



EVALUACIÓN REALISTA DE UNA INTERVENCIÓN PARA PROMOVER EL USO DEL
PRESERVATIVO EN JÓVENES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE PALMIRA – 2019

CARLOS ANDRÉS QUIROZ MORA

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
DOCTORADO EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
Enero de 2023

EVALUACIÓN REALISTA DE UNA INTERVENCIÓN PARA PROMOVER EL USO DEL
PRESERVATIVO EN JÓVENES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE PALMIRA – 2019

CARLOS ANDRÉS QUIROZ MORA

COD: 1604711

TESIS DE DOCTORADO PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL
TÍTULO DE DOCTOR EN SALUD

DIRECTORA:

CLAUDIA PATRICIA VALENCIA, Enf., MSc., PhD

DIRECTORA

ESCUELA DE ENFERMERIA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN PROMESA

COMITÉ DE TESIS DOCTORAL:

GLADYS EUGENIA CANAVAL ERAZO, Enf., MSc., PhD.

LYDA ELENA OSORIO AMAYA, Md., PhD

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

DOCTORADO EN SALUD

SANTIAGO DE CALI

Enero de 2023

DEDICATORIA

A Jesús, porque siempre he sentido su presencia en este largo camino

A mi esposa, porque sin dudarlo, su amor y su apoyo fue incondicional en todo momento

A mi hija, porque en mis largas horas de trabajo, tu sonrisa me reconectaba con la felicidad

A mi madre, por su enorme humildad

A mi papá, porque a pesar de todo siempre estuviste ahí

A mi tía, porque pusiste las primeras letras en mi

A mis hermanos, porque siempre me han enorgullecido

A mi Familia, gracias por haberme acompañado en este camino

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Rector José Fernando Arroyo Valencia, por su apoyo constante para mi proceso como profesional.

A mi directora de Tesis, Dra. Claudia Patricia Valencia Molina, por su orientación y apoyo y por haberme sumergido en campos de conocimiento nuevos que me formaron no solo como profesional, si no como ser humano.

A mi comité de tesis, la profesora Gladys Canaval por su apoyo y sentido humano y la profesora Lyda Osorio por su visión orientadora en este proceso de aprendizaje.

A la Universidad del Valle sede Palmira, por permitirme realizar la investigación con toda la apertura posible.

A los directivos Martha Sabala y Delia Burgos, por los espacios de reflexión en la investigación.

A Hellen Delgadillo, por su apoyo y dedicación en este proceso de investigación.

A los operadores por aportarme sin reparo toda la información necesaria para esta investigación.

A los jóvenes de la Universidad del Valle, por abrir la mente y compartir todas sus experiencias.

A mis compañeros, Mauricio, Adriana y Lina, porque hicieron del paso por este doctorado una grata experiencia.

A Nora Lucia, por ayudarme siempre cuando lo necesite.

A la Dra. Ligia Malagón, por haber gestado las ideas iniciales de “Evaluación” en mí.

Al profe Abelardo, por su ayuda en el mundo de lo cualitativo.

A mis compañeros de oficina, porque me acompañaron en todo momento y me hicieron sentir que lo que me preocupaba, les preocupaba a ustedes, mil gracias.

TABLA DE CONTENIDO

1	RESUMEN	12
2	INTRODUCCIÓN	16
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
4	ESTADO DEL ARTE	23
5	MARCO TEÓRICO	30
5.1	Investigación Evaluativa y Realismo Crítico	30
5.2	Evaluación de Efectividad	31
5.3	Evaluación Realista	34
5.4	Teoría Inicial del Programa (TIP)	36
6	OBJETIVOS	39
6.1	General	39
6.2	Específicos	39
7	METODOLOGÍA	40
7.1	Tipo de estudio y enfoque metodológico	40
7.2	Metodología para la evaluación	40
7.2.1	Temporalidad de la evaluación realista de la intervención Preserva	41
7.2.2	Área de estudio	42
7.2.3	Población vinculada a la intervención Preserva	42
7.2.4	Metodología del objetivo 1: Reconstrucción de la teoría del programa	42
7.2.4.1	Fuentes de información	43
7.2.4.2	Participantes	43
7.2.4.3	Categorías de análisis	43
7.2.4.4	Recolección de información	44
7.2.4.5	Procedimiento y análisis de la información	45
7.2.5	Metodología del objetivo 2: Relación entre la frecuencia del uso del preservativo y las prácticas sexuales, actitudes, conocimientos, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo.	45
7.2.5.1	Participantes	46
7.2.5.2	Muestra	46
7.2.5.3	Variables	48
7.2.5.4	Variable resultado	48
7.2.5.5	Variables de exposición	48
7.2.5.6	Recolección de información	51
7.2.5.7	Procedimiento y análisis de datos	52
7.2.6	Metodología del objetivo 3: Relaciones entre el contexto, los mecanismos y los resultados (C+M=O) producidas por la intervención Preserva	53
7.2.6.1	Participantes	54

7.2.6.2	Muestreo	54
7.2.6.3	Categorías de análisis	55
7.2.6.4	Recolección de información	57
7.2.6.5	Análisis de datos cualitativos	57
7.2.6.6	Análisis de complementariedad metodológica	59
7.2.7	Metodología del objetivo 4: Teoría del programa refinada	61
7.3	Rigor científico	61
7.4	Consideraciones éticas de la investigación	62
8	RESULTADOS	66
8.1	Reconstrucción de la teoría del programa	66
8.1.1	Teoría inicial de programa por componente e Hipótesis preliminares	66
8.1.2	Frecuencia y densidad de los temas según las categorías ICMO	69
8.1.3	Términos ICMO relevantes según los diseñadores de la intervención	69
8.1.4	Teoría inicial del programa reconstruida y evidencia científica que lo soporta	70
8.2	Relación entre la frecuencia del uso del preservativo y las prácticas sexuales, actitudes, conocimientos, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo.	71
8.2.1	Características sociodemográficas de los jóvenes participantes de la intervención Preserva	71
8.2.2	Participación de los jóvenes en los componentes de la intervención Preserva	73
8.2.3	Frecuencia de uso del preservativo en la población de jóvenes universitarios	74
8.2.4	Participación de los jóvenes en la intervención Preserva y las prácticas sexuales	74
8.2.5	Participación de los jóvenes en la intervención Preserva y la frecuencia de uso, intención y razones de uso del preservativo	76
8.2.6	Participación de los jóvenes en la intervención Preserva y las actitudes y conocimientos hacia el uso del preservativo.	79
8.2.7	Participación de los jóvenes en la intervención Preserva y la aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad hacia el preservativo	80
8.2.8	Frecuencia de uso del preservativo y las prácticas sexuales	82
8.2.9	Frecuencia de uso del preservativo y la intención y razones de uso	83
8.2.10	Actitudes, conocimientos y el uso frecuente del preservativo	85
8.2.11	Uso frecuente del preservativo y la aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad hacia el mismo	86
8.2.12	Modelo de regresión	87
8.3	Relaciones entre el contexto, los mecanismos y los resultados (C+M=O) producidas por la intervención Preserva	93
8.3.1	Análisis temático por categoría ICMO	93
8.3.1.1	Frecuencia de temas en la categoría de Intervención	94
8.3.1.2	Frecuencia de temas en la categoría de Contexto	95
8.3.1.3	Frecuencia de temas en la categoría de Mecanismo	96
8.3.1.4	Frecuencia de temas en la categoría de Resultados	97
8.3.2	Configuraciones preliminares ICMO por componentes de la intervención	98
8.3.2.1	Configuración ICMO preliminar en el componente de formación	98
8.3.2.2	Configuración ICMO preliminar en el componente de información y comunicación	99
8.3.2.3	Configuración ICMO preliminar en el componente de servicios	100

8.3.2.4	Configuración ICMO preliminar en el componente sociocultural	101
8.3.3	Integración de las configuraciones preliminares ICMO de la intervención Preserva	102
8.3.4	Configuraciones finales ICMO de la intervención Preserva	104
8.3.4.1	Configuración ICMO 1	104
8.3.4.2	Configuración ICMO 2	106
8.3.4.3	Configuración ICMO 3	107
8.3.4.4	Configuración ICMO 4	108
8.3.4.5	Configuración ICMO 5	109
8.3.4.6	Configuración ICMO 6	110
8.3.4.7	Configuración ICMO 7	112
8.4	Teoría del programa refinada	113
8.4.1	¿Qué funcionó de la intervención preserva?, ¿para quién?, y ¿en qué circunstancias?	116
8.4.2	¿Qué no funcionó de la intervención preserva?, ¿para quién?, y en qué circunstancias?	118
9	DISCUSIÓN	121
10	CONCLUSIONES	130
10.1	Consideraciones finales	133
10.2	Implicaciones de los resultados de la investigación para la salud pública	134
10.3	Fortalezas y limitaciones	135
10.4	Futuras investigaciones	139
11	BIBLIOGRAFÍA	140
12	ANEXOS	151

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Estudios referentes de intervenciones para aumento del uso del preservativo.	25
Tabla 2. Tamaño de muestra	47
Tabla 4. Frecuencia de códigos y citas por categoría ICMO	69
Tabla 5. Variables sociodemográficas de la población estudiada	72
Tabla 6. Participación de los jóvenes en los componentes de la intervención	73
Tabla 7. Frecuencia de uso del preservativo.....	74
Tabla 8. Participación en la intervención Preserva y las prácticas sexuales.....	75
Tabla 9. Participación en la intervención Preserva y la frecuencia de uso, intención y razones de uso del preservativo	78
Tabla 10. Participación de los jóvenes en la intervención Preserva y las actitudes y conocimientos hacia el uso del preservativo.....	80
Tabla 11. Participación de los jóvenes en la intervención Preserva y la aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad hacia el preservativo	81
Tabla 12. Frecuencia de uso del preservativo y las prácticas sexuales	82
Tabla 13. Frecuencia de uso del preservativo según la intención y razones de uso	84
Tabla 14. Frecuencia de uso del preservativo según las actitudes y conocimientos	85
Tabla 15. Frecuencia de uso del preservativo según la aceptación, la disponibilidad y accesibilidad	87
Tabla 16. Predicción y ajuste del modelo final de regresión múltiple.....	91
Tabla 17. Modelo final de regresión múltiple de variables relacionadas con el uso frecuente del preservativo	92
Tabla 18. Descripción de las Subcategorías / Nodo temáticos, densidad de códigos	93
Tabla 19. Codificación de la categoría de Intervención y densidad de citas por actores.....	94
Tabla 20. Codificación de la categoría de Contexto y densidad de citas por actores	95
Tabla 21. Codificación de la categoría de Mecanismo y densidad de citas por actores	96
Tabla 22. Codificación de la categoría de Resultados y densidad de citas por actores.....	98
Tabla 23. Matriz de configuraciones finales ICMO	104

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Categorías analíticas centrales para la reconstrucción de la teoría del programa	44
Cuadro 2. Operacionalización de la variable resultado	48
Cuadro 3. Operacionalización de las variables de exposición	49
Cuadro 4. Preguntas clasificatorias para determinar la exposición del estudiante a la intervención Preserva.....	52
Cuadro 5. Categorías de análisis centrales para la configuración CMO	56
Cuadro 6. Reglas de codificación por categorías	59
Cuadro 7. Teoría inicial de programa por componente e Hipótesis preliminares.....	66
Cuadro 8. Teoría inicial del programa reconstruida	70
Cuadro 9. Teoría del programa refinada.....	113

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Nivel de alcance para cada tipo de evaluación (Rehle y Hassig, 2002).....	33
Figura 2. Componentes y variables del modelo de evaluación (Salazar, 2011).....	33
Figura 3. Esquema de la causalidad generativa en la evaluación realista (Pawson y Tilley, 1991)	35
Figura 4. Ciclo de la evaluación realista (Pawson y Tilley, 1991)	35
Figura 5. Componentes y enfoques de la intervención Preserva	36
Figura 6. Ruta de evaluación de la intervención (elaboración propia)	41
Figura 7. Temporalidad de evaluación realista de la Intervención Preserva (elaboración propia)	41
Figura 8. Configuración preliminar ICMO del componente de formación	99
Figura 9. Configuración preliminar ICMO del componente de información y comunicación	100
Figura 10. Configuración preliminar ICMO del componente de servicios	101
Figura 11. Configuración preliminar ICMO del componente de sociocultural	101
Figura 12. Mapa de contexto de las ICMO preliminares de la intervención	103

