente estudio permitirá a los profesionales de enfermería ampliar el conocimiento de las variables de interés y crear estrategias de prevención de infección de ITS-VIH/Sida en población migrante del área metropolitana de Monterrey N. L.

Objetivo General

Determinar la relación entre el conocimiento de ITS-VIH/Sida, aculturación y el uso del condón en migrantes del área metropolitana de Monterrey N.L.

Objetivos Específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico de los participantes del estudio.
2. Describir el conocimiento de ITS-VIH/Sida y aculturación.
3. Identificar la frecuencia del uso del condón de los participantes del estudio.
4. Comparar el nivel de conocimientos de ITS-VIH/Sida de los migrantes de acuerdo con la edad, sexo, estado civil y escolaridad.
5. Comparar el nivel de aculturación de los migrantes de acuerdo con la edad, sexo, estado civil y escolaridad.

Materiales y Métodos

En el presente capítulo se describe el abordaje del fenómeno de estudio empleado para el desarrollo de esta investigación, en el cual comprende: diseño del estudio, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y plan de análisis de datos.

Diseño del Estudio

Se realizó un diseño descriptivo correlacional transversal. Descriptivo por que buscó señalar las variables como conocimiento de ITS-VIH/Sida, aculturación y uso del condón por parte de migrantes que se encuentran en Monterrey N.L. Correlacional, por que identificó la relación existente entre las variables anteriormente mencionadas. Así mismo fue de tipo transversal por que los datos fueron recolectados en un momento específico (Grove & Gray, 2020; Polit & Beck, 2021).

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por migrantes de ambos sexos mayores de 18 años, que se encontraban en albergues o lugares de estancia en el área metropolitana de Monterrey Nuevo León, y que llevaban viviendo en México tres meses o más. El muestreo empleado fue probabilístico por conveniencia. El cálculo de la muestra se determinó mediante el programa estadístico G Power, versión 3.1.9.7, en el cual se tomaron como referencia los siguientes parámetros: un nivel de significancia de .05, una potencia de prueba de 95% y un coeficiente de correlación de .24, obteniendo una muestra de 206 participantes.

Criterios de inclusión: se consideraron criterios de inclusión a migrantes a) hombres y mujeres migrantes mayores de 18 años, b) personas con nacionalidad distinta a la mexicana, c) estar viviendo en el país en los últimos tres meses.

Criterios de exclusión: se consideraron criterios de exclusión a migrantes a) que no entiendan el idioma español, b) personas desorientadas en persona, tiempo y espacio o que se encuentren bajo efectos de alcohol o sustancias alucinógenas.

Criterios de eliminación: se consideraron criterios de eliminación a) encuestas incompletas, b) personas portadoras de alguna ITS-VIH/Sida.

Instrumentos de Medición

A continuación, se describen los instrumentos que fueron utilizados para medir las variables de interés.

Cédula de datos sociodemográficos: la cual fue creada por el investigador principal, para describir a los participantes del estudio en la que se incluyó: edad, sexo, estado civil, nacionalidad, personas con quien vive actualmente, nivel de escolaridad, situación laboral, creencias religiosas, cuenta con servicio de salud en México, tipo de relación sexual que practica con mayor frecuencia, que tipo de pareja sexual tiene, así como si ha sido diagnosticado con algún tipo de infección de transmisión sexual, esta última pregunta utilizada como filtro en caso que requiera eliminación . Esto con el fin de tener una caracterización detallada de los participantes del estudio (Anexo 2).

Conocimiento de ITS-VIH/Sida: fue medido por Escala de conocimiento sobre el VIH/ITS (ECI), (Espada et al., 2014). Dicha escala se encuentra en idioma español, cuenta con 24 ítems que se relacionan con el conocimiento del VIH y otras ITS, teniendo Verdadero, Falso o No lo sé cómo opciones de respuesta. La escala tiene como objetivo evaluar dimensiones relacionadas con los conocimientos sobre ITS-VIH/Sida, cuenta con un Alpha de Cronbach de .88 y las dimensiones son las siguientes: a) Conocimiento generales del VIH: con los ítems 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10 y 18, b) Conocimiento de transmisión del VIH: con los ítems 5, 6, 7, 15 y 16, c) Conocimiento de prevención del VIH: con los ítems 11, 12 y 17, d) Conocimiento sobre otra ITS: con los ítems 19, 20, 21, 22, 23 y 24, e) Conocimiento sobre el condón: con los ítems 13 y 14. (Anexo 3).

Los aciertos corresponden a las respuestas “verdadero” o “falso”, en cuanto a la respuesta “no lo sé”, corresponde a un error, por lo cual se recomienda responder lo menos posible esta opción. Unos ejemplos de preguntas son: el Sida es causado por un virus llamado “VIH”, el VIH/Sida se transmite a través del aire, la Gonorrea o Gonococia se cura sola en la mayoría de los casos. En el análisis de confiabilidad por factores se reportó los siguientes datos: Conocimiento general del VIH/Sida: $\alpha = 0.76$;

conocimiento del condón: $\alpha = 0.65$; conocimiento sobre la transmisión del VIH/Sida: $\alpha = 0.85$; prevención del VIH/Sida: $\alpha = 0.70$ y conocimiento sobre otras infecciones de transmisión sexual: $\alpha = 0.78$. Las respuestas con aciertos se distribuyen de la siguiente manera: ítems verdaderos: 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 13, 14, 18 y 22, Ítems falsos: 5, 6, 7, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23 y 24.

Las puntuaciones tendrán un puntaje mínimo de 0 y máximo de 24 y se clasifican en cinco rangos: el primer rango con un puntaje de 19 a 24, se considera alto, el segundo rango con un puntaje de 14 a 18, se considera medio-alto, el tercer rango con un puntaje de 9 a 13, se considera medio, el cuarto rango con un puntaje de 4 a 8, se considera medio-bajo y por último tenemos el quinto rango con un puntaje de 0 a 3, con un puntaje de bajo.

Aculturación: fue medida por la escala “Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS), (Stephenson, 2000)”, traducida al español del inglés, la cual está conformada de 32 ítems, dividida en dos subescalas: la primera está relacionada con el país de origen del migrante con preguntas que va de la 1 a la 17 y la segunda subescala está relacionada con el país de llegada del migrante, con preguntas que va de la 18 a la 32 con 4 opciones de respuesta tipo Likert así: falso, parcialmente falso, parcialmente verdadero y verdadero. Cada subescala se debe promediar de manera independiente, donde a mayor puntaje en alguna de las subescalas indica una mayor adherencia a uno de los tipos de subescala. Un ejemplo de pregunta sería: “Hablo mi lengua materna con mis amigos y conocidos de mi país de origen.”

Si se tiene un mayor puntaje en la subescala 1 que va de la pregunta 1 a la 17, significa que el encuestado tiene menor aculturación, es decir que tiene mayor influencia de la cultura propia que de la cultura del país en el que se encuentra, mientras que si el mayor puntaje se obtiene en la subescala 2, con las preguntas que van de la 18 a la 32 significa que el encuestado está mayormente aculturado, es decir tiene mayor influencia de la cultura del país en el que se encuentra actualmente por encima de su cultura propia. Los puntajes se ven por separado, significa que a mayor puntaje en subescala 1 tiene tendencia a su cultura de procedencia, por el contrario, si es mayor el puntaje en la subescala 2, tiene tendencia a adoptar características culturales del nuevo lugar de

llegada. Stephenson (2000), reportó una confiabilidad medida por alfa de Cronbach de .86 forma global y por factores responde a .97 y .90 respectivamente (Anexo 4).

Uso del condón: fue medido por medio de la escala de Uso del condón (Milhausen et al., 2007), el cual evalúa si se utilizó condón o no en la última relación sexual tanto con pareja formal o casual. Se compone de dos subescalas, la primera cuenta con dos ítems, con opción de respuesta dicotómica Sí y No, por lo tanto, a mayor puntaje, mayor es la frecuencia del uso del condón, la segunda subescala la conforman las cuatro preguntas restantes que evalúan el uso del condón en los últimos 30 días, donde se calcula la relación que existe entre las veces que usaron condón en el último mes dividido el número de veces que tuvieron relaciones en el último mes. Un ejemplo de pregunta es: ¿Utilizaste un condón la última vez que tuviste relaciones sexuales con una pareja que no fuera tu pareja? Cuenta con un alfa de Cronbach de .93. Para fines del presente estudio se hizo uso de la subescala de frecuencia de la escala previamente mencionada. (Anexo 5).

Procedimiento de Recolección de Información

Para la realización del presente estudio se solicitó aprobación por parte de la Comisión de ética e investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Posteriormente se solicitó autorización por parte del personal directivo y administrativo de los centros de acogida para migrantes, entregando oficios correspondientes, para solicitar autorización de ingreso a sus instalaciones, al contar con dicha autorización se explicó cuál era la dinámica de la recolección de los datos, se definió los días de asistencia y horarios a los albergues, así como quienes fueron los responsables en recolectar la información, que fueron personas debidamente identificadas, también se solicitó un lugar adecuado para el llenado de las encuestas, que brindara privacidad a los participantes.