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Teoría Inicial de Programa.....	152
ANEXO B. Acta de aprobación por comité de ética	165
ANEXO C. Carta Aval Sede Palmira.....	166
ANEXO D. Consentimiento informado para los jóvenes universitarios	167
ANEXO E. Consentimiento informado para directivos y operadores de la intervención	168
ANEXO F. Cuestionario para la evaluación de la vida sexual y la participación en la intervención de los jóvenes universitarios	169
ANEXO G. Guion de entrevista realista con directivos y tomadores de decisiones.	174
ANEXO H. Guion de entrevista realista con operadores de la intervención.	175
ANEXO I. Guion de entrevista realista con jóvenes universitarios	176
ANEXO J. Guion grupo focal realista para directivas y tomadores de decisiones	177
ANEXO K. Guion grupo focal realista para operadores de la intervención.	178
ANEXO L. Guion grupo focal realista jóvenes universitarios	179
ANEXO M. Modelos de regresión: resultados de regresión por categorías	181
ANEXO N. Análisis de colinealidad	183
ANEXO O. Esquemas gráficos de la TIP por componente	184
ANEXO P. Codificación del grupo focal realista para la reconstrucción de la teoría	187
ANEXO Q. Análisis temático mediante Red semántica de los componentes de la intervención	188
ANEXO R. Criterios de evaluación de configuraciones CMO en la Evaluación Realista.....	192
ANEXO S. Integración de resultados Cuanli - Cuanti bajo la complementariedad metodológica	193

1 RESUMEN

Antecedentes: En el mundo, el continuo incremento de embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual y Virus de Inmunodeficiencia Humana (ITS/VIH) en jóvenes, deja ver la necesidad no solo de implementar estrategias para actuar sobre las condiciones que inciden o estrictamente se relacionan con el cambio de los indicadores, sino de evaluar dichas estrategias desde una perspectiva más integradora y realista para poder determinar si realmente funcionan y cómo funcionan, de este modo estimar la posibilidad de ampliar estas intervenciones a otras regiones y así contribuir al bienestar y salud sexual de la población de los jóvenes. **Objetivos:** Evaluar la efectividad de la intervención Preserva para promover el uso del preservativo en jóvenes de una universidad pública de Palmira, considerando el contexto, los mecanismos y los resultados en el año 2019. **Metodología:** Para la presente investigación se llevó a cabo una Evaluación realista con un aplicación de métodos mixtos desde el enfoque del realismo crítico. El componente cualitativo incluyó grupos focales realistas, entrevistas realistas y revisión documental. El componente cuantitativo correspondió a un estudio observacional analítico de corte transversal. Para dar alcance al objetivo principal de esta investigación, se planteó una ruta de evaluación de 4 fases que dieran cuenta de los objetivos específicos y cumpliera con las etapas o fases del ciclo de evaluación realista descritos por Pawson y Tilley en el que contempla la Teoría inicial, las hipótesis, las observaciones y la especificación del programa. Para los fines de esta investigación la teoría inicial y las hipótesis se abordaron en el fase 1, las observaciones se abordaron en la fase 2 y 3 y la especificación del programa se abordó en la fase 4. Esta investigación se realizó en una de las sedes de una Universidad pública ubicada en Palmira. La mayoría de población de la sede regional son estudiantes jóvenes procedentes de Palmira, Cali, Buga, y Tuluá y del Sur-occidente del País. Se aplicó un cuestionario para la evaluación de la vida sexual y la participación de los jóvenes en la intervención. La variable predictoras primaria en el componente cuantitativo fue frecuencia de uso del preservativo, las variables explicativas fueron: prácticas sexuales, actitudes, conocimientos, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo. Se realizó una regresión logística para cada categoría, para el modelo de regresión múltiple final, se incluyeron variables con valor $p = < 0,10$. Para el componente cualitativo se realizaron grupos focales realistas, entrevistas realistas y revisión documental. Se realizó un análisis de complementariedad metodológica de datos Cuantitativos y cualitativos mediante los cuales se configuraron CMO. Finalmente se describe la teoría de la intervención preserva refinada. **Resultados:** 8 configuraciones Contexto, Mecanismo y Resultado (O): Outcome, fueron identificadas posterior análisis de complementariedad metodológica. Cinco configuraciones CMO promovieron cambios en: aceptabilidad y apertura para hablar de sexualidad, capacidad de autogestión entorno al preservativo, uso de dispensadores y prejuicios por el uso, aprendizaje entorno ITS/VIH y conocimientos acerca del uso del preservativo, reconocimiento de la importancia del uso preservativo. Tres configuraciones evidenciaron en que aspectos no funcionó la intervención Preserva: faltó de continuidad en la implementación de las estrategias de comunicación, faltó implementación del componente sociocultural, faltó adecuación de espacios e ingreso de personal para el desarrollo del componente de servicios. **Conclusión:** La intervención evaluada es efectiva para promover el uso frecuente del preservativo en el 30% de la población universitaria. La confianza en un proceso formativo, es un mecanismo importante para promover la aceptabilidad por el uso del preservativo en los jóvenes. Las estrategias de formación de jóvenes multiplicadores muestran ser efectiva para promover el interés y empoderamiento para transmitir información y promover la capacidad de autogestión del preservativo en los jóvenes. Quienes perciben prejuicios sociales, señalamientos y vergüenza, se les dificulta acceder al uso de los preservativos. Los jóvenes del sexo masculino se muestran más interesados y desinhibidos para adquirirlos los preservativos, esto conlleva a que tengan

mejor disposición para el aprendizaje del uso. Cuando los jóvenes toman conciencia de la problemática real de la salud sexual y reproductiva desde su realidad social y regional, se logra un reconocimiento importante del uso adecuado del preservativo.

Decs: evaluación de programas y proyectos de salud, condones, sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, Jóvenes, servicios de salud para estudiantes

ABSTRACT

Background: Worldwide, the continuous increase in unplanned pregnancies, sexually transmitted diseases and Human Immunodeficiency Virus (STI/HIV) in young people, reveals the need not only to implement strategies to act on the conditions that affect or are strictly related to the change of the indicators, but to evaluate these strategies from a more integrated and realistic perspective to be able to determine if they really work and how they work, in this way to estimate the possibility of expanding these interventions to other regions and thus contribute to the well-being and health sexuality of the youth population. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of the Preserva intervention to promote the use of condoms in young people from a public university in Palmira, considering the context, mechanisms and outcomes in 2019. **Methodology:** For this research, an evaluation was carried out. realist with an application of mixed methods from the critical realism approach. The qualitative component included realistic focus groups, realistic interviews, and documentary review. The quantitative component corresponded to a cross-sectional analytical observational study. In order to reach the main objective of this research, an evaluation route of 4 phases was proposed that would account for the specific objectives and comply with the stages or phases of the realistic evaluation cycle described by Pawson and Tilley in which the initial Theory contemplates, hypotheses, observations and the specification of the program. For the purposes of this research, the initial theory and hypotheses were addressed in phase 1, the observations were addressed in phases 2 and 3, and the specification of the program was addressed in phase 4. This research was conducted at one of the sites from a public university located in Palmira. The majority of the population of the regional headquarters are young students from Palmira, Cali, Buga, and Tuluá and from the south-west of the country. A questionnaire was applied to evaluate the sexual life and participation of young people in the intervention. The primary predictive variable in the quantitative component was frequency of condom use, the explanatory variables were: sexual practices, attitudes, knowledge, acceptability, accessibility and availability of the condom. A logistic regression was performed for each category, for the final multiple regression model, variables with p value = <0.10 were included. For the qualitative component, realistic focus groups, realistic interviews and documentary review were carried out. An analysis of methodological complementarity of quantitative and qualitative data was carried out through which CMO were configured. Finally, the refined preserves intervention theory is described. **Results:** 8 Context, Mechanism and Result (O): Outcome configurations were identified after analysis of methodological complementarity. Five CMO configurations promoted changes in: acceptability and openness to talk about sexuality, self-management capacity around condoms, use of dispensers and prejudices about their use, learning about the STI/HIV environment and knowledge about condom use, recognition of the importance of condom use preservative. Three configurations showed little effect on aspects of: lack of continuity in the implementation of communication strategies, lack of implementation of the sociocultural component, low attendance at consultations due to the type of space, and lack of a family doctor in the services component. **Conclusion:** The evaluated intervention is effective in promoting the frequent use of condoms in 30% of the university population. Confidence in an educational process is an important mechanism to promote acceptability for condom use in young people. Training strategies for young multipliers show to be effective in promoting interest and empowerment to transmit information and promote condom self-management capacity in young people. Those who perceive social prejudices, accusations and shame, find it difficult to access the use of condoms. Young men are more interested and uninhibited in acquiring condoms, which means that they have a better disposition to learn how to use them. When young people become aware of the real problems of sexual and reproductive health from their social and regional reality, an important recognition of the proper use of condoms is achieved.

Mesh: Program Evaluation, Condoms, sexuality, Students, Sexually Transmitted Diseases, Health Services

2 INTRODUCCIÓN

En el mundo, el continuo incremento de embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual y Virus de Inmunodeficiencia Humana (ETS/VIH) en jóvenes, deja ver la necesidad no solo de implementar estrategias para actuar sobre las condiciones que inciden o estrictamente se relacionan con el cambio de los indicadores, sino de evaluar dichas estrategias desde una perspectiva más integradora y realista para poder determinar si realmente funcionan y cómo funcionan, de este modo estimar la posibilidad de ampliar estas intervenciones a otras regiones y así contribuir al bienestar y salud sexual de la población de los jóvenes.

La presente investigación se dirigió a la evaluación de una intervención en promoción de la salud a través del enfoque de Evaluación Realista planteado por Pawson y Tilley (1), en el cual se evaluó la efectividad de la intervención *Preserva* “Intervención para promover el uso frecuente del preservativo y métodos de barrera en jóvenes universitarios”, de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, proyecto liderado por el Grupo de Investigación en Promoción de la Salud - PROMESA. La investigación contó con el aval ético otorgado por la Universidad del Valle mediante acta de aprobación No (009-017). La intervención *Preserva* nace de los resultados obtenidos en varios estudios (cualitativos y cuantitativos), en los cuales se logra caracterizar las conductas de riesgo y de protección para las ITS/VIH en adolescentes y jóvenes; así mismo se identifican los factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo, los comportamientos sexuales y los conocimientos sobre el riesgo frente a infecciones de transmisión sexual (2–6). Concomitantemente el grupo ha intentado develar las tramas de acción en términos de prácticas y las lógicas de sentido en torno a la sexualidad entendiendo que son intereses que responden a procesos dinámicos y complejos que pueden ajustarse y reconfigurarse, según la situación o la condición de vida de cada individuo (7).

El propósito de la intervención *Preserva* fue que, a través de cuatro componentes de: formación, información y comunicación, servicios y socio cultural, se lograra un cambio favorable en el uso, conocimientos, prácticas, actitudes y creencias hacia el preservativo y métodos de barrera en jóvenes de una Universidad pública de Palmira. En este sentido, la intervención *Preserva* no solo buscaba cambios a nivel individual, sino organizacional a través de la implementación de servicios, acceso a la información, formación de talento humano y evidenciar los imaginarios colectivos acerca del uso del preservativo.

Bajo el paradigma del realismo crítico, esta investigación se centró en evaluar la efectividad de la intervención y en determinar los mecanismos y el contexto que influyeron en la obtención de los resultados relacionados con el cambio en; uso del preservativo y métodos de barrera, conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, así como la aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo en el entorno. Por consiguiente, más allá de establecer si la intervención fue efectiva desde un enfoque positivista, la evaluación realista trasciende de efectividad al concepto de la Causalidad generativa descrito por Pawson y Tilley (1) entendido como “el cambio generado por las intervenciones sociales (interno) y la forma de liberación de los poderes causales subyacentes (mecanismos) de los individuos y las comunidades”. Los mismos autores definen mecanismos como *“los patrones regulares de comportamiento social, configurados por los razonamientos de los participantes (valores, creencias, actitudes o la lógica que aplican a una situación particular) y los recursos (diseños, contexto, Información, materiales, infraestructura, normas) de los que disponen”*.

La efectividad también se puede concebir desde enfoques más tradicionales de evaluación. Dado que las intervenciones de prevención del VIH /SIDA cuentan con diversas etapas de implementación, Rehle y Hassig (8), sugieren estratificar la evaluación de efectividad en: efectos de la intervención a corto y mediano plazo: *cambios en el uso del condón, cambios en el comportamiento (negociación del condón), cambio en las actitudes*. A largo plazo: *cambios en la tendencia del VIH/SIDA, mortalidad relacionada con SIDA, norma social*.

Así las cosas, estamos en frente de una evaluación de efectividad, pero fuera del enfoque tradicional de evaluación que pretende determinar el efecto en virtud de los resultados, estamos enfrente de una evaluación de efectividad desde un enfoque realista que pretendió determinar el efecto en virtud del contexto y los mecanismos que influyeron en los resultados.