Se capacitó al equipo de personas que apoyaron con la recolección de información, donde se les hizo énfasis en los criterios de inclusión, de exclusión y de eliminación, quien cumpliera con dichas características iba a ser seleccionado para el llenado de la encuesta, se les mostraron los instrumentos completos, se les preguntó que dudas tenían, para que fuera lo más claro posible y poder así ayudar a cada uno de los

participantes en el llenado de las encuesta con las dudas que resultaron, todos los encuestadores fueron dotados de gel antibacterial, tapabocas, materiales para la recolección de la información, de igual manera se contó con el acompañamiento por parte del investigador para el aclaramiento de dudas.

A cada uno de los encuestadores se le asignó su equipo para la recolección de los datos, instrumentos impresos, plumas, encuestas suficientes y se dispuso de una caja en la cual se guardaron las encuestas terminadas, esto con el fin de garantizar la confidencialidad de la información allí contestada y un sobre en el cual se metieron los consentimientos informados firmados. Cuando una persona fue seleccionada y luego de aceptar participar en el estudio con los criterios anteriormente mencionados, se le explicó cuál era el objetivo de la investigación así como los beneficios y/o riesgos de participar en este, al igual que la confidencialidad del mismo y que fue realizada de manera voluntaria, pudiéndose retirar en el momento que lo considerara necesario sin que esto significara alguna repercusión por ello; quienes no contaron con los criterios de inclusión se les agradeció su interés y de igual manera se les dio educación acerca de la prevención de ITS-VIH/Sida y de la importancia del uso del condón.

A cada participante se le entregó un paquete conformado por el consentimiento informado (Anexo 1) que fue separado del instrumento, se le explicó el fin del estudio de investigación, se aclararon dudas, se hizo énfasis que no representará ningún riesgo relacionado con su estancia en la ciudad o en el albergue, al igual que se podían retirar en el momento que lo hubieran deseado, sin que se fueran a tomar acciones punitivas en su contra, en el momento en que se llenó el consentimiento informado este fue guardado en un sobre y se procedió a continuar con el llenado de los instrumentos.

Los instrumentos se identificaron con un código único que permitiera darle individualidad al instrumento y que no tuviera nada que ver con el consentimiento informado, esto con el fin de evitar duplicidad en la información, se dieron instrucciones para que el llenado de los instrumentos fuera sencillo, se aclararon las posibles dudas que resultaron sin que esto influyera en las respuestas de los participantes, posterior a esto se procedió a revisar que los instrumentos estuvieran bien diligenciados delante del participante para verificar que estuvieran completas y en caso de que hubiera preguntas

sin responder, se indagó el motivo por el cual hubo espacios en blanco, se aclararon las dudas que resultaron para que los instrumentos quedaran completos. Se les agradeció de forma cordial al participante del estudio y como incentivo por su tiempo se le hizo entrega de un pequeño kit de aseo, además se les brindó información para la prevención de transmisión de ITS-VIH/Sida de forma verbal.

Consideraciones Éticas

El presente estudio estuvo guiado, fundamentado y apegado a los principios vigentes del reglamento por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014); el cual tiene establecido los principios y lineamientos relacionados con la investigación científica y tecnológica para la salud, que garanticen la dignidad y el bienestar de las personas partícipes en proyectos de investigación. Que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general.

Conforme a lo estipulado en el título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, se describirán los siguientes artículos y fracciones:

El artículo 13, señala el respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Por lo que los participantes del proyecto se consideran con capacidad de participación voluntaria, aplicando las encuestas en lugares que sean privados para ellos. Con base en el artículo 14 (Fracción V), se contó con consentimiento informado por escrito por parte de los participantes; (Fracción VI) dicho consentimiento fue realizado por un profesional de la salud, autor del estudio, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad y bienestar del ser humano como Licenciado en Enfermería.

De la Fracción VII se contó con la aprobación de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación, de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). La recolección de los datos se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización de las autoridades correspondientes de los

albergues o sitios de acogida de migrantes en el área metropolitana de Monterrey N.L (Fracción VIII).

Con referencia al artículo 16, se protegió la privacidad de los participantes, ya que no se utilizaron datos personales como nombres o apellidos, se les asignó códigos y dichas encuestas fueron manejadas por el investigador principal. Fueron aplicados en un lugar privado que garantizara seguridad y comodidad a los participantes, posterior a su llenado fueron depositadas en una caja, para su llenado en la base de datos sólo por parte del investigador principal.

Hablando del capítulo 17, que considera el riesgo de la investigación, que la clasificó sin riesgo, con riesgo mínimo y con riesgo mayor que el mínimo, como la probabilidad que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Esta investigación se consideró sin riesgo (Fracción I) ya que se aplicaron cuestionarios de auto reporte por parte de las personas que participaron en el estudio.

Respecto al artículo 20, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual, el participante autorizó su participación en la investigación con pleno conocimiento de los objetivos, de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Por lo que cada uno de los participantes estuvieron en la libre decisión de participar o no en el proyecto de investigación por medio del llenado de la encuesta que se le entregó previa firma del consentimiento informado.

En cuanto al artículo 21, que manifiesta que para que el consentimiento informado se considere existente, se le brindó al participante una explicación clara y completa, de tal forma que pudiera comprender al menos la justificación y los objetivos de investigación (Fracción I); los procedimientos que se efectuarán y su propósito (Fracción II); que su contribución fue importante para la generación de conocimiento (Fracción IV); la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a dudas ((Fracción VI), así como la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio (Fracción VII); y la seguridad de que no se identificará y

se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (Fracción VIII).

Conforme al artículo 22 que manifiesta que el consentimiento informado se debió formular por escrito, este fue realizado por el investigador principal, señalando la información mencionada en el anterior artículo (Fracción I), fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Fracción II), se indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación (Fracción III), Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella y a su nombre firmará otra persona que él designe (Fracción IV).

Artículo 57 de la investigación en grupos subordinados, el estudio se llevó a cabo en albergues, el consentimiento informado de los participantes no se vio influenciado de manera restrictiva por alguna autoridad de la institución. Artículo 58, fracciones I y II, la participación, rechazo o retiro del consentimiento durante el estudio no afectó la estancia del migrante en los albergues, así como tampoco su situación migratoria en el país.

Estrategia de Análisis de Datos

Posterior a su recolección los datos fueron ingresados a una base de datos y analizados mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 22 (SPSS V.22.0) para Windows. Así mismo se determinó la consistencia interna de los instrumentos por medio de Coeficiente Alpha de Cronbach. Para determinar la distribución de los datos se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, a los datos sociodemográficos aquellas variables continuas se les aplicó medidas de tendencia central y dispersión y para variables nominales frecuencias y porcentajes, además se utilizó estadística no para métrica para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Para el primer objetivo se describió el perfil sociodemográfico de los participantes del estudio, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias y porcentajes.

En cuanto al segundo objetivo, describir el conocimiento de ITS-VIH/Sida y aculturación se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias y porcentajes.

Para responder al tercer objetivo que fue identificar la frecuencia del uso del condón de los participantes del estudio se utilizaron frecuencias y porcentajes.

Hablando del cuarto objetivo que fue comparar el nivel de conocimiento de ITS-VIH/Sida de los migrantes de acuerdo con la edad, sexo, estado civil y escolaridad, se realizó la prueba para estadística no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar el nivel de conocimiento de ITS-VIH/Sida entre hombre y mujeres y la prueba de Kruskal Wallis para el conocimiento de ITS-VIH/Sida, según la edad, estado civil y grado escolar.

Para dar respuesta al quinto objetivo que fue comparar el nivel de aculturación de los migrantes de acuerdo con la edad, sexo, estado civil y escolaridad, se realizó la prueba para estadística no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar el nivel de aculturación entre hombre y mujeres y la prueba de Kruskal Wallis para la aculturación, según la edad, estado civil y grado escolar.

Para dar respuesta al objetivo general en cuanto a la relación de los conocimientos de ITS-VIH/Sida, aculturación, y uso del condón se empleó la prueba no paramétrica con el Coeficiente de Correlación de Spearman, ya que no mostró normalidad su distribución.

Resultados

A continuación, se presenta el análisis estadístico de los datos recolectados en el estudio que tuvo una muestra de 206 migrantes en el área metropolitana de Monterrey N.L. Inicialmente se muestra la consistencia interna de las escalas (tabla 1), seguido de la prueba de normalidad de los instrumentos, posteriormente los datos descriptivos de las variables sociodemográficas y por último la estadística inferencial.

En la tabla 1 se reportan las consistencias internas de las Escala de conocimiento sobre VIH y otras ITS, Escala de Aculturación Multigrupo y la subescala de la escala del Uso del condón, presentan un Alpha de Cronbach aceptable que se encuentra entre .73 y .81 (Grove & Gray, 2020; Polit & Beck, 2021).