Esta investigación desde la evaluación realista identificó los elementos del Contexto (C), Mecanismos (M), y Resultados (Outcome) (O), y a través de configuraciones $C+M=O$ se logró determinar, ¿que funcionó?, ¿en quienes?, ¿en qué circunstancias? y los mecanismos inmersos en esta, así como aportó al conocimiento de esta problemática desde una perspectiva integradora de métodos cuantitativos y cualitativos.

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con el último reporte del Centro para la Prevención y el Control de las Enfermedades de Estados Unidos (CDC) (9), las infecciones de transmisión sexual muestran un predominio significativo en la población juvenil entre los 15 y 24 años. En el mundo la prevalencia del VIH entre los 15 y 49 años es de 0.7%. En cuanto al número de personas infectadas por continentes, para Norte América 2.2 millones, Centro América 330,000 mil, Sur América 2,1 millones, Este de Europa y Centro de Asia 1,7 millones, Asia y el Pacífico 5,8 millones, para Oeste y Centro de África 4,9 millones, Medio Oriente y Norte de África 240,000, Este y sur de África 20,7 millones (10).

Para Colombia en el 2020, la tasa de incidencia de VIH notificada fue de 28,76 por 100.000 habitantes. Se identificaron 134.636 personas que viven con el VIH en el SGSSS en Colombia y hubo un incremento de los casos prevalentes del 9,03% con una mayor proporción de casos entre los 30 y 34 años. La tasa de incidencia de VIH por departamentos muestran valores de: Centro (Bogotá 22,51), Caribe (Atlántico 6,12), Oriental (Santander 3,94), Pacífico (Valle del Cauca 12,66), Amazonia/Orinoquia (Casanare 0,68) (11).

Para el Valle del Cauca al 2020 la tasa de incidencia de VIH notificada fue de 37,41 por encima del valor nacional (12). Para Cali la tasa de incidencia de VIH notificada fue de 48,73 (13). Las entidades territoriales que reportaron el 80.5% de la notificación de la carga de la enfermedad al departamento del valle corresponden a los municipios de Cali, Palmira, Tuluá y Buga (14). Según el reporte de análisis de situación de salud del 2017, Palmira reportó una tasa ajustada de VIH de 15,45 casos por 100.000 habitantes, mostrando una tendencia al aumento con respecto a las cifras reportadas años atrás (15,16).

Ahora bien, el embarazo no planeado hace parte de la problemática vinculada con el no uso del preservativo en la población adolescente. La OMS reporta que en el mundo aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años han estado en embarazo, la mayoría en países de bajos y medianos ingresos. La región de América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa estimada de fecundidad en adolescentes más elevada del mundo. En el año 2020 en Colombia la tasa de fecundidad infantil (10 a 14 años) por cada 1.000 mujeres es de 12,1 y la tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres es de 66,3. Para ambos rangos de edad las tasas de fecundidad son más altas en los centros poblados y

rural disperso que en las cabeceras municipales. Estas cifras preocupan por la determinación social implícita en los embarazos a estas edades. Unos 3 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años se someten a abortos peligrosos. Colombia registra una de las mayores tasas de embarazo adolescente de América Latina, donde 1 de cada 5 adolescentes entre los 15 y 19 años ha estado en embarazo (17).

Las cifras anteriormente descritas se acentúan con un aumento significativo entre los 15 y 29 años de edad, población altamente vulnerable debido a los comportamientos asumidos durante esta etapa de desarrollo y a las diversas dinámicas sociales, económicas y políticas presentes en su entorno. Del mismo modo es significativa la influencia de contextos específicos como la familia, el grupo de amistades, el colegio, la universidad y el trabajo, en los procesos de comprender el mundo.

Los jóvenes universitarios presentan altos índices de conductas sexuales de riesgo debido al contexto donde empiezan a desarrollar su personalidad y su vida sexual: múltiples compañeros de estudio, extensas jornadas académicas, nuevos roles en la Universidad, baja percepción de riesgo entre pares, y otros aspectos que ponen al joven frente a conductas que influyen significativamente en la salud (3,18).

A pesar del mantenimiento y aumento de las tasas de embarazo, ITS y VIH en la población juvenil, el uso del preservativo sigue siendo bajo. El uso del preservativo en jóvenes varía dependiendo de las diferentes poblaciones del mundo, con porcentajes de 75% para Canadá (19), 62% para China (20), 60% para Brasil (21), 56% para España (22), 54% para Estados Unidos (23), 51% para México (24), 35% para Colombia (25), 31% para África (26). En un estudio reportado por Francis y cols (27) en estudiantes universitarios entre los 18 y 29 años de los Estados Unidos, el 70% había tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días y el 40% de ellos rara vez o nunca usaba preservativos durante esos encuentros.

En el contexto local, son varias las investigaciones que se han desarrollado para la comprensión de los factores que se relacionan o explican el no uso del preservativo y métodos de barrera en la población de universitarios en Cali. Valencia y cols (2) describen que el uso del preservativo se da en un 33% de la población de jóvenes universitarios, siendo la intención y la autoeficacia, los factores predisponentes para el uso frecuente. Asimismo, Orcasita y cols (6), afirman que en las prácticas sexuales y los riesgos frente a las ITS no hay interés de prevención

cuando los estudiantes asocian confianza y estabilidad en las relaciones de pareja, reportando múltiples parejas sexuales por año en jóvenes universitarios, aumentando la posibilidad de contraer una ITS. Los jóvenes en una Universidad de Cali consideran que el preservativo disminuye la sensación, solo previene el embarazo y se usa solo en la pareja ocasional (5).

Por su parte, Sierra (28), describe que a pesar de que el 53% de jóvenes universitarios de la Ciudad de Cali tienen un buen conocimiento del preservativo y el 45% tiene una actitud favorable hacia el mismo, su uso se reduce al 33%. Uribe y Orcasita (29) afirman que independiente del nivel de conocimientos que se tenga frente al tema del VIH/SIDA, las prácticas sexuales son otras, presentando altos índices de riesgo por el no uso del preservativo. Otro estudio realizado por Valencia y cols (30), describe que a nivel individual la principal preocupación, en el marco de las relaciones sexuales, es el embarazo y la confianza en la pareja estable, por tanto, una vez la pareja incorpora un método anticonceptivo, se desplaza el uso del preservativo.

Ahora bien, se ha podido demostrar que los preservativos y métodos de barrera son dispositivos costo-efectivos contra las infecciones y enfermedades de transmisión sexual, por tanto, su papel en la batalla contra las ITS/VIH es fundamental. El uso del preservativo es un comportamiento que requiere de convicción, habilidades y accesibilidad y, en ausencia de estos es altamente probable que su uso no se lleve a cabo o de igual forma es posible que los jóvenes no puedan acceder fácilmente a los preservativos debido a las barreras del contexto y organizacionales (27).

Según Moreno (31), entre las causas que se han encontrado por las cuales los jóvenes universitarios no usan el preservativo son la baja disponibilidad y la accesibilidad. Promover la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad de los preservativos a nivel del individuo, de las organizaciones y del contexto debe ser el eje central de las intervenciones estructurales dirigidas a promover cambios reales para el uso del preservativo (27,32,33). Lo anterior en consonancia con los planteamientos de Blankenship en cuanto a los factores que han de considerarse para el diseño, ejecución y evaluación de intervenciones estructurales en salud pública.

La baja disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad hacia los preservativos han creado una brecha entre quienes diseñan las intervenciones y la realidad de las personas a quienes van

dirigidas las mismas. Si se logra una comprensión de este fenómeno, se puede ayudar a acortar la distancia existente entre el diseño de las intervenciones y el uso del preservativo y métodos de barrera, y así generar impacto reduciendo la tasas de ITS/VIH (8,27,32).

En lo referente a las intervenciones estructurales en salud pública, estas pretenden modificar los contextos sociales, económicos y políticos donde se produce y se reproduce la salud (33). Las intervenciones estructurales contra las ITS/VIH, pueden reducir hasta en un 23% la prevalencia de las mismas (31), sin embargo, hoy día se desconoce qué tan estables en el tiempo son los efectos de estas intervenciones, con el agravante que las intervenciones que se muestran o parecen ser efectivas, se entregan o finalizan con una fidelidad inadecuada (34). La literatura reporta muy pocas intervenciones con enfoque estructural y también muestra que a pesar de llamarse “estructurales”, la mayoría de sus componentes están enfocados solamente en el plano individual (35). Igualmente, varias de estas intervenciones muestran que posterior a su implementación, el uso del preservativo y método de barrera en la población vulnerable se modifica en menor medida, por tanto, este tipo de intervenciones representan un reto para los evaluadores en los diferentes ámbitos de la salud pública.

En este sentido la evaluación de las intervenciones estructurales juega un papel importante en la comprensión tanto global como específica, de los procesos, dinámicas, estrategias, así como del rol de los actores al interior de las mismas. Los evaluadores pueden contemplar no solo si la intervención es efectiva en resultados a corto plazo, sino determinar qué hizo que funcionara. En esta dirección se podrían desentrañar los mecanismos que contribuyeron al mérito de las intervenciones y si los resultados realmente se deben a lo planteado por quienes diseñaron la intervención, además de establecer si se implementaron con fidelidad las acciones previstas en el marco lógico de la intervención (36–40).

Es importante señalar que las investigaciones en salud sexual y reproductiva durante los últimos años han mejorado sin duda alguna el conocimiento y comprensión de las intervenciones para la población a nivel individual, además se tiene una comprensión más clara de los componentes efectivos en lo que respecta a la educación y servicios en salud sexual y reproductiva, pero todavía hay vacíos evidentes en cuanto a la comprensión de los mecanismos que expliquen la relación existente entre la intervención y el contexto, y cómo esta contribuye al logro de los resultados (1,34)

Dado el contexto anterior, la pregunta que se responderá es:

¿Qué funcionó de la intervención Preserva?, ¿para quién?, y ¿en qué circunstancias?

Las siguientes preguntas son subsidiarias, es decir que complementan la intencionalidad de la pregunta principal:

¿Cuáles fueron los resultados obtenidos en los jóvenes universitarios que estuvieron expuestos a la intervención Preserva?

¿Cuáles son los contextos y que mecanismos generaron los resultados obtenidos en los jóvenes universitarios que estuvieron expuestos a la intervención Preserva?

Para responder a las preguntas de investigación anteriormente planteadas se desarrolló un análisis exhaustivo bajo el enfoque de Evaluación Realista (1), donde convergieron abordajes cuantitativos y cualitativos, concibiendo el objeto de investigación de forma amplia y compleja en su realidad.

Los resultados de esta investigación permitieron el reconocimiento de los contextos y mecanismos que influyeron sobre los resultados de la intervención, y en esa medida son elementos que se consideraron para la teoría del programa refinada para que posteriormente tribute en el bienestar de los jóvenes universitarios de otras sedes. Esta metodología y los resultados son insumo para la evaluación de estrategias en salud sexual y reproductiva, y para determinar el alcance de las políticas institucionales en las intervenciones de salud sexual para la población universitaria.

De la misma forma, en el contexto de la actualización y toma de decisiones, estos resultados proveen elementos claves de análisis para las Universidades que hacen parte de la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (REDCUPS) y para las mesas departamentales y municipales en salud sexual y reproductiva.

4 ESTADO DEL ARTE

Las ITS y el VIH constituyen un problema de salud pública en todo el mundo. Para el año 2021, 38,4 millones de personas estaban diagnosticadas con el virus del VIH (10), generando un gran impacto no solo a nivel económico, sino también a nivel social, perpetuando sus efectos en el sistema de salud, pero en mayor proporción a la economía del sistema y en especial, al de la familia (41).

Los jóvenes y adolescentes entre los 15 y 25 años son una población en riesgo de adquirir ITS/VIH por la diversidad del contexto en el que experimentan el desarrollo de su sexualidad (42). Los contextos socioculturales influyen sobre las percepciones de riesgo en torno al VIH, lo cual condiciona el hecho de que una persona considere que está poco o demasiado expuesta a adquirirla (43). Los comportamientos que comprometen la salud están relacionados con algunas prácticas sociales y culturales a edades tempranas (44). El uso del preservativo es una conducta que puede ser aprendida tanto por la instrucción de familiares cercanos o por el contexto educativo; su uso varía de país a país al igual que los factores asociados a su uso.

Para el caso de los jóvenes universitarios, una investigación realizada por Mejía (45), resume las prevalencias de uso del preservativo reportadas por la literatura entre el 2002 y el 2014. Esta revisión describe el porcentaje de uso del preservativo en jóvenes universitarios encontrando cifras entre un 26,4% (Colombia) y un 63,8% (Estados Unidos). Según Mejía para el caso de Colombia, se reportó una prevalencia de uso del 33%, aun así, esta cifra comparada con otros países, sigue siendo baja.

A pesar de los esfuerzos mancomunados de los países y las instituciones por desarrollar intervenciones que refuercen el uso del preservativo, la prevalencia del uso es en general baja entre los jóvenes y adolescentes, y cada día las cifras de ITS/VIH van en aumento (34,46). Posiblemente el enfoque y diseño de las intervenciones solo desde la perspectiva individual promueva conductas tempranas, pero lastimosamente no son estables en el tiempo.

Un estudio realizado por DiClemente y cols (47), demostró que estrategias de promoción del preservativo para actos sexuales protegidos pueden mantener dichas conductas a corto plazo (6 semanas), pero que posteriormente los efectos disminuyen entre los 6 y 12 meses, y se extiende sin cambios significativos hasta los 24 meses.

De otra parte, un número significativo de investigaciones se han enfocado en la reducción de las cifras epidemiológicas a través de estrategias de control y de cobertura a nivel individual, pero no han abordado los otros aspectos o factores que están estrictamente relacionados con las conductas sexuales no protegidas. La accesibilidad, la disponibilidad y la aceptabilidad a nivel individual, organizacional y de contexto, juegan un papel crucial en cualquier tipo de intervención en salud pública. Para Charania y cols, las intervenciones que aumentan la disponibilidad o accesibilidad a los preservativos, que incluyan componentes individuales en grupos pequeños y también en comunidades, con distribución y acceso a los preservativos, demostraron ser eficaces para aumentar los comportamientos de uso frecuente (32,33).

Son numerosas las investigaciones que se han enfocado en la evaluación de la intervención estructural o también entendida como “multicomponente” para promover el incremento del uso del preservativo y, por consiguiente, la disminución de la prevalencia de ITS y el VIH. Una intervención estructural se define como *“cualquier intervención de salud pública que tiene como objetivo mejorar el estado de salud de la sociedad modificando el contexto en el que se produce el comportamiento de riesgo relacionado con la salud”* (31).

Dado a la escasa evidencia de si las intervenciones estructurales son efectivas para promover el uso frecuente del preservativo, dentro de este proceso de investigación se realizó una revisión sistemática titulada “Efectividad de las intervenciones estructurales para la promoción del uso del preservativo en adolescentes y jóvenes” (35). Inicialmente se describen de forma general los estudios (Tabla 1) y posteriormente se presenta una síntesis de los hallazgos en común.

Tabla 1. Estudios referentes de intervenciones para aumento del uso del preservativo.

Autor, Lugar, fecha	Población Objetivo	Características de la Muestra	Descripción del Estudio	Grupo Experimental	Grupo Control	Variable desenlace y Resultados
Bryan et al(48), Arizona EE.UU, (1996).	Mujeres jóvenes no casadas de primer año universitario.	n=198 Experimental: n=100, control: n=98. Edad media: 18.6 años.	Tipo: ECA. Duración de la intervención: 45 minutos por cada componente. Mediciones: 4 veces; pretest, posttest, 6 semanas y 6 meses.	Intervención Multicomponente: segmentos grabados en video, presentación de conferencias, participación de la audiencia en los ejercicios de discusión, desarrollo de habilidades.	Intervención: manejo del Estrés.	Variable desenlace: % de uso del preservativo en la última relación sexual. Resultados: grupo experimental se reportó el uso del preservativo del 68% a las 6 semanas y a los 6 meses, mientras en el grupo control se reportó un 43% de uso del preservativo a las 6 semanas y 49% a los 6 meses.
Exner et al (49), Nueva York EE.UU, (2012).	Directores, asesores y clientes de agencias urbanas del norte del estado.	Agencias: n=44; consejeros n= 223; clientes Experimental; n=134 Control; n=143. Edad media: 41 años (18-64).	Tipo: ECA Duración de la intervención: 6 horas. Mediciones: 2 veces, Inicio y 12 meses.	Intervención Multicomponente: Provisión libre de preservativos femeninos por un año, distribución de un paquete de herramientas y un programa de capacitación de políticas y preservativos femeninos, soporte técnico, entrega de kit a directores (carteles, panfletos y hojas de información), taller de capacitación sobre preservativo femenino.	Intervención: reunión de directores regionales y provisión libre de preservativos femeninos por un año.	Variable desenlace: intención de utilizar preservativo femenino (promedio en rango de 1 a 6). En el grupo experimental promedio de 3.3 a 4.5. En el grupo control Promedio de 3.7 a 3.4.
Calderón et al (50), Nueva York EE. UU, (2013).	Usuarios de centros de atención de urgencias de Nueva York.	n=203 experimental: n=102, control n=101. Edad media: 18 años (15-21).	Tipo: ECA Duración de la intervención: no reporta Mediciones: 2 veces, línea basal y post intervención, no reporta el tiempo.	Intervención Multicomponente: Videos educativos, acerca del uso del preservativo, videos con énfasis en las consecuencias negativas de las conductas de riesgo, videos acerca de las consecuencias positivas del uso frecuente del preservativo, video de cómo usar los preservativos femeninos y masculinos, asesoramiento estándar, prueba de VIH.	Intervención: video donde se mostraba como usar los preservativos masculino y femenino y conocimiento acerca del VIH.	Variable desenlace: intención de utilizar el preservativo medido en unidades. En el grupo experimental se observó un incremento de 0.98 unidades más en la intención para usar el preservativo, con respecto al grupo control con 0.91 unidades para intención de uso del preservativo.

Autor, Lugar, fecha	Población Objetivo	Características de la Muestra	Descripción del Estudio	Grupo Experimental	Grupo Control	Variable desenlace y Resultados
Morales et al (51), Alicante España, (2014).	Jóvenes universitarios.	N= 832 estudiantes. IGE (expertos) n=371, experimental IGEP (pares) n= 241, control n=220. Edad media: 15.7 años (15-18).	Tipo: ensayo controlado aleatorizado. Duración de la intervención: 5 semanas. Mediciones: 2 veces, línea basal y post intervención, no reporta el tiempo.	Intervención multicomponente: información y reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas; mantenimiento de estrategias de autogestión, métodos participativos interactivos, actividades, juegos en grupo, juegos de rol y género mixto.	No reportan.	Variable desenlace: intención de uso del preservativo, medido en porcentaje. Resultados: en el grupo experimental (expertos), el porcentaje de uso del preservativo fue de 99%; en el grupo intervención (expertos y pares), el porcentaje de uso del preservativo fue de 97%, y en el grupo control el porcentaje de uso de preservativo fue de 98%. No existieron diferencias entre los grupos.
Mogro - Wilson et al (52), Connecticut EE. UU, (2017).	Jóvenes padres.	Mujeres n = 1317 experimental n = 653; control n =664. Edad media: 19.8 años (15-24).	Tipo: ECA duración de la intervención: 15 semanas; mediciones: 2 veces, línea basal y 15 semanas post intervención.	Intervención multicomponente: intervención de apoyo, clases de apoyo para emplearse, acceso a una pasantía remunerada de 120 horas, análisis de casos quincenal, acceso a servicios de salud.	Intervención: clase de educación para padres, gestión de casos centrado en el problema.	Variable desenlace: % de uso del preservativo la última vez. Grupo experimental: uso del preservativo del 53%, grupo control: uso del preservativo del 50%.
Mmbaga et al(53), Dar es Salaam Tanzania, (2017).	Escolares – adolescentes.	Estudiantes n= 5091: experimental n=2503; control n=2588. Edad media: 12,4 años (12-14)	Tipo: ECA duración de la intervención: 12 meses. Mediciones: Línea de base, 6 meses, 12 meses.	Intervención Multicomponente: capacitación del cuidado de la salud, visitas a establecimientos de salud, sesión de demostración de uso del preservativo con los modelos masculino y femenino.	No Reporta	Variable desenlace: uso del preservativo medido por coeficiente y valor de P. Grupo experimental, (6 meses, 0.17 – 0.32 (p<.001), (12 meses, 0.29 - 0.36 (p<.001). Grupo control (6 meses, coeficiente de 0.14 – 0.26 (p<.025), (12 meses, coeficiente de 0.26-0.30 (p<.001).
Downs et al(54), Pensilvania EE. UU, (2017)	Mujeres adolescentes no casadas sexualmente activas no embarazadas.	Mujeres n = 1317: experimental n = 653; control n =664. Edad media: 17.1 años (14-19).	Tipo: ECAM duración: 17 días; duración de intervención: 35 minutos. Mediciones: línea de base, 6 meses.	Intervención multicomponente: videos interactivos a través de tableta electrónica y visor de seguimiento, empoderamiento para tomar decisiones en situaciones sexuales, demostración paso a paso del uso correcto del preservativo, negociación sexual, mini documentales.	Intervención: Videos interactivos independientes, auto administrado a través de tableta electrónica Intervención dirigida a reducir choques vehiculares.	Variable desenlace: uso del preservativo medido en unidades en una escala de 3 a 15. En el grupo experimental, línea de base: 12.25, 6 meses: 13.0. En el grupo control, línea de base: 12.24, 6 meses: 12.48.

ECA: Ensayo Controlado Aleatorizado, ECAM: Ensayo controlado aleatorizado multisítio.

Los siete estudios fueron ensayos controlados aleatorizados llevados a cabo en su mayoría en Estados Unidos, África y España. Estos artículos fueron publicados entre 1996 y 2017. La población estuvo constituida tanto por hombres como mujeres, entre 12, 18 años y más y se aplicaron a adolescentes escolarizados, universitarios, hombres padres, inclusive, operadores de la intervención y directivos de empresas donde se desarrollaban las intervenciones; en el caso particular de las mujeres, en algunos estudios eran adolescentes no casadas, sexualmente activas no embarazadas. Las intervenciones para aumentar el uso del preservativo iban dirigidas con especial interés a adolescentes o jóvenes con conductas sexuales de riesgo para ITS/VIH. Las poblaciones de los estudios provenían de agencias especializadas en el trabajo con jóvenes en contextos de vulnerabilidad, algunas de tipo oficial, de las agencias (centros para el tratamiento en el abuso de sustancias) y otras eran clínicas de planificación familiar.

Las intervenciones planteadas en estos estudios fueron evaluadas a través de ensayos controlados aleatorizados. Todas las intervenciones tuvieron una evaluación previa y una posterior, algunas tuvieron mediciones durante la intervención. Las mediciones posteriores a la implementación se aplicaban inmediatamente se terminaba la intervención, 6 semanas, 6 meses, 12 meses y hasta los 4 años posteriores a su término. Estas intervenciones tenían diferentes periodos en los que se desarrollaban las actividades desde 5 semanas hasta 1 año. Los componentes de intervención podían variar en duración, siendo desde 1 semana hasta los 4 meses.

En cuanto a las características de las intervenciones, estas fueron dirigidas a nivel individual, organizacional y del contexto para promover el aumento en el uso del preservativo. A Nivel individual varias intervenciones hacían uso de videos o mini documentales acerca de las ITS/VIH; se realizaban intervenciones en pareja o grupal, programas educativos, asesoramiento y entrega de preservativos. A nivel organizacional se impartía capacitación a directivos de instituciones, mercadeo social desde la escuela, trabajos con familias, sesiones educativas a personal y directivos en universidades, así como entrega de preservativos en comunidades específicas.

A nivel del contexto estas intervenciones planteaban normas, programas y políticas para promover el uso del preservativo. La mayoría de los estudios tuvo un grupo de comparación para determinar el efecto de la intervención principal. Las intervenciones control consistían

en intervenciones en el manejo del estrés, reuniones en grupo, entrega de preservativos. La variable desenlace principal de estas intervenciones era el uso del preservativo. Cinco de los estudios revisados, Bryan et al (48), Exner et al (49), Calderón et al (50), Mbagha (53), Downs et al (54), cuyo indicador de efectividad era el cambio en el porcentaje de uso del preservativo con respecto a la línea basal y con respecto al grupo control, mostraron diferencias estadísticamente significativas, mientras las investigaciones de Mogro – Wilson et al (52), y Morales et al (51), no obtienen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y control para este indicador.

Las investigaciones anteriormente descritas demuestran en gran medida un efecto interesante en tres aspectos principales: el uso del preservativo, la autoeficacia en el uso del preservativo con la pareja habitual, el conocimiento de las ITS/VIH. Estos estudios establecieron asociaciones causales entre la intervención y el resultado a través de métodos estadísticos, describiendo el efecto con respecto al uso del preservativo. Una de las fortalezas se tradujo en el uso de los marcos muestrales, en tanto los grupos experimentales tenían entre 100 y 600 participantes y en el grupo control entre 100 y 1300 participantes, sin embargo, ninguna de las investigaciones anteriormente descritas refiere cómo se diseñó la intervención y las razones que sustentaron el diseño. Los resultados de estas investigaciones se atribuyen a la intervención planteada, pero no describen los mecanismos que hicieron posible su funcionamiento.