Tabla 1

Confiabilidad de las escalas

Variable	No. Reactivos	α
Escala de conocimientos sobre VIH y otras ITS	1 – 24	.81
Conocimiento general del VIH	1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 18	.57
Conocimiento transmisión del VIH	5, 6, 7, 15, 16	.59
Conocimiento prevención de VIH	11, 12, 17	.64
Conocimiento sobre otras ITS	19, 20, 21, 22, 23, 24	.53
Conocimiento sobre el condón	13, 14	.66
Escala de Aculturación Multigrupo	1 – 32	.77
Aculturación etnográfica	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17	.66
Aculturación dominante	18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32	.75
<i>Nota: n= 206, α= Alpha de Cronbach.</i>		(continúa)

Tabla 1*Confiabilidad de las escalas*

(continuación)

Variable	No. Reactivos	α
Escala de Uso del Condón	1 – 6	.73
Frecuencia	1, 2	.60
Consistencia	3, 4, 5, 6	.79

Nota: $n=206$, α = Alpha de Cronbach.

Previo a realizar el análisis de los datos, se examinó la distribución de las variables del estudio utilizando la prueba de Kolmogórov-Smirnov con la corrección de Lilliefors. Los resultados indicaron que los datos no seguían una distribución normal, por lo que se decidió emplear métodos estadísticos no paramétricos (tabla 2).

Tabla 2*Prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors*

Variable	D^a	p
Edad	.14	<.001
Años de estudio	.16	<.001
Aculturación	.05	.200 ^d
Etnográfica	.10	<.001
Dominante	.06	.053
Conocimiento ITS-VIH/Sida	.09	<.001
Conocimiento general de VIH	.20	<.001
Conocimiento de transmisión de VIH	.21	<.001
Conocimiento prevención VIH	.38	<.001
Conocimiento otras ITS	.24	<.001
Conocimiento sobre condón	.32	<.001
Uso del condón	.39	<.001

Nota: D^a = prueba de normalidad; p = Valor de p .

Estadística Descriptiva del perfil de los participantes

Para dar respuesta al primer objetivo, se describió el perfil sociodemográfico de los participantes del estudio, de una muestra de 206 participantes, el 6.3% ($n=13$), reportaron no contar con ningún nivel escolar formal, sin embargo, todos indicaron saber escribir su nombre para la firma del consentimiento informado. Para estos casos, las encuestas se llenaron con apoyo de los encuestadores, quienes leyeron las preguntas y las opciones de respuestas. La media de edad fue 31.64 años ($DE=10.10$), con promedio de escolaridad de 9.55 años ($DE=4.27$) y un tiempo de estancia en México de 10.10 meses ($DE=11.52$) (Tabla 3 y 4).

Tabla 3

Medidas de Tendencia Central y Dispersión de Variables Sociodemográficas

	Media	DE	Valor	
			Mínimo	Máximo
Edad en años	31.64	10.10	18	69
Años de escolaridad	9.55	4.27	0	20
Tiempo de estancia en México en meses	10.01	11.52	3	84

Nota: DE = Desviación Estándar, $n = 206$.

Para continuar dando respuesta al primer objetivo, se continua con la descripción del perfil sociodemográfico de los participantes del estudio, en la tabla 4, se identificó como predominante el sexo femenino con el 66% ($n=136$), en cuanto al estado civil el 52.9% ($n=159$) reportaron ser solteros, el 49.5% ($n=102$) refirieron ser latinos procedentes de Honduras y el 25.7% ($n=53$) de Venezuela, otros con el 0.5% ($n=1$) conformado por Argentina, Brasil, Costa Rica, Haití y República Dominicana. Las personas con quien conviven en México se observaron al 34.5% ($n=71$) viven con familiares. En cuanto al grado escolar el 31.6% ($n=65$) de los participantes manifestó contar con secundaria, el 27.2% ($n=56$) con preparatoria, el 61.6% ($n=133$) de los participantes no se encuentran trabajando actualmente. En lo que respecta a las creencias religiosas el 49% ($n=101$). En cuanto al tipo de prácticas sexuales el 82.5% ($n=170$)

manifestó tener relaciones sexuales por vía vaginal. En lo que se refiere al tipo de pareja sexual el 61.2% ($n=126$) mencionaron tener pareja formal (hombre) y el 31.1% ($n=61$) pareja formal (mujer). Finalmente, el 100% ($n=206$) de los participantes manifiestan no haber sido diagnosticados con ningún tipo de ITS, hasta el momento del diligenciamiento de los instrumentos.

Tabla 4

Perfil de los participantes

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	136	66.0
Masculino	70	34.0
Estado Civil		
Soltero	109	52.9
Unión Libre	49	23.8
Casado	31	15.0
Divorciado	11	5.3
Viudo	6	2.9
País de nacimiento		
Honduras	102	49.5
Venezuela	53	25.7
Colombia	17	8.3
Guatemala	10	4.9
El Salvador	7	3.4
Perú	5	2.4
Ecuador	3	1.5
Nicaragua-Cuba	2	1.0
Otros	1	0.5
Personas con quien convive		
Familiares	71	34.5
Sólo	52	25.2
Compañeros Migrantes	50	24.3
Pareja sentimental	33	16.0
Grado escolar		
Sin estudios	13	6.3
Primaria	48	23.3
Secundaria	65	31.6
Preparatoria	56	27.2
Pregrado	19	9.2
Posgrado	5	2.4
Trabaja actualmente		
Sí	73	38.3

Nota: n= 206

(continúa)

Tabla 4*Perfil de los participantes*

(continuación)

Variable	<i>f</i>	%
No	133	61.6
Tipo de creencia religiosa		
Cristiana	101	49.0
Católica	83	40.3
Testigo de Jehová	2	1.0
Ninguna	16	7.8
Otra	4	1.9
Tipo de relación sexual que practica		
Vaginal	170	82.5
Oral	2	1.0
Anal	3	1.5
Vaginal y oral	13	6.3
Anal y oral	2	1.0
Vaginal, anal y oral	16	7.8
Tipo de pareja Sexual		
Pareja formal (hombre)	126	61.2
Pareja formal (mujer)	64	31.1
Pareja informal (hombre)	9	4.4
Pareja informal (mujer)	7	3.4
Ha sido diagnosticado con alguna infección de transmisión sexual		
Sí	0	0.00
No	206	100

Nota: $n = 206$; f = Frecuencia; % = Porcentajes.

Para darle respuesta al segundo objetivo, el cual fue describir el conocimiento de ITS-VIH/Sida y aculturación, los resultados se verán reportados en las tablas 5 y 6. Haciendo referencia a la escala de conocimiento de ITS-VIH/Sida, en las respuestas obtenidas, se pudo observar que la mayoría de los participantes del estudio haciendo referencia a lo relacionado conocimientos de ITS-VIH/Sida obtuvieron un nivel alto de conocimiento teniendo un porcentaje de 36.9%, equivalente a 76 participantes del estudio; seguido, se obtuvo un puntaje medio alto de conocimiento con un porcentaje de 36.4% que equivale a 75 personas encuestadas, lo que sugiere que más del 70% de los participantes del estudio, lo que quiere decir que más de 151 personas de las que completaron las encuestas tienen conocimientos adecuados de ITS-VIH/Sida, que podría ser un factor protector a la hora de tener comportamientos sexuales de riesgo.

Tabla 5*Descripción de las variables del conocimiento de ITS-VIH/Sida (ECI).*

Variable	<i>f</i>	%
Alto	76	36.9
Medio Alto	75	36.4
Medio	46	22.3
Medio bajo	7	3.4
Bajo	2	1.0

Nota: *f* = Frecuencia, %= porcentaje, *n* = 206.

Para dar continuidad al segundo objetivo, en la tabla 6 se muestran los resultados de la Escala de Aculturación, se pudo evidenciar que a pesar de estar en un país extranjero, los participantes están conservando sus costumbres culturales por encima de las costumbres del país de llegada, por lo tanto no se están aculturando, al tener una media de 56.48 (*DE* = 6.04) en la cultura etnográfica que es la cultura predominante del migrante, en comparación con la cultura dominante con una media de 40.33 (*DE* = 7.91), que es la nueva cultura con la que interactúa la persona.

Tabla 6*Descripción de la variable de Aculturación.*

Subescala	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>	
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Aculturación etnográfica	56.48	6.04	40.0	68.0
Aculturación dominante	40.33	7.91	23.0	60.0

Nota: *DE* = Desviación Estándar, *n* = 206.

Para responder el tercer objetivo que fue identificar la frecuencia del uso del condón de los participantes del estudio, en la tabla 7 se observan los resultados de la subescala de frecuencia de la Escala de Uso del condón, donde los participantes con un resultado de 78.6% (*n*=162), refirieron no haber usado condón en la última relación sexual que tuvieron con su pareja sexual estable, y que el 71.8% (*n*=148) manifestaron

no haberlo hecho con pareja sexual casual.

Tabla 7

Estadísticas descriptivas de la Escala de Uso del Condón.

Pregunta	<i>f</i>	%
1. Usó condón con pareja estable		
Si	44	21.4
No	162	78.6
2. Usó condón con pareja casual		
Si	58	28.2
No	148	71.8

Nota: $n=206$, f = frecuencias, % = porcentaje.

Estadística Inferencial

Para responder el objetivo específico cuatro que fue comparar el nivel de conocimiento de ITS-VIH/Sida de los migrantes de acuerdo con la edad, sexo, estado civil y escolaridad, los resultados se reportan en la tabla 8 y 9. Se realizó la prueba para estadística no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar el nivel de conocimiento de ITS-VIH/Sida entre hombre y mujeres, los resultados no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos, ($U=4474.50$, $DE=-0.74$, $p=.455$), a pesar de que el rango promedio de las mujeres fue un poco mayor en comparación con los hombres rango promedio (105.60 y 99.42), respectivamente no fueron significativas.

Tabla 8

Comparación del nivel de conocimiento de ITS-VIH/Sida según sexo.

Sexo	<i>n</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>U</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
Femenino	136	105.60	4474.50	-0.74	.455
Masculino	70	99.42			

Nota: $n = 206$, U = U de Mann-Whitney, DE = Desviación Estándar, p = *significancia*.

Para dar continuidad al objetivo cuatro, están los resultados de los conocimientos de ITS-VIH/Sida según la edad, el estado civil y la escolaridad. Para la edad no se encontraron diferencias significativas entre los rangos de edad en cuanto al conocimiento de ITS-VIH/Sida ($H=.707$, $p=.872$), a pesar de que el rango promedio del grupo de edad de 43 a 55 años fue mayor en comparación con el grupo de edad de 18 a 29 años (103.87) y de 30 a 69 años (106.93), lo que quiere decir que a mayor edad

mayor conocimiento de ITS-VIH/Sida. Igualmente, el estado civil donde se realizaron comparaciones entre cinco categorías tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($H=4.662$, $p=.324$), sin embargo, se observaron rangos promedios más altos para los viudos (120.67) y divorciados (116.32) que para los que vivían en unión libre (91.42), lo que quiere decir que los viudos y divorciados tenían más conocimiento de ITS-VIH/Sida que los que vivían en unión libre.

Para el grado escolar, se compararon 6 niveles académicos ascendentemente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($H=17.48$, $p=.004$), el nivel de conocimiento de ITS-VIH/Sida según los rangos promedio aumentan de la misma forma que aumenta el nivel educativo, sin estudios (50.46), primaria (96.09), secundaria (106.80), preparatoria (108.54), pregrado (130.34) y posgrado (111.10), lo que muestra que a mayor nivel educativo mayor es el nivel de conocimientos que se tiene de ITS-VIH/Sida.

Tabla 9

Prueba de Kruskal Wallis para el conocimiento de ITS-VIH/Sida, según la edad, estado civil y grado escolar.

Variable	<i>n</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>H</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Edad en años					
18 - 30	119	103.87	.70	3	.872
31 - 42	60	101.78			
43 - 55	18	111.63			
56 - 69	9	93.78			
Estado civil					
Casado	31	97.08	4.66	4	.324
Divorciado	11	116.32			
Soltero	109	108.52			
Unión libre	49	91.42			
Viudo	6	120.67			
Grado escolar					
Sin estudios	13	50.46	17.48	5	.004
Primaria	48	96.09			
Secundaria	65	106.80			
Preparatoria	56	108.54			
Pregrado	19	130.34			
Postgrado	5	111.10			

Nota: n= 206, H= estadístico Kruskal Wallis, gl= grados de libertad, p= >.05.

Para dar respuesta al quinto objetivo que fue comparar el nivel de aculturación de los migrantes de acuerdo con la edad, sexo, estado civil y escolaridad, los resultados se reportan en las tablas 10 y 11. Se realizó la prueba para estadística no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar el nivel de aculturación entre hombre y mujeres, hablando de la subaculturación etnográfica no se presentaron diferencias estadísticas significativas ($U=4432.50$, $DE=-0.812$, $p=.417$), con rangos promedios similares para mujeres (105.91) y para hombres (98.82), lo que sugiere que ambos sexos presentan más características culturales de su lugar de origen que el lugar de llegada.

Hablando de la subaculturación dominante tampoco se presentaron diferencias significativas ($U=4519.50$, $DE=-0.59$, $p=.552$), al igual que en la subaculturación etnográfica los rangos promedios fueron muy similares para mujeres (101.73) y para hombre (106.94), lo que sugiere que la adopción de características culturales nuevas es similar en ambos sexos. Lo que muestra que el sexo no presenta diferencias significativas en el proceso de aculturación del migrante.

Tabla 10

Comparación del nivel de aculturación según sexo.

Índice de subaculturación	Sexo	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
Etnográfica	Femenino	136	105.91	4432.50	-0.81	.417
	Masculino	70	98.82			
Dominante	Femenino	136	101.73	4519.50	-0.59	.552
	Masculino	70	106.94			

Nota: n = 206, U= U de Mann-Whitney, DE = Desviación Estándar, p = significancia.

Para dar continuidad al quinto objetivo se muestran los resultados de la aculturación según la edad, el estado civil y la escolaridad en la tabla 11. En lo que se refiere a la edad, no se observaron diferencias significativas en la subaculturación etnográfica ($H=1.91$, $p=.167$) y la subaculturación dominante ($H=3.38$, $p=.066$), aunque se observa que el grupo de mayor edad es decir de 30 a 69 años presenta una leve tendencia a la subaculturación dominante, lo que significa que los de mayor edad

tienden a adoptar características de la cultura nueva. Respecto al estado civil a pesar de tener rangos promedios más elevados las personas divorciadas y los que viven en unión libre, tampoco se obtuvo diferencias significativas en la subaculturación etnográfica ($H=2.54$, $p=.638$) y la subaculturación dominante ($H=5.21$, $p=.266$), lo que significa que el estado civil no influye en el nivel de aculturación del migrante.

Por último, tenemos la escolaridad encontramos que, aunque los niveles de secundaria presentaron en subaculturación etnográfica rango promedio de (116.77) y pregrado en subaculturación dominante de (133.68), no son estadísticamente significativos ya que presentan en la subaculturación etnográfica ($H=9.83$, $p=0.80$) y la subaculturación dominante ($H=8.52$, $p=.130$), significa que la escolaridad no determina el nivel de aculturación que adopta el migrante.

Tabla 11

Prueba de Kruskal Wallis para Aculturación, según la edad, estado civil y grado escolar.

Variable		<i>N</i>	Rango promedio (Etnográfica)	Rango promedio (Dominante)	<i>H</i> (Etnográfica)	<i>H</i> (Dominante)	<i>gl</i>	<i>p</i> (Etnográfica)	<i>p</i> (Dominante)
Edad en años	18-30	109	98.16	96.38	1.913	3.381	1	0.167	0.066
	31-42	95	109.62	111.66					
	43-69	2	84.73	97.25					
Estado civil	Casado	31	93.82	91.73	2.538	5.212	4	0.638	0.266
	Divorciado	11	111.55	135.45					
	Soltero	109	101.19	100.65					
	Unión libre	49	113.29	109.90					
	Viudo	6	100.83	105.25					
Grado escolar	Sin estudios	13	78.69	80.88	9.834	8.520	5	0.080	0.130
	Primaria	48	87.16	94.30					
	Secundaria	65	116.77	108.50					
	Preparatoria	56	103.70	100.53					
	Pregrado	19	114.11	133.68					
	Postgrado	5	109.90	104.20					

Nota: n= 206, H= estadístico Kruskal Wallis, gl= grados de libertad, p= significancia.

Para dar respuesta al objetivo general que plantea determinar la relación entre el conocimiento de ITS-VIH/Sida, aculturación y el uso del condón en migrantes del área metropolitana de Monterrey N.L., se realizó un análisis de los datos con el Coeficiente de Correlación de Spearman.

De acuerdo con resultados de la Tabla 12, se observa que no existe relación significativa entre el conocimiento de ITS-VIH/Sida y el uso del condón ($r_s=.048$, $p=.494$). Tanto la aculturación etnográfica ($r_s=.065^{**}$, $p=.350$) como la aculturación dominante ($r_s=.046$, $p=.514$) no se relacionan con el uso del condón. Es decir que estas variables parecen no asociarse con la conducta de uso del condón en los migrantes.

Tabla 12

Correlaciones entre conocimiento de ITS-VIH/Sida, aculturación y uso del condón.

	1	2	3	4
	r_s	r_s	r_s	r_s
	p	p	p	p
1. Conocimiento de ITS-VIH/Sida	1			
2. . Aculturación etnográfica	-.063 .368	1		
3. Aculturación dominante	-.007 .924	.312** <.001	1	
4. Uso de condón	.048 .494	.065 .350	.046 .514	1

Nota: $n=206$, $*p<.05$, $**p<.01$.

Discusión

En el presente capítulo se discuten los resultados del estudio, el cual tuvo como objetivo general determinar la relación entre el conocimiento de ITS-VIH/Sida, aculturación y el uso del condón en migrantes del área metropolitana de Monterrey N.L. Los resultados fueron analizados con base en unos objetivos establecidos. Posteriormente se exponen las conclusiones del estudio, seguido de las recomendaciones y limitaciones que permitan orientar futuras investigaciones.