Otro aspecto a analizar de estos estudios son los modelos teóricos con los cuales se construyeron las propuestas de intervención: la teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1980), la teoría de la conducta planeada o del comportamiento (Ajzen, 1991), la teoría de los estadios de cambio o también denominado “modelo transteórico del comportamiento en la salud” (Prochaska y DiClemente, 1979), la teoría social cognitiva o de aprendizaje social (Albert Bandura, 1977), el modelo de información Motivación-habilidades conductuales (Fisher y Fisher, 1998) y el modelo de creencias en salud (Becker y Rosenstock, 1974).

Estos modelos si bien se enfocan en la comprensión del fenómeno estudiado a través de la conducta humana, plantean una distinción en las etapas o los estadios en los cuales el individuo adopta una conducta, una actitud, una creencia, un comportamiento. La mayoría de estos modelos han sido ampliamente empleados para comprender el uso del preservativo en diferentes poblaciones, pero, ya está más que descrito por estos mismos autores que el uso

del preservativo está determinado no solo por aspectos cognoscitivos, actitudinales y habilidades del individuo, sino por los aspectos culturales, políticos y sociales.

Las limitaciones de estas investigaciones están relacionadas con la falta de enfoques más amplios para su comprensión. Si bien estas investigaciones buscan establecer causalidad entre la intervención y los resultados bajo un modelo eminentemente epidemiológico, dejan un vacío en otros aspectos relacionados con los mecanismos y el contexto que influyen en los resultados de la intervención. Este tipo de investigaciones experimentales carecen de la evaluación del seguimiento a los procesos de implementación de las intervenciones e igualmente no explican cuáles fueron los criterios planteados para el diseño de intervención propuesto.

Para poder conocer los contextos y los mecanismos que influyen en los resultados, autores como Salazar (40) plantean que se debe conocer tener una mayor comprensión de la intervención, sus propósitos, el proceso de evaluación, la teoría del programa, para así poder analizar los resultados de forma más completa. Se debe conocer el diseño e intervenciones a fin de tener una visión más amplia de la misma y poder realizar una interpretación más basta de la realidad.

A partir del marco empírico explorado anteriormente se puede concluir que se conocen los cambios a nivel del individuo, pero se desconoce el contexto al cual pertenecen las personas y qué mecanismos contribuyen en la generación de estos cambios.

5 MARCO TEÓRICO

En este apartado se realizó una revisión de los aspectos teóricos que giraron en torno a esta investigación. Inicialmente se explicarán los conceptos y teorías alrededor de la Investigación Evaluativa además del paradigma del Realismo Crítico, seguido se explicará las conceptos y teorías entorno a la Evaluación de Efectividad, se explicara la evaluación usada para esta investigación, la Evaluación Realista, como el tipo de evaluación que pretende explicar los mecanismos influyentes y generadores de cambio de la intervención Preserva y por último se presentará de forma resumida la Teoría Inicial del Programa (TIP), que para este caso es la intervención Preserva.

5.1 Investigación Evaluativa y Realismo Crítico

Un primer elemento que es ineludible contemplar, dados los propósitos de esta investigación, es la investigación evaluativa. Correa y cols (55) definen la investigación evaluativa como “el uso de herramientas de la investigación social al servicio consistente de hacer más preciso y objetivo el proceso de Juzgar”. Shadish citado por McEvoy y Richards (56) lo definen como “una forma de investigación aplicada que ha buscado identificar soluciones efectivas a los problemas sociales”. Ahora bien, los autores explican que, en su forma de investigación, la evaluación establece criterios claros y específicos que garantizan el éxito del proceso, reúne sistemáticamente información, pruebas y testimonios de una muestra representativa de las audiencias que conforman el programa u objeto a evaluar, traduciendo dicha información a expresiones valorativas y comparándolas con los criterios inicialmente establecidos para sacar finalmente conclusiones.

En el núcleo de una evaluación está un programa, una intervención, un tratamiento o una política. Estos programas o intervenciones encarnan teorías que son el eje central de la investigación evaluativa. Fink (57) define los programas, las intervenciones o los tratamientos como “esfuerzos sistemáticos para alcanzar objetivos específicos para mejorar la salud, la educación y el bienestar”. Las intervenciones pueden ser relativamente pequeñas; por ejemplo, un curso a través del web diseñado para personas adultas en dos instituciones educativas, o relativamente grandes, como el plan decenal de salud.

Determinar si una intervención funciona, en quienes y bajo que circunstancias, provee elementos a los individuos, comunidades y sociedades, y estos son mayores que los costos humanos y financieros. Correa y cols (55) plantea que la Investigación Evaluativa es estricta y contiene una amplia serie de variables sobre las que el evaluador tiene muy poco o ningún control, sus resultados son particularmente aplicables al programa que está siendo evaluado, pero el valor de la investigación evaluativa está en la comprensión de los resultados del programa hacia sus ramificaciones contextuales.

La Investigación Evaluativa puede estar inmersa en múltiples paradigmas. Históricamente el positivismo ha sido el paradigma dominante en la investigación evaluativa y los evaluadores tradicionalmente han buscado hacer evaluaciones objetivas de la medida en que los servicios han cumplido sus objetivos establecidos. Sin embargo, la investigación evaluativa se ha hecho más diversa conceptualmente a medida que los evaluadores intentan responder a preguntas no lineales, ahora intentan responder a preguntas complejas.

Para comprender las realidades incorporadas en los programas o intervenciones, aparece en la Investigación Evaluativa el Realismo Crítico como un paradigma que comprende el mundo natural y social como punto de partida para su análisis. El Realismo Crítico como paradigma brinda una importancia a los mecanismos generativos y a las características del mundo real. Para los realistas críticos, el propósito principal de la investigación científica es obtener conocimiento sobre los mecanismos causales subyacentes.

El paradigma del Realismo Crítico plantea una alternativa a los extremos ontológicos y epistemológicos del positivismo y del posmodernismo (58,59), y su postura sostiene que *“la realidad, si bien existe y es independiente de nosotros, no puede ser conocida de manera absoluta, sino que nuestro conocimiento de ella es y solo puede ser aproximado”*. El realismo en su naturaleza, contempla los razonamientos y los recursos, también llamados mecanismos, que son los que permiten el funcionamiento de las intervenciones sociales.

5.2 Evaluación de Efectividad

El concepto de efectividad es polisémico y podría derivarse de múltiples interpretaciones. En general, la efectividad se puede definir como *“La medida en que se cumplen los objetivos establecidos por la intervención o la política logra lo que pretendía lograr”* (60). Los objetivos

pueden ser tan amplios o tan estrechos como se considere apropiado. Otra definición de efectividad se ha planteado por parte de la Oficina de Evaluación de Tecnología OTA (Office of Technology Assessment), citado por Salazar (61) como: *“La probabilidad de que los individuos de una población definida obtengan un beneficio de la aplicación de una tecnología en salud a un problema determinado en condiciones normales o reales de uso no controladas”*.

Ahora bien, los indicadores de efectividad de las intervenciones generalmente se enfocan en medir los cambios en los resultados que reflejan los objetivos de la intervención (60), sin embargo, los resultados no solo dependen de la intervención, sino también del contexto y los mecanismos subyacentes durante su implementación, lo cuales deben ser considerados a la hora de dar por sentado que una intervención fue o no efectiva.

Salazar (40) plantea que la efectividad se refiere a la medición, descripción y valoración o juicio acerca de la asociación entre intervención y resultados. Según la autora, *“la atribución de los resultados a una determinada intervención no solo debe ser establecida mediante análisis estadístico, sino por lógica de las asociaciones producto del estudio sistemático del proceso y de la interacción de los factores que influyen, tanto en la implementación de la intervención como en los resultados”*.

Algunos modelos como el de Rehle y Hassig (62), sostienen que en el proceso de evaluación de la efectividad en programas dirigidos al VIH/SIDA, se considera la evaluación de los resultados como efectos a corto y mediano plazo relacionados con: cambios en el uso del preservativo, cambios en el comportamiento (ejemplo: negociación del preservativo), cambio en las actitudes y cambios en las tendencias de ITS/VIH (Ver Figura 1).

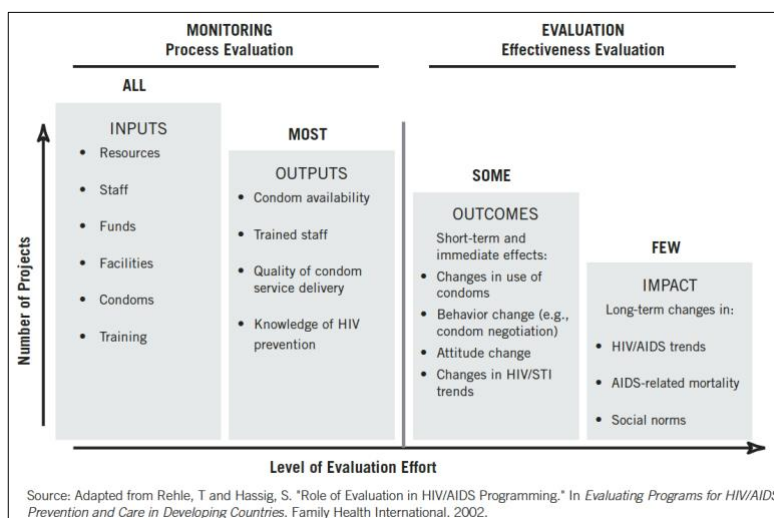


Figura 1. Nivel de alcance para cada tipo de evaluación (Rehle y Hassig, 2002)

Salazar (43) define la evaluación de la efectividad como un “proceso sistemático de sucesivas aproximaciones cuyo ejercicio no es de un único momento, sino de una forma periódica que se extiende durante el tiempo de la implementación de la intervención y más allá de su finalización”. Los componentes del modelo de evaluación planteados por Salazar (65), se refieren a la valoración de la calidad del diseño de la intervención, la valoración de la calidad de la implementación, la adherencia al protocolo y la interacción de los componentes de la intervención, así como a cambios estadísticos, tendencia de las prevalencias en eventos de interés y la atribución de los cambios (Ver figura 2)

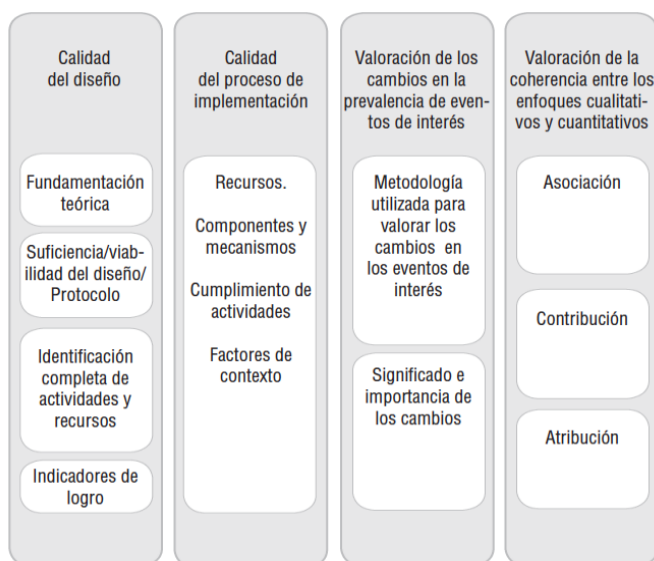


Figura 2. Componentes y variables del modelo de evaluación (Salazar, 2011)

5.3 Evaluación Realista

En los últimos años ha existido un despliegue de numerosas teorías y enfoques de investigación evaluativa, no obstante, para efectos de esta investigación, la intervención Preserva se evaluó, bajo la categoría de evaluación conocida como “Evaluación Realista”. Ahora bien, la forma en cómo se concibió la evaluación realista es genérica y puede no aplicarse de forma exacta, también pueden existir similitudes y diferencias con otras formas de evaluación realista según como lo describe Blamey y Mackenzie (63).