En cuanto al perfil sociodemográfico de los participantes se tiene que el estudio se realizó con migrantes, en su mayoría mujeres jóvenes, este hallazgo concuerda con un reporte de Morcillo (2022), que indica que las mujeres jóvenes cada vez migran más. Una explicación a esto podría ser la necesidad de mejorar sus condiciones de vida y envío de remesas a sus familiares en sus países de origen, así como por la aceptación social y la oportunidad de ser reconocidas como personas. En este estudio son migrantes con nivel secundaria y preparatoria, esto coincide con lo reportado por Paloga et al. (2022), donde la mayoría de los participantes tenían estudios de nivel secundaria, esto podría deberse a que los jóvenes presentan dificultades para continuar con sus estudios o la situación laboral no es estable, lo que los puede convertir en posibles migrantes (Oecd ilibrary, 2021).

En respuesta al segundo objetivo que describió el conocimiento de ITS-VIH/Sida y aculturación. En lo relacionado con el conocimiento de ITS-VIH/Sida se encontró un nivel alto de conocimiento, esto concuerda con otras investigaciones realizadas en Canadá, Alemania y Birmania (Etowa et al., 2023; Koschollek et al., 2020; Paloga et al., 2022) los cuales reportan altos niveles de conocimiento de ITS-VIH/Sida, pero mostró discrepancias con los hallazgos realizados por O'Connor et al. (2009) y Zhou et al., (2023), en los cuales los resultados en sus estudios fue un nivel bajo de conocimiento de ITS-VIH/Sida, ya que el aprendizaje es un proceso que consta de fases que son superadas por la persona, hasta que lleva a cabo el aprendizaje (Bandura, 1986).

En cuanto a la aculturación el presente estudio mostró que las personas conservan aculturación etnográfica, es decir no se aculturan, aproximándose a resultados presentados por O'Connor et al., (2009), Haderxhanaj et al., (2015), Ebrahim et al.

(2016), en los que los participantes de sus estudios también presentaron mayor proporción de aculturación entográfica, es decir no estaban adoptando las características culturales del lugar en el que se encontraban actualmente y estaban conservando sus características culturales propias, esto podría deberse a los cambios dinámicos y personales y culturales a los que se ve expuesto el migrante cuando deja de interactuar en su país de origen y empieza vivir en un nuevo contexto cultural, por lo que es una acción no generalizable de cada individuo (Jin & Gómez-Pellón, 2023).

Para dar respuesta al tercer objetivo, identificar la frecuencia del uso del condón de los participantes del estudio, se encontró que la mayoría migrantes no hacen uso del condón con su pareja estable o con la pareja casual, difiere de los resultados presentados por, Koschollek et al. (2020), Paloga, et al (2022) y Rakkapao et al. (2019), donde menos de la mitad de los encuestados manifestaron no haber usado condón al tener relaciones sexuales con pareja sexual casual, lo que pone a los migrantes en situaciones de riesgo de contraer alguna ITS-VIH/Sida, esto podría deberse a la percepción que tienen de no estar en riesgo de contraer dichas ITS y que sus vidas no se verán afectadas, además de cuestiones culturales arraigadas, así como la negación que se puede presentar a la hora de usar el condón (Guerra-Ordoñez et al., 2022).

En relación con el cuarto objetivo que es comparar el nivel de conocimiento de ITS-VIH/Sida de los migrantes de acuerdo con la edad, sexo, estado civil y escolaridad. No se encontraron diferencias significativas entre edad, sexo y estado civil con el conocimiento de ITS-VIH/Sida en los migrantes. Estos datos son similares a los hallazgos de Etowa et al. (2021), Paloga et al. (2022) y Zhou et al. (2023), donde no hubo relación entre las variables sociodemográficas anteriormente mencionadas con el conocimiento de ITS-VIH/Sida. En cuanto al escolaridad con el conocimiento de ITS-VIH/Sida, se encontró relación significativa, al igual que en los estudios de Rakkapao et al. (2019), Etowa et al. (2023), Zhou et al. (2023), donde a mayor o menor escolaridad era mayor o menor el nivel de conocimiento de ITS-VIH/Sida, una explicación podría ser que cuando se tiene mayor nivel académico se tiene mayor acceso a información, que incluye datos de la salud, lo que permite el desarrollo de habilidades cognitivas y menos actitudes estigmatizantes (Nutakor et al. 2023).

Hablando del objetivo quinto que es comparar el nivel de aculturación de los migrantes de acuerdo con la edad, sexo, estado civil y escolaridad. En los hallazgos no se encontró relación de la variable de estudio con los factores sociodemográficos, posiblemente se puede asociar a homogeneidad en los participantes del estudio, contrario a Ebrahim et al. (2016) y Marsiglia y Navarro (2009), que si hallaron que a menor edad o mayor escolaridad influyen a que la persona tenga más aculturación dominante que los lleva a prácticas sexuales seguras. Sin embargo, Nour et al. (2010) advierte que un bajo nivel de aculturación no significa toma de prácticas sexuales de riesgo, influyen otros factores.

Finalmente para dar respuesta al objetivo general que es determinar la relación entre el conocimiento de ITS-VIH/Sida, aculturación y el uso del condón en migrantes del área metropolitana de Monterrey N.L., no se encontró relación en general entre las tres variables; se encontró relación débil entre el conocimiento de ITS-VIH/Sida y uso de condón lo que indica que a mayor nivel de conocimiento no necesariamente uso de condón, consistente con los estudios de Koschollek et al. (2020) y Paloga et al. (2022), donde a pesar de tener buenos conocimiento de ITS-VIH/Sida, no hacían uso consistente de condón, donde se evidenció que el conocimiento no determina tener prácticas sexuales seguras, una explicación para esto podría ser por normas culturales o religiosas que traen de sí, así como la baja percepción del riesgo o podría ser por negación del mismo (Bolarinwa et al., 2022).

El cuanto al conocimiento de ITS-VIH/Sida con la aculturación se obtuvo una relación negativa y no significativa, en discordancia con los estudios de Ebrahim et al. (2016) y Etowa et al. (2023), donde mostraron que a mayor aculturación se asoció a menos prácticas sexuales de riesgo es decir mayor uso de condón, que en el presente estudio no se logró evidenciar. Hablando de aculturación y uso de condón, no hubo significancia estadística relevante que indicara que quien se aculturara haría más uso o desuso de condón, contrario con Nour et al. (2010), que encontró en su estudio que las personas menos aculturadas eran aquellas que mayor uso de condón hacían a la hora de tener una relación sexual.

Además las conductas sexuales de riesgo relacionadas con la aculturación en el presente estudio no fueron concluyentes ya que, no se encontró relación o significancia entre la aculturación etnográfica y/o la dominante y el uso del condón, se relaciona con lo encontrado por Cabral et al (2023), donde realizó una revisión sistemática encontrando 8 artículos relacionados con sus variables de interés de aculturación y uso de condón en los cuales 4 tuvieron relación significativa de factores culturales con el uso del preservativo donde a mayor aculturación mayor uso de condón y los 4 restantes no tuvieron ninguna relación significativa, donde la aculturación no fue factor determinante para el uso del condón en la última relación sexual. Una posible causa de la discordancia puede ser múltiples mediadores como la religiosidad, la familia o el género, así como el contexto de los migrantes o si se les ha realizado intervenciones previas (Fox et al. 2017).

Por lo tanto, el conocimiento de ITS-VIH/Sida, así como la aculturación no son predictores suficientes para hacer uso de condón, por lo que es necesario considerar otros factores culturales y de contexto para comprender amplia y profundamente la conducta sexual de los migrantes, explorando la comunicación en familia, así como las normas sociales en las que se desenvuelven las personas que llegan a otro país.

Conclusiones

Los resultados recolectados en el presente estudio permitieron concluir que no existe relación entre el conocimiento de ITS-VIH/Sida, con la aculturación y el uso de condón y menos con los factores sociodemográficos de los participantes del estudio, se pudo evidenciar que a diferencia de lo que propone la literatura de que a mayor conocimiento de ITS-VIH/Sida, menos conductas sexuales de riesgo, lo que quiere decir que no es suficiente tener información adecuada sobre ITS-VIH/Sida a la hora de tomar decisiones para el uso o no del condón. Porque a pesar de saber de los riesgos a los que se exponen, no aplican necesariamente medidas de protección como uso constante de condón.

En cuanto a la aculturación, no se logró concluir si la aculturación era un mecanismo de riesgo o de protección a la hora de hacer uso de condón al tener relaciones sexuales tanto con la pareja estable como con pareja casual.

El uso de condón fue usado con mayor frecuencia con las parejas casuales que con las parejas estables, pero no se logra identificar si la misma persona tiene relaciones sexuales con ambos tipos de pareja y en cuales casos un condón y en cuales casos no.

Se obtuvo relación significativa entre la escolaridad y el nivel de conocimiento de ITS-VIH/Sida, mostrando que a mayor escolaridad mayor es el nivel de conocimiento de ITS-VIH/Sida, que sería un factor protector a la persona conocer los riesgos a los que se ve expuesto a la hora de hacer uso o no del condón a la hora de tener una relación sexual ya sea con pareja estable o casual.

A pesar de que México es uno de los principales países de estancia de migrantes que buscan llegar a Estados Unidos, no se cuenta con estudios que relacionen variables como el conocimiento de ITS-VIH/Sida y la aculturación para el uso del condón, además de escasas campañas por parte del gobierno para este tipo de población que se encuentra en situación migrante y de altísimo riesgo por la vulnerabilidad en la que se encuentran.

El presente estudio muestra la necesidad de abordar a población migrante en temas relacionados con el conocimiento de ITS-VIH/Sida, aculturación para el uso de

condón, donde la literatura muestra dichas variables como factores protectores para la prevención de ITS-VIH/Sida.

Recomendaciones

Se sugiere considerar la variable de aculturación como variable para más estudios cuantitativos en áreas de la salud y con población migrante teniendo en cuenta que son una población altamente vulnerable que ha sido poco estudiada, y que representa una problemática a nivel mundial.

Considerar estudios que abarquen más factores culturales, en búsqueda de respuesta a las problemáticas a las que se ve expuesto el migrante, que permitan a los profesionales de enfermería, la creación de programas enfocados en la prevención del contagio de ITS-VIH/Sida.

Considerar la orientación sexual para futuros estudios, teniendo en cuenta que dicha situación aumenta la vulnerabilidad de contagios de ITS-VIH/Sida.

Cubrimiento de migrantes de otras localidades del norte del país, que permita hallar similitudes y diferencias con los migrantes que se encuentran en Monterrey N.L.

Limitaciones del Estudio

El llenado de las encuestas, les llevaba entre 30 y 45 minutos lo que fue para algunos de los participantes un exceso de tiempo que hacía que perdieran el interés del llenado de las encuestas en ciertos momentos.

Por ser temas relacionados con la sexualidad muchas personas aún manejan mucho tabú con la temática de la sexualidad, por lo que no se sabe con certeza la honestidad de los participantes a la hora de contestar las encuestas.

El vacío de conocimiento relacionado con aculturación, por los pocos estudios relacionados con la variable para la creación de los conceptos empíricos adecuados, ya que se cuentan con estudios cualitativos, pocos cuantitativos.

El no dominio de una segunda lengua, ya que se encontraron a algunos migrantes que querían recibir información de la investigación, pero por las barreras del lenguaje no se le pudo brindar información

Los resultados fueron recolectados en el área metropolitana de Monterrey, por lo que los hallazgos no deben de generalizarse sino aplicarse las escalas a migrantes que se encuentren en otras regiones del país.

Referencias Bibliográficas

- Adeyeba, M., Schmidt, C. M., Alba Rosales, A. De, Su, D., Dai, H., & Tibbits, M. (2023). A review of bidimensional acculturation and STI/HIV-related sexual risk behaviours among Hispanic youth. *Culture, Health and Sexuality*, 25(10), 1259–1276. <https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2154387>
- Aidoo-Frimpong, G., Agbemenu, K., & Orom, H. (2021). A Review of Cultural Influences on Risk for HIV and Culturally-Responsive Risk Mitigation Strategies Among African Immigrants in the US. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23(6), 1280–1292. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01138-8>
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bolarinwa, O. A., Ajayi, K. V., & Sah, R. K. (2022). Association between knowledge of Human Immunodeficiency Virus transmission and consistent condom use among sexually active men in Nigeria: An analysis of 2018 Nigeria Demographic Health Survey. *PLOS Global Public Health*, 2(3 March), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000223>
- Cabral, P., Chinn, M., Mack, J., Costarelli, M., Ross, E., Henes, E., Steck, L., Williams, A. J. K., Lee, Y. Bin, Fretes, S., Fernandez, G., Garcia, L., Sato, L., Patrocinio, Y., & Shah, D. (2023). Psychosocial and Cultural Processes Underlying the Epidemiological Paradox within U.S. Latino Sexual Risk: A Systematic Review.

Behavioral Sciences, 13(3). <https://doi.org/10.3390/bs13030226>

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2022). *Condom Effectiveness*.

Centers for Disease Control and Prevention.

<https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.html>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA]. (2023).

PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIH Y SÍFILIS EN LA
SECRETARÍA DE SALUD COBERTURA. *Boletín de Atención Integral de
Personas Viviendo Con VIH*.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828775/BOLET_N_VIH_MARZO_2023.pdf

Connor, C. C. O., Shaw, M., Wen, L. M., & Quine, S. (2009). Acculturation , sexual
behaviour , risk and knowledge in Vietnamese men living in metropolitan
Sydney. *Understanding Health Needs*, 20(1), 13–19.

<https://doi.org/10.1071/HE09013>

Ebrahim, N. B., Davis, S., & Tomaka, J. (2016). Attitude as a Mediator between
Acculturation and Behavioral Intention. *Public Health Nursing*, 33(6), 558–564.

<https://doi.org/10.1111/phn.12281>

Ertl, M. M., Dillon, F. R., Tineo, Y. A. C., Verile, M., Janine, M., Rosa, M. D. La,
Psychology, C., States, U., States, U., Abuse, D., International, F., & States, U.
(2018). Sexual Risk During Initial Months in US Among Latina Young Adults.
HHS Public Access, 30(3), 353–360.

<https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1368442>.Sexual

Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Orgilés, M., & Sierra, J. C. (2014).

Validation of an HIV and other sexually transmitted infections knowledge scale in an adolescent population. *Atencion Primaria*, 46(10), 558–564.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.007>

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. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4344>

Etowa, J., Ghose, B., Loemba, H., Etowa, E. B., Husbands, W., Omorodion, F.,

Luginaah, I., & Wong, J. P. H. (2021). Factors Associated with Condom

Knowledge, Attitude, and Use among Black Heterosexual Men in Ontario,

Canada. *Scientific World Journal*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/8862534>

Etowa, E. B., Wong, J. P. H., Omorodion, F., Etowa, J., & Luginaah, I. (2023).

Addressing HIV Misconceptions among Heterosexual Black Men and

Communities in Ontario. *Healthcare (Switzerland)*, 11(7), 1–13.

<https://doi.org/10.3390/healthcare11070997>

Ferrer, R., Palacio, J., Hoyos, O., & Madariaga, C. (2014). Proceso de aculturación y adaptación del inmigrante: características individuales y redes sociales.

Psicología Desde El Caribe, 31, 557–576.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14482/psdc.31.3.4766>

Fox, M., Thayer, Z., Wadhwa, P. D., Angeles, L., Sciences, B., Angeles, L., & Behavior,

H. (2018). *HHS Public Access*. 119(3), 405–421.

<https://doi.org/10.1111/aman.12867>.Acculturation

Graves, T. D. (1967). Psychological Acculturation in a Tri-Ethnic Community.

Southwestern Journal of Anthropology, 23(4), 337–350. <https://doi.org/10.1086/soutjanth.23.4.3629450>

Gray, J. R., & Grove, S. K. (2020). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (9th ed). Elsevier.

Guerra-Ordoñez, J. A., Benavides-Torres, R. A., Zapata-Garibay, R., Ruiz-Cerino, J. M.,

Ávila-Alpírez, H., & Salazar-Barajas, M. E. (2022). Percepción de riesgo para VIH y sexo seguro en migrantes de la frontera norte de México. *Revista Internacional de Andrología*, 20(2), 80–85.

<https://doi.org/10.1016/j.androl.2020.10.010>

Haderxhanaj, L. T., Rhodes, S. D., Romaguera, R. A., Bloom, F. R., & Leichliter, J. S.

(2015). Hispanic men in the United States: Acculturation and recent sexual behaviors with female partners, 2006-2010. *American Journal of Public Health*, 105(8), e126–e133. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302524>

Jin, Y., & Gómez-Pellón, E. (2023). Aculturación y relaciones intergeneracionales :

estudio de casos en las familias de inmigrantes chinos en Portugal Acculturation and intergenerational : case studies of relations in families of Acculturation et relations intergénérationnelles : études de. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 102, 99–121. <https://doi.org/10.7458/SPP202310227098>

Koschollek, C., Kuehne, A., Müllerschön, J., Amoah, S., Batemona-Abeke, H., Bursi, T.

Dela, Mayamba, P., Thorlie, A., Tshibadi, C. M., Greiner, V. W., Bremer, V., &

- Santos-Hövenner, C. (2020). Knowledge, information needs and behavior regarding HIV and sexually transmitted infections among migrants from sub-Saharan Africa living in Germany: Results of a participatory health research survey. *PLoS ONE*, 15(1), 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227178>
- Leyva Flores, R., Charvel Orozco, S., & Infante Xibillé, C. (2018). *Migración VIH y acceso a servicios de salud en México*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/498523/Migracion_y_VIH_2019_No14.pdf
- Marsiglia, F. F., & Navarro, R. (2009). Acculturation Status and HIV / AIDS Knowledge and Perception of Risk Among a Group of Mexican American Middle School Students Acculturation Status and HIV / AIDS Knowledge and Perception of Risk Among a Group of Mexican American Middle School Students. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children*, June 2016. <https://doi.org/10.1300/J129v03n03>
- Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R., Estoesta, J., & Monteiro, M. (2017). “In My Culture, We Don’t Know Anything About That”: Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 836–845. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9662-3>
- Milhausen, R., McDermott, J., Wingood, G., Diclemente, R., Salazar, L., & Crosby, R. (2007). Validation of a Partner Sexual Communication Scale for Use in HIV/AIDS Prevention Interventions. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth*, 8(1), 11-33.