La Evaluación realista es una forma de evaluación desarrollada por Pawson y Tilley (1). Esta teoría enfatiza en la importancia de entender cómo el contexto influye en mecanismos generativos que se dan en las intervenciones y conlleva a los resultados o, dicho de otra forma, el funcionamiento de las intervenciones depende de los mecanismos subyacentes en juego en un contexto específico. Se reconoce que los factores contextuales pueden influir positivamente o negativamente sobre el logro de las intervenciones. Estos factores son a menudo esenciales para hacer inferencias causales y deben tenerse en cuenta durante el proceso de investigación, puesto que tienen gran motricidad en las explicaciones causales. Los mecanismos sociales, por ejemplo, tienen que ver con las elecciones que hacen las personas, estos mecanismos bien pueden ser; la presión social, tomar los riesgos, tomar una decisión con su pareja, intención de llevar a cabo una conducta, entre otros

Para la Evaluación Realista las preguntas claves son: ¿Qué funciona?, ¿Para quién?, ¿En qué circunstancias? La Evaluación Realista se interesa en menor medida en la pregunta a nivel de resultados, para dar paso a un interrogante más integrador: ¿Qué componentes de la intervención funcionaron?, ¿Qué permitió que la evaluación funcionara?

Para desarrollar lecciones transferibles y acumulativas de la investigación, los evaluadores necesitan orientar su pensamiento hacia configuraciones de patrón de Contexto, Mecanismo Resultado (Outcome), también conocida como configuración CMO en inglés. Una configuración de CMO es una proposición que establece ¿Qué funciona de un programa? ¿Para quién? y ¿En qué circunstancias? La configuración de CMO conjeturada es el punto de partida para una evaluación, y la configuración de CMO refinada es el hallazgo de una evaluación (Ver Figura 3).

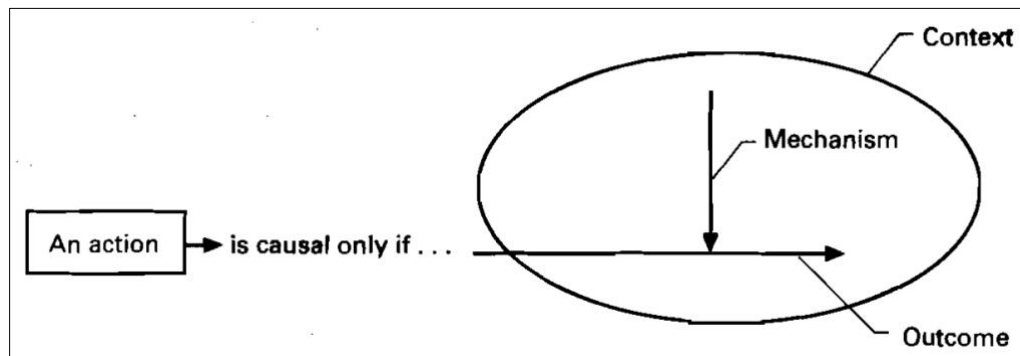


Figura 3. Esquema de la causalidad generativa en la evaluación realista (Pawson y Tilley, 1991)

Pawson y Tilley (1), proponen un ciclo de la evaluación realista para ser seguidos por el evaluador. El ciclo que plantean los autores es más con el propósito de ilustrar al evaluador que en el cómo hacerlo. Inicialmente se da una comprensión de la teoría del programa en cuanto a sus objetivos, ¿a quienes se dirige?, ¿cómo operará?, ¿cómo se concibió?, seguido se establecen configuraciones preliminares CMO o hipótesis que se plantea la intervención con el propósito de ir entendiendo que puede funcionar y en qué circunstancias, tercero, se recoge información de múltiples métodos y se configuran CMO del programa y finalmente se establece que funcionó del programa y en qué circunstancias. (Ver Figura 4)

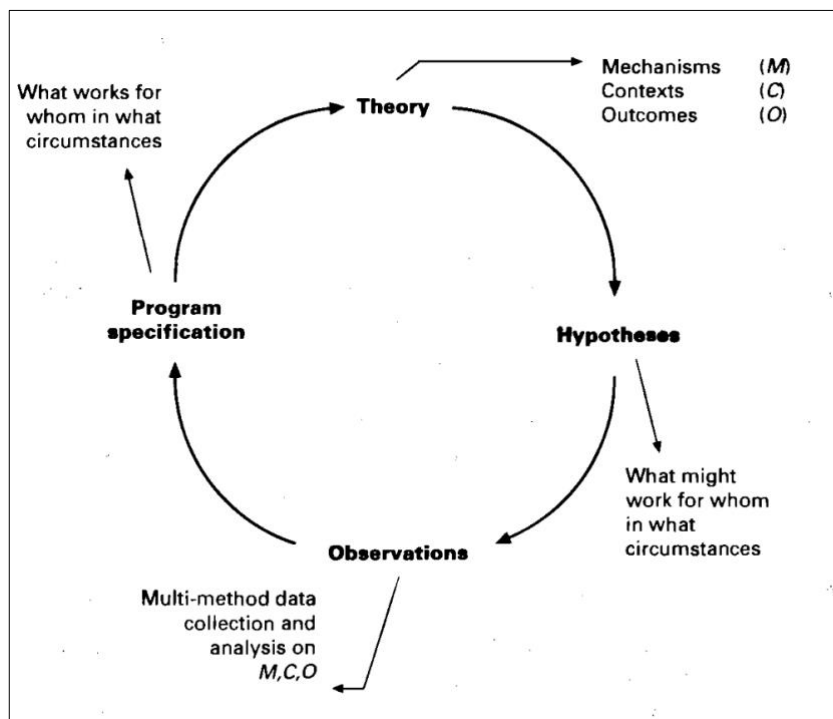


Figura 4. Ciclo de la evaluación realista (Pawson y Tilley, 1991)

5.4 Teoría Inicial del Programa (TIP)

La intervención se encuentra adscrita al grupo de investigación PROMESA, de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle. Esta intervención hace parte del plan estratégico de desarrollo 2015 – 2025, en el programa de Universidad Saludable. La intervención Preserva contó con financiación por la Universidad del Valle obtenida mediante convocatoria interna de investigación y contó con aval ético para su ejecución. Preserva integra cuatro componentes: componente de servicios, componentes de información y comunicación, componente de formación en autoconocimiento, educación y ganancia de habilidades y componente Sociocultural (Ver figura 5).

Preserva es una intervención de tipo estructural que tiene como objetivo lograr un cambio favorable en el uso, conocimientos, actitudes y creencias hacia el preservativo en los jóvenes universitarios. La intervención está soportada en diversos modelos teóricos y conceptuales que asumen la sexualidad desde enfoques integradores y desde una mirada ecosocial. El diseño de la intervención está soportado con diversos enfoques: de derechos, de género y diferencial aplicados a lo sexual y a lo reproductivo. Con ello los creadores de la intervención pretendieron reconocer y evitar cualquier forma de estigmatización o discriminación, así como validar un diseño de intervención adaptable a las particularidades de los diferentes grupos e individuos. (Ver Anexo A)

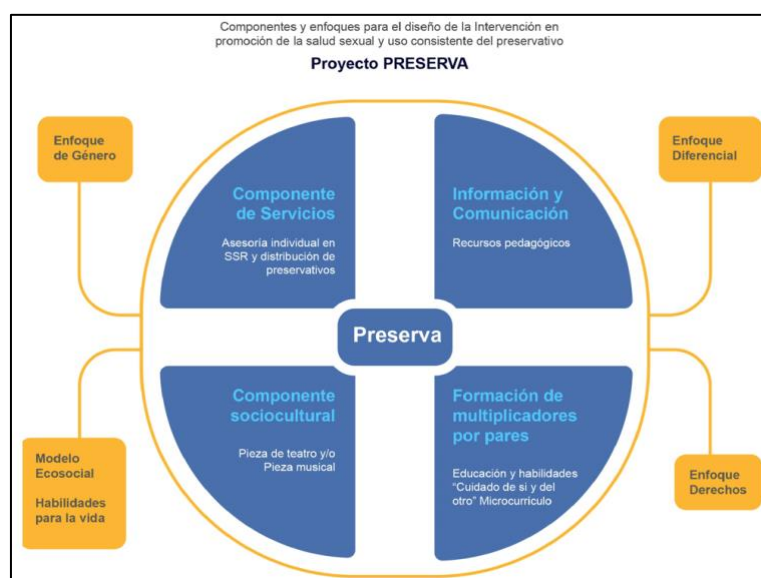


Figura 5. Componentes y enfoques de la intervención Preserva

La intervención Preserva tiene cuatro componentes:

1. Componente de Servicios y Provisión de preservativos: incluye
 - a. Servicios de asesoría en Salud sexual y Salud Reproductiva a libre demanda para la comunidad universitaria en la sede durante la etapa de implementación y evaluación de la intervención. Estas asesorías fueron dadas por estudiantes de último año de enfermería de la Universidad de Valle y por un médico familiar, miembros del equipo de investigación.
 - b. Aprestamiento para el montaje de un consultorio amigable para servicios de SSR en la sede regional.
 - c. Distribución de preservativos, en el campus universitario o entorno proximal, a través de la consulta en SSR o mediante tres dispensadores de preservativos que fueron ubicados por los creadores de la intervención en lugares estratégicos de la sede regional.
2. Componente de Información y comunicación: este componente desarrolló una estrategia de comunicación e información masiva a través de redes sociales en la comunidad universitaria, que promovió la difusión de los diversos mensajes educativos y reflexivos sobre el uso del preservativo y la correcta utilización de los dispensadores. En este componente los creadores de la intervención diseñaron 5 piezas audiovisuales que abordaron los factores relacionados con el bajo uso del preservativo y motivación por el uso, así como la ubicación de mensajes publicitarios para promover la consulta en SSR y el uso del preservativo.
3. Componente de formación de multiplicadores: en este componente se promovió el autoconocimiento, educación y ganancia de habilidades a través de una estrategia de educación para la salud a 25 jóvenes multiplicadores, quienes posterior a su formación replicarían mediante estrategias masivas y en subgrupos la información recibida al resto de la comunidad universitaria. La capacitación fue realizada en el marco de una asignatura electiva en el periodo intersemestral que les permitió acumular créditos académicos en su formación universitaria aprovechando los principios que orientan el currículo de la Universidad donde se implementó la intervención, tales como la flexibilidad curricular. Se usaron métodos participativos, lúdicos, centrados en el desarrollo de conocimientos, toma de decisiones y ganancia

de habilidades en el uso del preservativo. La estrategia usada fue la educación por pares con juego de roles y animación cultural. Se utilizaron ayudas pedagógicas validadas en la población colombiana para el desarrollo de los talleres.

4. Componente sociocultural: los creadores de la intervención diseñaron una pieza teatral que promovía la deconstrucción de mitos, creencias y tabús alrededor de la sexualidad y del uso del preservativo. Esta estrategia esperaba impactar masivamente a una mayor población de jóvenes y miembros de la comunidad universitaria, promoviendo una actitud positiva en la vivencia de una sexualidad, saludable, responsable y placentera y estimulando la consecución, porte y uso del preservativo o métodos de barrera en hombres y mujeres de diferente orientación sexual. Los directivos de la intervención esperaban presentar la obra de teatro al menos en dos ocasiones en cada semestre académico, aprovechando las fechas de gran concentración de la comunidad universitaria como la bienvenida de los estudiantes de primer semestre o la semana cultural.

Por lo anterior y dada la complejidad de una intervención multicomponente como la intervención Preserva, se hace necesario una evaluación compleja que permita establecer más allá de lógicas causales unidireccionales, responder ¿Qué funcionó?, ¿En quienes? y ¿En qué circunstancias? Varios elementos sustentan este tipo de evaluación:

- El tema de la sexualidad. Los escenarios entorno a la sexualidad son amplios y diversos y la lógica entre los jóvenes requiere un análisis más de comprensión e interpretación, no tanto de explicación.
- La edad de la población. Los jóvenes se encuentran inmersos en dinámicas que requieren de un análisis más complejo que permita entender los aspectos que determinaron que la intervención Preserva funcionara.
- Los múltiples componentes. Una intervención multicomponente requiere una evaluación quede cuenta de los mecanismos y los contextos que influyeron en los resultados desde una perspectiva evaluativa y así entender el verdadero alcance de la teoría del programa.
- Múltiples actores. Las intervenciones complejas recogen diversos actores que, al interactuar con las intervenciones en contextos específicos, producen mecanismos que son los que dan cuenta de la efectividad de los programas o intervenciones.

6 OBJETIVOS

6.1 General

Evaluar la efectividad de la intervención Preserva para promover el uso del preservativo en jóvenes de una universidad pública de Palmira, considerando el contexto, los mecanismos y los resultados en el año 2019.

6.2 Específicos

1. Reconstruir la teoría de programa de la intervención preserva.
2. Determinar la relación entre la frecuencia del uso del preservativo y las prácticas sexuales, actitudes, conocimientos, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo.
3. Identificar las relaciones entre el Contexto, los Mecanismos y los Resultados (C+M=O) producidas por la intervención Preserva.
4. Describir la teoría del programa refinada y proporcionar información de, ¿qué funcionó?, ¿para quién? y ¿en qué circunstancias?

7 METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio y enfoque metodológico

Para la presente investigación se llevó a cabo una Evaluación realista con una aplicación de métodos mixtos desde el enfoque del Realismo Crítico. El componente cualitativo incluyó grupos focales realistas, entrevistas realistas y revisión documental. El componente cuantitativo correspondió a un estudio observacional analítico de corte transversal (1,58,64,65)

La evaluación bajo un enfoque realista (1), no es un ejercicio hecho en partes, donde exista una etapa que subordine a otra, tampoco tiene una secuencia definida, la Evaluación Realista es una sola y los métodos utilizados son complementarios. La investigación planteada hizo uso de métodos tradicionales a nivel cuantitativo y cualitativo con técnicas o herramientas que posibilitan la comprensión de los mecanismos que influyen en los resultados en el uso del preservativo (66).

Desde este punto de vista, no cabe enfrentar las metodologías cuantitativas y cualitativas como más o menos idóneas para la evaluación de la intervención, ya que todas son necesarias. Las características específicas de las intervenciones y de los procesos que conlleva su conceptualización, diseño, implementación y evaluación nos obliga a considerar fenómenos de naturaleza distinta y en contextos diversos para cuyo conocimiento se requieren métodos diferentes en cada caso, por lo que la polémica con respecto a los paradigmas metodológicos queda en un segundo plano (59,67).

Escudero (68), propone que la diversidad metodológica se asuma como un elemento clave del trabajo evaluativo, a pesar de la diversidad de posturas respecto a los métodos de la evaluación. Un abordaje evaluativo de intervenciones estructurales exige de métodos y estrategias de estudio sobre la contribución; lo cual deja en claro la insuficiencia de los métodos empiristas absolutos o en extremo relativistas.

7.2 Metodología para la evaluación

Para dar alcance al objetivo principal de esta investigación, se planteó una ruta de evaluación de 4 fases que dieran cuenta de los objetivos específicos y cumpliera con las

etapas o fases del ciclo de evaluación realista descritos por Pawson y Tilley en el que contempla la Teoría inicial, las hipótesis, las observaciones y la especificación del programa. Para los fines de esta investigación la teoría inicial y las hipótesis se abordaron en la fase 1, las observaciones se abordaron en la fase 2 y 3 y la especificación del programa se abordó en la fase 4 (Ver Figura 6). Para cada fase se desarrolló una metodología independiente.

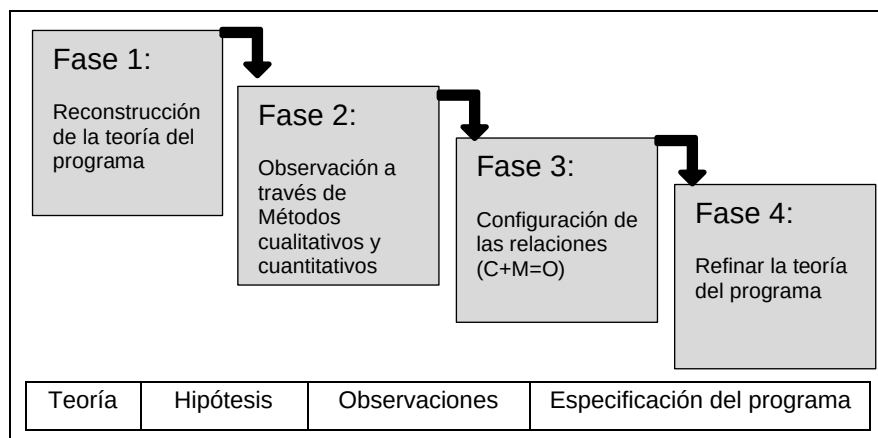


Figura 6. Ruta de evaluación de la intervención (elaboración propia)

7.2.1 Temporalidad de la evaluación realista de la intervención Preserva

Tanto el diseño como la implementación de la intervención Preserva fue realizada entre mayo del 2017 y julio de 2019. La ejecución de la intervención estuvo a cargo de los diseñadores de la intervención y el grupo de investigación PROMESA de la Universidad del Valle. El proceso de evaluación realista se realizó entre agosto de 2019 y abril de 2022. (Ver Figura 7)

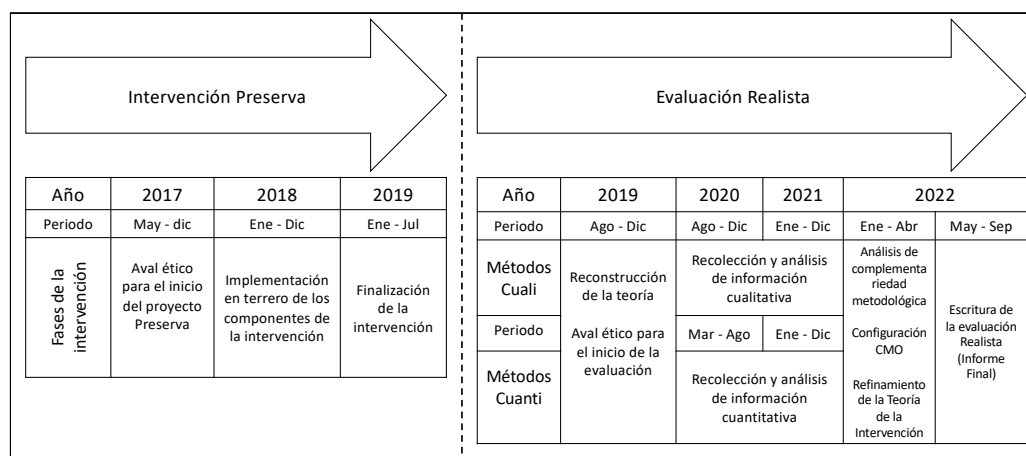


Figura 7. Temporalidad de evaluación realista de la Intervención Preserva (elaboración propia)

7.2.2 Área de estudio

Esta investigación se realizó en una de las sedes de una Universidad pública ubicada en Palmira. La mayoría de población de la sede regional son estudiantes jóvenes procedentes de Palmira, Cali, Buga, y Tuluá y del Sur-occidente del País. La Universidad ofrece programas de pregrado en diferentes modalidades diurnas y nocturnas.

7.2.3 Población vinculada a la intervención Preserva

A continuación, se describirá la población que estuvo involucrada en la Intervención Preserva. A nivel de estudiantes, la Universidad cuenta con un promedio de 2487 estudiantes de diferentes programas académicos. A nivel de operadores de la intervención se contó con el apoyo de un docente del programa de Psicología y un estudiante (1 profesor y 1 monitora), Enfermería (1 auxiliar), Coordinación de Bienestar (1 profesional) y estudiantes de pregrado de Enfermería (4 estudiantes). A nivel de directivos se contó con el apoyo de dos miembros del grupo de investigación Promesa (2 investigadoras) y una profesora de la sede (1 investigadora).

Para cada objetivo de describirán como los participantes hicieron parte del proceso evaluativo. A partir de las fases establecidas para la evaluación de la intervención, la investigación se desarrolló así:

7.2.4 Metodología del objetivo 1: Reconstrucción de la teoría del programa

Como punto de partida, inicialmente se reconstruyó la teoría del programa con el propósito de identificar los supuestos causales y de funcionamiento planteados por los directivos. De igual forma esta fase permitió al investigador plantear algunas hipótesis iniciales sobre los posibles contextos, mecanismos y resultados preliminares encontrados en la intervención. Para el desarrollo de este primer objetivo se usaron técnicas cualitativas como la revisión documental, entrevistas a realistas y grupos focales.

7.2.4.1 Fuentes de información

- Modelo lógico para el diseño e implementación de la intervención que permite dar cuenta de a quienes va dirigida la intervención, los resultados esperados, los factores que contribuyen tanto interna como externamente, los recursos y el tiempo de desarrollo.
- Grupos focales realistas dirigidos a captar los objetivos, los componentes, la metodología, contexto de funcionamiento, posibles mecanismos y resultados de la intervención. (Anexo J).
- Entrevistas realistas con el propósito de establecer configuraciones preliminares de contexto, mecanismo y resultados. (Anexo G).
- Grabaciones de audio, que permitieron registrar con exactitud los grupos focales, que fueron el insumo sustancial para el proceso de transcripción y triangulación de voces.

7.2.4.2 Participantes

Los participantes de este proceso fueron 3 los tres directivos o diseñadores de la intervención vinculados como docentes investigadores de una Universidad pública, quienes habían participado en todas las etapas del diseño de la intervención Preserva.

7.2.4.3 Categorías de análisis

Las categorías analíticas centrales para reconstruir la teoría del programa se configuraron conforme al enfoque de la entrevista realista descrita por Mukumbang (64). Las categorías analizadas fueron:

Cuadro 1. Categorías analíticas centrales para la reconstrucción de la teoría del programa

Categoría	Definición	Reglas de codificación	Fuente de los datos
Intervención (I)	Una intervención es una combinación de elementos de programa o estrategias diseñadas para producir cambios de comportamiento o mejorar el estado de salud entre individuos o un grupo.	Modalidades o actividades del programa Preserva del para promover el uso del preservativo y cambios en las actitudes, conocimientos y Habilidades en SSR.	Anexo G. Guion de entrevistas realista con directivos y tomadores de decisiones. Anexo J. Guion grupo focal realista para directivas y tomadores de decisiones
Contexto (C)	El contexto se refiere a las condiciones sobresalientes que probablemente permitan o restrinjan la activación de los mecanismos del programa.	Componentes del entorno tanto físico como social que favorecen o desfavorecen los resultados esperados	
Mecanismos (M)	Esto se refiere a cualquier determinante subyacente o comportamiento social generado en ciertos contextos.	Cualquier explicación o justificación por la cual un actor utilizó un servicio o un recurso para lograr un resultado esperado, o por qué se consideró como una restricción.	
Resultados (O)	Efecto de las actividades del programa y el que conlleva a cambios sobre los actores del programa	Los códigos aquí definen cualquier cambio referente a conocimiento, las habilidades o la conciencia, el comportamiento o las prácticas	

Tabla adaptada de Mukumbang (69).

7.2.4.4 Recolección de información

Inicialmente se realizó un acopio y organización de toda la información de la intervención obteniendo los siguientes documentos:

- Documento: Proyecto de diseño y evaluación de una intervención para el uso consistente del preservativo y/o métodos de barrera en jóvenes universitarios.
- Documento: Instrumentos para la evaluación del proceso de implementación.
- Documento: Preserva, una intervención estructural para promover el uso consistente del preservativo en jóvenes escolarizados.
- Documento: Modelo lógico para el diseño e implementación de la intervención para promoción uso del preservativo en jóvenes.
- Matriz en Excel: presupuesto global del proyecto Preserva.
- Documento: Informe final del proyecto de investigación Diseño y evaluación de una intervención para la promoción del uso consistente del preservativo y/o métodos de barrera en estudiantes de la Universidad del Valle.

7.2.4.5 Procedimiento y análisis de la información

En primera instancia, con la información obtenida de las fuentes documentales y las entrevistas exploratorias realistas a dos diseñadores de la intervención según lo descrito por Manzano, citado por Mukumbang (64), se procedió a identificar de forma preliminar para cada componente las categorías ICMO que conformarían hipótesis entre, los objetivos, las intervenciones o actividades, posibles mecanismos, resultados, y el contexto. El análisis de esta información se hizo en un formato a tres columnas que incluía el componente de la intervención, la descripción de lo descrito en la entrevista y las categorías ICMO.

Posteriormente se construyeron esquemas gráficos (Anexo O) que explicaban de forma sintética, las hipótesis preliminares por componente y estos fueron presentados a un grupo focal con enfoque realista según lo planteado por Crinson (65) con tres directivos principales de la intervención. En un ejercicio de validación, los directivos refinaron las hipótesis preliminares propuestas.

Los datos recogidos del grupo focal fueron procesados a través de programa Atlas Ti. V 22, donde se realizó un proceso de codificación (Anexo P) y se evaluaron los vínculos según lo descrito en la intervención real. Se refinó el esquema grafico inicialmente planteado con hipótesis preliminares de Intervención, Contexto, Mecanismos y resultados (O). Finalmente se planteó la Teoría Inicial del Programa.

7.2.5 Metodología del objetivo 2: Relación entre la frecuencia del uso del preservativo y las prácticas sexuales, actitudes, conocimientos, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo.

Una vez obtenida la teoría del programa inicial, el siguiente paso fue validarla a través de un estudio empírico. Por tanto, para refinar la teoría de los resultados que produce la intervención Preserva en cuanto al uso del preservativo, las practicas, las actitudes y los conocimientos, la disponibilidad y la accesibilidad al preservativo, se desarrolló un estudio observacional analítico de tipo transversal en una muestra representativa de jóvenes universitarios en el contexto de la institución donde se implementó la intervención.