- Morcillo-Martínez, J.-M. (2022). La importancia de visibilizar, en la actualidad, a las mujeres marroquíes en Andalucía. *Migraciones. Publicación Del Instituto Universitario de Estudios Sobre Migraciones*, 56, 1–21.
<https://doi.org/10.14422/mig.2022.019>
- Nour Schoueri Æ Sandra L. Bullock Æ Joel A. Dubin. (2010). Racial Sexual Mixing and Factors Associated with Condom Use Among Middle Eastern-Canadians. *J Immigrant Minority Health*, 68–73. <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9232-0>
- Nutakor, J. A., Zhou, L., Larnyo, E., Addai-Dansoh, S., Cui, Y., Kissi, J., Danso, N. A. A., & Gavu, A. K. (2023). A multiplicative effect of Education and Wealth associated with HIV-related knowledge and attitudes among Ghanaian women. *BMC Public Health*, 23(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16311-5>
- Organización Internacional de las Migraciones [OIM]. (2019). Vih y movilidad de la población. *Oim*, 1–4.
https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/mhd_infosheet_hiv_10.05.2019_es.pdf
- Organización Internacional de las Migraciones [OIM]. (2022). Perfil migratorio de México, boletín anual 2022. *Oim*, 1–10.
[https://mexico.iom.int/sites/g/files/tmzbd11686/files/documents/2023-03/Perfil Migratorio- Boletin Anual 2022 %283%29.pdf](https://mexico.iom.int/sites/g/files/tmzbd11686/files/documents/2023-03/Perfil_Migratorio-Boletin_Anual_2022_%283%29.pdf)
- Organización Mundial de la Salud: OMS. (2022). *Salud de los refugiados y migrantes*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant->

health#:~:text=Los%20refugiados%20y%20migrantes%20a,de%20los%20servic
ios%20de%20salud.

Organización Mundial de la Salud: OMS. (2023). *Preservativos*. www.who.int.

[https://www.who.int/es/news-
room/factsheets/detail/condoms#:~:text=La%20OMS%20tambi%C3%A9n%20i
ncorpora%20el,cu%C3%A1ndo%20y%20con%20qu%C3%A9%20frecuencia](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/condoms#:~:text=La%20OMS%20tambi%C3%A9n%20incorpora%20el,cu%C3%A1ndo%20y%20con%20qu%C3%A9%20frecuencia).

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OECD iLibrary] (2021).

International Migration Outlook 2021 | OECD iLibrary (45th ed.).

[https://www.oecd-ilibrary.org/sites/29f23e9d-
en/index.html?itemId=/content/publication/29f23e9d-en](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/29f23e9d-en/index.html?itemId=/content/publication/29f23e9d-en)

Orozco Vargas, A. E. (2013). Migración y estrés aculturativo: una perspectiva teórica sobre aspectos psicológicos y sociales presentes en los migrantes latinos en Estados Unidos. *Norteamérica*, 8(1), 7–44.

<https://doi.org/10.20999/nam.2013.a001>

Paloga, A., Arthan, D., Maneekean, P., Kitcharoen, P., Wattanapisit, A., Paratthakonkun, C., Phuanukoonnon, S., Tun, S. L. N. W., & Soonthornworasiri, N. (2022). HIV and syphilis knowledge, perceptions, and practices among Myanmar migrant workers in Samut Sakhon Province, Thailand. *BMC Public Health*, 22(1), 1–13.

<https://doi.org/10.1186/s12889-022-14674-9>

Pérez-Morente, M. Á., Gázquez-López, M., Álvarez-Serrano, M. A., Martínez-García, E., Femia-Marzo, P., Pozo-Cano, M. D., & Martín-Salvador, A. (2020). Sexually transmitted infections and associated factors in southeast Spain: A retrospective

study from 2000 to 2014. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207449>

Secretaría de Salud. (2024). Sistema de vigilancia epidemiológica de vih. *DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES*, 1–18.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/917058/InformeHistorico_VIH_DVEET_1ERTRIMESTRE2024.pdf

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: [UNAIDS]. (2015).

Los preservativos constituyen una parte fundamental de la prevención combinada. *UNAIDS The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*.

https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: [UNAIDS]. (2023). *Un nuevo informe de ONUSIDA demuestra que el sida puede acabar antes del 2030 y describe el camino para conseguirlo* | UNAIDS.

<https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressrelease><https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.1.77>

Polit, D. P., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed). Wolters Kluwer.

Rakkapao, N., Kiattisaksiri, P., & Samakkekarom, R. (2019). Knowledge, Attitudes, and HIV/AIDS Risk Behaviors of Myanmar Migrant Workers in Thailand. *GHMJ (Global Health Management Journal)*, 3(3), 84. <https://doi.org/10.35898/ghmj->

Stephenson, M. (2000). Development and validation of the Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS). *Psychological Assessment*, 12(1), 77–88.

Recopilado de: 590.12.1.77"<https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.1.77>

Unión, C. de D. del H. C. de la. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación*. 1–31.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Zhou, Y., Cheng, F., & Xu, J. (2023). Vulnerability to HIV Infection Among International Immigrants in China: Cross-sectional Web-Based Survey. *JMIR Public Health and Surveillance*, 9. <https://doi.org/10.2196/35713>

Zhu, L. (2020). ANALYZING FACTORS THAT IMPACT ACCULTURATION PROCESSES OF IMMIGRANT RESIDENTS. *International Journal of Education and Social Science Research*, 3(06), 127–143.

Zoboli, F., Martinelli, D., Di Stefano, M., Fasano, M., Prato, R., Santantonio, T. A., & Fiore, J. R. (2017). Correlation between knowledge on transmission and prevention of HIV/STI and proficiency in condom use among male migrants from Africa and Middle East evaluated by a Condom Use Skills score using a wooden penile model. *BMC Research Notes*, 10(1), 1–6.
<https://doi.org/10.1186/s13104-017-2520-1>

Anexos

Anexo 1
Carta de Consentimiento informado



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

Título de proyecto: CONOCIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA, ACULTURACIÓN Y USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES
Autor: HERNAN DARIO ALVAREZ GAVIRIA
Director de Tesis: DRA. MARÍA ARACELY MÁRQUEZ VEGA

Introducción/Objetivo del estudio: Apreciado participante, se está realizando un estudio de investigación en los centros de asistencia para migrantes que sean mayores de edad, con el fin de conocer algunos aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, que residen o se encuentran de paso en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Su participación, así como los resultados formarán parte de una tesis de maestría. Por lo que le invitamos a participar contestando algunos cuestionarios relacionados con su salud sexual y reproductiva. En caso afirmativo su nombre no se verá comprometido en ninguna de las encuestas y toda la información obtenida en dicho estudio es con fines científicos. A continuación, se le explicará el estudio y los procedimientos, esta información lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio.

Descripción del Estudio/Procedimientos: Su participación consistirá en responder tres cuestionarios con una duración aproximada de 25 minutos, serán contestados en el lugar y horario de su elección. La información obtenida será guardada, garantizando la protección de los datos y su privacidad, evitando la identificación de datos personales como el nombre y apellido que puedan exponer su identidad. Contará con la libertad de suspender el llenado de las encuestas y retirarse en el momento que lo considere pertinente sin ningún tipo de repercusión en el hogar de paso en el cual usted se encuentra.

Riesgos: El presente estudio es considerado sin riesgo alguno. Si en algún momento no se siente cómodo en la continuidad del llenado de las encuestas puede suspenderlo en el momento que lo considere pertinente.

Participación voluntaria: Su participación es voluntaria, sin que esto conlleve algún tipo de penalidad que afecte su estancia en el albergue o situación migratoria en caso de que decida no llenarla o suspender su llenado en algún momento.

Confidencialidad: Para garantizar su confidencialidad, se asignará un código a cada encuesta y su nombre sólo llevara las iniciales de cada nombre y apellido, así no se podrá individualizar la información que se registre, además las encuestas una vez completadas estarán en una caja sellada que sólo maneje el investigador principal.

Compensación: El presente estudio no cuenta con ningún tipo de compensación para el migrante por, sin embargo, en caso de que finalice la encuesta se le hará entrega de un kit de aseo personal como agradecimiento por la participación en el estudio.

Posibles Riesgos Potenciales: El presente estudio es considerado sin ningún riesgo, en caso de que la persona manifieste alguna molestia de tipo emocional será referenciada

con el personal de psicología del albergue y puede suspender el llenado de la encuesta sin ningún tipo de penalidad.

Beneficios esperados: Por su participación no habrá lugar a ningún tipo de retribución económica. Se busca que este proyecto de investigación tenga un aporte con el conocimiento de algunos factores que pueden comprometer aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, y va enfocado en la prevención del contagio y propagación de enfermedades de transmisión sexual en migrantes que se encuentran radicados o de paso en el área metropolitana de Monterrey N.L, se espera con los resultados tener un punto de partida para la creación de intervenciones futuras para la prevención del contagio estas enfermedades en población migrante. Toda la información que sea proporcionada por usted es de suma importancia por lo que se garantiza su anonimato y confidencialidad.

Compromiso del investigador: Si usted tiene alguna duda como participante de este proyecto de investigación puede ponerse en contacto con las autoridades universitarias de la Facultad de Enfermería de UANL, cualquier duda que surja al leer este consentimiento relacionado con este estudio, durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber, si desea se puede comunicar con los responsables de la Comisión de Ética de investigación de la Facultad de Enfermería, al teléfono 81 8347 8096 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: investigacion.fae@gmail.com.

Yo, voluntariamente acepto dar información y participar en este estudio. He leído la información en este formato y todas mis dudas han sido aclaradas.

Nombre: _____ **Firma:** _____

Fecha: _____

Día / Mes / Año

Testigo 1 _____ **Dirección:** _____

Fecha: _____

Día / Mes / Año

Testigo 2 _____ **Dirección:** _____

Fecha: _____

Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha: _____

Día / Mes / Año

Anexo 2

Cédula de datos sociodemográficos

Indicaciones: Por favor responda las siguientes preguntas:

Código: _____

1. Edad en años _____, fecha de nacimiento ____/____/____

2. Sexo

1. Masculino () 2. Femenino ()

3. Estado civil

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

4. País de nacimiento: _____

5. Tiempo de estancia en México: _____

6. ¿Actualmente vives con?

1. Solo () 2. Pareja sentimental () 3. Compañeros migrantes () 4. Familiar (),
¿Quién? _____ 5. Otro (), especifique _____

7. Grado escolar:

1. Sin estudios () 2. Primaria () 3. Secundaria () 4. Preparatoria () 5. ¿Pregrado (),
cuál? _____ 6. Postgrado (), ¿cuál? _____.

Terminado: 1. Si () 2. No ()

8. Años de estudio: _____

9. Trabajas actualmente:

1. Si () 2. No ()

10. Creencias religiosas

1. Católica () 2. Cristiana () 3. Testigo de Jehová () 4. Otras ()

5. Ninguna ()

11. Cuenta con servicio de salud mexicano:

1. Ninguno () 2. Público () 3. Privado ()

12. ¿Qué tipo de relación sexual practicas con mayor frecuencia?

1. Vaginal () 2. Anal () 3. Oral ()

13. ¿Tú tienes pareja (s)?

1. Pareja formal: Hombre () Mujer () 2. Pareja casual: Hombre () Mujer ()

14. ¿Has sido diagnosticado con alguna enfermedad de transmisión sexual?

1. Si () 2. No ()

Anexo 3

Escala de Conocimientos Sobre VIH y Otras ITS (ECI)

Indicaciones: Por favor, señale en cada afirmación si es verdadera o falsa. Si desconoce la respuesta marque “No lo sé”.

	Falso	Verdadero	No lo sé
1. El SIDA es causado por un virus llamado “VIH”.			
2. La principal vía de transmisión del VIH es a través de las relaciones sexuales.			
3. Una mujer seropositiva embarazada puede transmitir el VIH a su bebé.			
4. El VIH se transmite exclusivamente por medio de fluidos vaginales, seminales y la sangre.			
5. El VIH se transmite a través del aire.			
6. Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o con SIDA.			
7. Lavar la ropa con la de un seropositivo o con SIDA implica riesgo de contraer la enfermedad.			
8. Existe riesgo de contraer el VIH por compartir jeringas usadas.			
9. El VIH afecta al sistema inmunológico humano.			
10. El periodo ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH.			
11. Tanto el anillo vaginal como el DIU (T de cobre) son métodos eficaces para evitar el VIH/SIDA.			
12. Las pastillas anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales.			
13. El condón es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH.			
14. El condón femenino es tan eficaz como el condón masculino para evitar la transmisión del virus del VIH/SIDA.			
15. Dar un beso con lengua a una persona seropositiva es un riesgo para la transmisión del VIH.			
16. Abrazar y besar en la mejilla a una persona seropositiva implica riesgo de transmisión del VIH.			
17. Practicar la penetración vaginal “viniéndose fuera” es una forma segura de practicar sexo sin riesgo de infección por VIH.			
18. La prueba de detección del VIH se suele realizar mediante un análisis de sangre.			
19. Cuando alguien tiene Gonorrea o Gonococia no es necesario tratar a su pareja sexual.			

20. La Gonorrea o Gonococia se cura sola en la mayoría de los casos.			
21. La Sífilis es una enfermedad prácticamente desaparecida.			
22. La Sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se trata rápidamente.			
23. Actualmente el contagio de la Sífilis es muy difícil.			
24. La Hepatitis B nunca deja secuelas.			

Anexo 4

Escala de Aculturación Multigrupo de Stephenson

Indicaciones: Seleccione que tan verdaderas o falsas son las siguientes afirmaciones:

	Falso	Parcialmente falso	Parcialmente verdadero	Verdadero
1. Sé hablar mi lengua materna.				
2. Me gusta hablar mi lengua materna.				
3. Hablo mi lengua materna con mis amigos y conocidos de mi país de origen.				
4. Sé leer y escribir en mi lengua materna.				
5. Me siento cómodo hablando mi lengua materna.				
6. Hablo mi lengua materna en casa.				
7. Me gusta escuchar música de mi grupo étnico.				
8. Hablo mi idioma nativo con mi cónyuge o pareja.				
9. Cuando oro, uso mi lengua materna.				
10. Nunca aprendí a hablar el idioma de mi país natal.				
11. Estoy informado sobre asuntos actuales en mi país natal.				
12. Asisto a funciones sociales con personas de mi país natal.				
13. Estoy familiarizado con la historia de mi país natal.				
14. Pienso en mi lengua materna.				
15. Me mantengo en contacto cercano con familiares y parientes en mi país natal.				
16. Regularmente leo revistas de mi grupo étnico.				
17. Como alimentos tradicionales de mi cultura nativa.				

18. Asisto a actividades sociales con personas mexicanas.				
19. Tengo muchos conocidos (mexicanos).				
20. Hablo español en casa.				
21. Sé cómo preparar alimentos mexicanos.				
22. Estoy familiarizado con personas importantes de la historia de México.				
23. Pienso en español.				
24. Hablo español con mi cónyuge o pareja.				
25. Me siento totalmente cómodo cuando convivo con mexicanos				
26. Entiendo español, pero no lo hablo con fluidez.				
27. Estoy informado sobre los asuntos actuales en México.				
28. Me gusta comer comida mexicana.				
29. Leo regularmente algún periódico mexicano.				
30. Me siento cómodo hablando español.				
31. Me siento como en casa en México.				
32. Me siento aceptado por la comunidad mexicana.				

Anexo 5

Escala de Uso del Condón

Indicaciones: Por favor responda las siguientes preguntas:

Pregunta	SI	NO
1. ¿Utilizaste un condón la última vez que tuviste relaciones sexuales con tu pareja?		
2. ¿Utilizaste un condón la última vez que tuviste relaciones sexuales con una pareja que no fuera tu pareja?		
Pregunta	Coloque el número que corresponda	
3. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días?		
4. ¿Durante cuantas de esas veces utilizaste el condón?		
5. ¿Cuántas veces has tenido sexo vaginal con una pareja que no es tu pareja durante los últimos 30 días?		
6. ¿Durante cuantas de esas veces utilizaste el condón?		

Resumen Autobiográfico

Lic. Hernan Dario Alvarez Gaviria

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Tesis: CONOCIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA, ACULTURACIÓN Y USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES.

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

Biografía: Nació en la ciudad de Medellín, Antioquia, Colombia el 30 de diciembre de 1987. Hijo de la Sra. Gloria Isabel Gaviria Alvarez y el Sr. Carlos Enrique Alvarez Alvarez.

Educación: Egresado de la Universidad de Antioquia, con el grado de Licenciado en Enfermería en el periodo 2015 a 2019.

Experiencia Profesional: Enfermero jefe administrativo, asistencial y tutor de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de la Sociedad Médica de Rionegro, Clínica SOMER de julio de 2020 a Julio de 2023. Docente de teoría y práctica de estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Católica de Oriente (UCO), segundo semestre de 2022 y primer semestre de 2023. Instructor clínico en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Hospital Regional Monterrey de la escuela de Enfermería de Christus Muguerza, segundo semestre de 2024. Instructor clínico el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León desde el primer semestre de 2025 a la fecha.

Distinciones: Becario de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (2023-2025). Joven Investigador con tesis para Obtener el título de Licenciado de Enfermería. Estudiante de intercambio por promedio en la Universidad de Colima durante el segundo semestre del año 2018.

Presentaciones: Múltiples participaciones en trabajos orales en congresos nacionales e internacionales en los que ha ganado premios por su participación.

Asociaciones y Membresías: Miembro activo de la Defensa Civil de Colombia, donde se desempeña como instructor de Soporte Vital Básico (SVB) y rescate en estructuras colapsadas. Miembro activo de La Organización Colegial de Enfermería (OCE) de Colombia (2022 a la fecha). Miembro activo de la Asociación Mexicana de Enfermeras y Enfermeros Formadores de Recursos Humanos en Salud (AMEEFRHS) (2024 a la fecha). Miembro activo del Capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International (2024 a la fecha).

E-mail: hernancho.dc@gmail.com