7.2.5.1 Participantes

El estudio se llevó a cabo con 677 estudiantes de pregrado de una población de 2487 de diferentes programas académicos matriculados en la Universidad pública de Palmira durante la vigencia 2019. Solo se incluyeron jóvenes mayores de edad que participaron voluntariamente en la investigación. Se excluyeron jóvenes que no se encontraban sexualmente activos en el último mes y que presentaron registros incompletos en el cuestionario.

7.2.5.2 Muestra

El tamaño de muestra se calculó con base en la necesidad de detectar cambios significativos en la variable “frecuencia de uso del preservativo”, en los estudiantes universitarios expuestos o no a la intervención. Inicialmente se llevó a cabo una prueba piloto en los estudiantes de la Universidad pública de Palmira en la cual se encontró que la proporción de frecuencia de uso del preservativo en los estudiantes no expuestos a la intervención es de 34%, dato que correspondió con los valores descritos en por Valencia y cols (2). La prueba piloto se aplicó con el rigor y los criterios de inclusión mencionados con anterioridad. Ahora bien, el tamaño de muestra estuvo en función de la magnitud del efecto que se deseaba detectar, es decir, el grado de diferencia entre las proporciones de los grupos estudiados en la comparación planificada.

Para el cálculo del efecto deseado se tuvo que $H_0: p_1 = p_2$ vs. $H_a: p_1 \neq p_2$, suponiendo un nivel de significancia deseado $\alpha=0.05$ y una potencia $(1-\beta)$ de 0.8, el tamaño de muestra (n) requerido en cada grupo para alcanzar el objetivo, viene dado por la siguiente formula:

$$n = \frac{n'}{4} \left[1 + \sqrt{1 + \frac{4}{n'|p_2 - p_1|}} \right]^2$$

En donde

$$n' = \frac{[z_{1-\alpha/2}\sqrt{2\bar{p}\bar{q}} + z_{1-\beta}\sqrt{p_1q_1 + p_2q_2}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Tanto p_1 como p_2 son las proporciones de uso del preservativo en cada grupo.

$$q_1 = 1 - p_1 \quad \bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$q_2 = 1 - p_2 \quad \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

La hipótesis evaluada para el estudio observacional fue: la intervención Preserva genera un incremento en el porcentaje de uso del preservativo en al menos un 10% en la población de jóvenes universitarios expuestos a la misma. La estimación de la muestra se realizó con el programa EPIDAT V4.2.

En la Tabla 2, se puede observar el tamaño de muestra con un nivel de significancia del 95% y una potencia del 80%, en función de la magnitud del efecto deseado de la intervención (10%).

Se tuvo que para un efecto deseado del 10% se debían encuestar 319 estudiantes para cada grupo, para un total de 638 estudiantes.

Tabla 2. Tamaño de muestra

Datos		
Proporción esperada de Población de no expuestos a la intervención (p1)		34%
Proporción esperada de Población de expuestos a la intervención (p2)		44%
Razón entre los tamaños muestrales		1,00
Nivel de Confianza (α)		95%
Potencia ($1-\beta$)		80%
Magnitud del efecto deseado		10%
Tamaño de muestra		Total
Población 1 (n1)	Población 2 (n2)	n1 + n2
319	319	638

Inicialmente para minimizar el efecto del sesgo de selección se necesitaba garantizar la cantidad de muestra tanto para el grupo de estudiantes que no estuvieron expuestos a los componentes de la intervención ($n1=319$) como para el grupo que si ($n2=319$), y además se tenía programado realizar un muestreo probabilístico aleatorio en el que todos los jóvenes que conformaban el marco muestral tenían la misma probabilidad de ser incluidos, se planteó la recolección de la muestra en 3 puntos estratégicos de la Universidad. Sin embargo, debido al fenómeno de la pandemia y bajo las restricciones para la presencialidad en las instituciones educativas, se replanteó la forma de recolección de cuestionario de forma virtual. A pesar de esto, se cumplió con los criterios de selección e inclusión establecidos: jóvenes mayores de edad participantes voluntarios, sexualmente activos en el último mes, eliminación de los registros incompletos en el cuestionario sobre las principales variables de interés.

7.2.5.3 Variables

Se realizó la definición operacional de las variables que se midieron en el componente cuantitativo. Se definió *frecuencia de uso del preservativo* como variable resultado (Ver Cuadro 2), en segunda instancia se describieron las variables que hacían parte de las dimensiones de exposición tales como: *factores sociodemográficos y la vida sexual* (Ver Cuadro 3).

7.2.5.4 Variable resultado

La variable desenlace principal para el presente componente fue: frecuencia de uso del preservativo. Se entendió por frecuencia de uso del preservativo: “regularidad con que se usa el preservativo en cualquier tipo de contacto sexual en la última relación sexual con pareja habitual, medida en: siempre, algunas veces, nunca) (45,70).

Cuadro 2. Operacionalización de la variable resultado

Variable	Definición Operacional	Tipo de Variable	Valores Posibles	Método de Recolección
Frecuencia de uso del preservativo	Regularidad de uso del preservativo en cualquier tipo de contacto sexual en la última relación sexual con pareja habitual.	Categórica ordinal	Siempre Algunas veces Nunca	Anexo F. Cuestionario para la evaluación de la vida sexual y la participación en la intervención de los jóvenes universitarios

7.2.5.5 Variables de exposición

Las variables de exposición hacían parte de tres dimensiones: factores sociodemográficos, intervención y vida sexual. La dimensión factores sociodemográficos constaba de 7 variables, la dimensión intervención constaba de 4 variables representadas por cada componente de la misma y la dimensión vida sexual estaba conformada por subcategorías como: prácticas sexuales, creencias acerca del preservativo, conocimientos acerca del preservativo, actitudes hacia el preservativo, habilidades en uso del preservativo, aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad al preservativo.

Cuadro 3. Operacionalización de las variables de exposición

Dimensión: factores sociodemográficos. Los datos demográficos son información general sobre el grupo de jóvenes de la universidad. Dentro de los datos se encuentra el programa, semestre, sexo, edad, estrato socioeconómico y el estado civil.				
Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Programa	Nombre del programa al que pertenece	Categoría nominal	Administración Contaduría Ingeniería Tecnología Psicología Licenciatura	Anexo F. Cuestionario para la evaluación de la vida sexual y la participación en la intervención de los jóvenes universitarios
Semestre	Semestre que cursa actualmente	Categoría ordinal	De 1 a 10 semestres	
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Categoría nominal	Hombre Mujer	
Edad	Tiempo en años desde el nacimiento	Cuantitativa continua	Entre 18 y 25 años	
Estrato socioeconómico	Clasificación de la residencia según los servicios públicos	Categoría ordinal	1,2,3,4,5 y 6	
Estado civil	Condición en función de si tiene o no pareja y su situación legal	Categoría nominal	Soltero, casado, unión libre, divorciado.	
Nivel académico	Ultimo nivel académico alcanzado	Categoría nominal	Bachiller, técnico, tecnólogo, profesional, posgrado	
Dimensión: Intervención. Conjunto de componentes y de acciones que tienen como objetivo principal aumentar el uso del preservativo en jóvenes universitarios. Los componentes que configuran la intervención son: componente de servicios, componente de información comunicación, componente sociocultural, componente de formación de multiplicadores.				
Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Componente de servicios	Componente orientado a la asesoría en salud sexual y reproductiva y distribución de preservativos en el campus universitario a nivel individual.	Categoría nominal	Si No	Anexo F. Cuestionario para la evaluación de la vida sexual y la participación en la intervención de los jóvenes universitarios
Componente de información y comunicación	Componente orientado a promover mediante dispositivos móviles, la difusión de los diversos mensajes educativos y reflexivos sobre el uso del preservativo y la correcta utilización de los dispensadores.	Categoría nominal	Si No	
Componente sociocultural	Componente orientado a Proveer de una estrategia de formación de multiplicadores por pares formadores en salud sexual y reproductiva, educación a partir de un micro currículo y métodos participativos, lúdicos.	Categoría nominal	Si No	
Componente de formación de multiplicadores	Componente que tiene por objetivo Deconstruir mitos y creencias alrededor de la sexualidad y del uso del preservativo en la comunidad universitaria.	Categoría nominal	Si No	

Dimensión: vida sexual. Conjunto de comportamientos que tiene como objetivo dar o recibir placer sexual, satisfacer curiosidad, seguir el ejemplo de otros, experimentar y adquirir experiencia, entre otros.				
Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Vida sexual activa en el último mes.	Práctica de cualquier forma de relación sexual durante el último mes	Categórica dicotómica	Si No	Anexo F. Cuestionario para la evaluación de la vida sexual y la participación en la intervención de los jóvenes universitarios
Pareja sexual habitual.	Persona con la que se tiene una relación sexual frecuente o habitualmente	Categórica dicotómica	Si No	
Pareja sexual ocasional.	Persona con la que se tiene una relación sexual de forma eventual u ocasional	Categórica dicotómica	Si No	
Práctica sexual con pareja habitual y ocasional	Prácticas sexuales con pareja ocasional durante el tiempo de una relación con pareja habitual	Categórica nominal	Si, No, No sé, No aplica	
Tipos de prácticas sexuales	Relaciones sexuales penetrativas en vagina, boca, ano.	Categórica nominal	Varias Opciones	
Relaciones sexuales con retribución	Prácticas sexuales con alguna persona por retribución monetaria o material.	Categórica ordinal	Rango entre (1 = nunca a 4 = siempre)	
Relaciones sexuales múltiples	Prácticas o juegos sexuales con más de una persona a la vez.	Categórica ordinal	Rango entre (1 = nunca a 4 = siempre)	
Relaciones sexuales con trabajadores sexuales.	Prácticas sexuales con personas que ejercen alguna forma de trabajo sexual.	Categórica ordinal	Rango entre (1 = nunca a 4 = siempre)	
Sexo voluntario con desconocidos	Prácticas sexuales voluntarias con personas desconocidas.	Categórica ordinal	Rango entre (1 = nunca a 4 = siempre)	
Prácticas sexuales de intercambio	Prácticas sexuales con intercambio de parejas.	Categórica ordinal	Rango entre (1 = nunca a 4 = siempre)	
Prácticas sexuales bajo alcohol	Prácticas sexuales usando alguna bebida alcohólica.	Categórica ordinal	Rango entre (1 = nunca a 4 = siempre)	
Prácticas sexuales bajo sustancias psicoactivas	Prácticas sexuales usando alguna sustancia psicoactiva (SPA).	Categórica ordinal	Rango entre (1 = nunca a 4 = siempre)	
Prácticas sexuales virtuales	Prácticas sexuales virtuales (video chat).	Categórica ordinal	Rango entre (1 = nunca a 4 = siempre)	
Conocimientos acerca del preservativo	Conocimientos sobre tipos, usos y cuidados sobre el preservativo.	Categórica nominal	Si, No, No Sabe	
Creencias sobre el uso de anticonceptivo en pareja	En relación de pareja heterosexual creencias sobre quién debe comprar los métodos anticonceptivos incluyendo los preservativos.	Categórica ordinal	Rango entre (1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo)	
Creencias sobre la adquisición del preservativo en pareja	En relación de pareja las creencias sobre quién debe proponer el uso del preservativo	Categórica ordinal	Rango entre (1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo)	
Actitudes hacia el preservativo	Los aspectos que se valoran se refieren al gusto por el uso del preservativo o a la facilidad o no de su uso.	Categórica ordinal	Rango entre (1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo)	
Intención de uso del preservativo	Numero de preservativos que porta en el momento de la encuesta	Categórica nominal	Unos, dos, tres o más	
Portabilidad del preservativo consigo durante la encuesta (Intensión de uso)	Demostración en físico de un preservativo durante la encuesta de base al joven universitario	Categórica nominal	Si No	
Habilidades en uso del preservativo	Capacidades en el uso correcto o incorrecto del preservativo	Dicotómica	Incorrecto Correcto	
Disponibilidad del preservativo	Cantidad de preservativos físicamente disponibles en el contexto	Categórica ordinal	Rango entre (1 = no disponible en absoluto a 5 = totalmente disponible)	
Accesibilidad al preservativo	Facilidad o dificultad con la obtención de los preservativos	Categórica ordinal	Rango entre (1 = Muy difícil a 5= muy fácil)	

7.2.5.6 Recolección de información

Para la presente investigación se diseñó un cuestionario para la evaluación de la vida sexual y la participación en la intervención de los jóvenes universitarios (Anexo F). Las partes que componen el cuestionario, contienen las dimensiones que se querían conocer en el nivel individual. Para la construcción de las dimensiones o partes del cuestionario se tuvieron en cuenta: 1. factores sociodemográficos de los estudiantes, 2. preguntas clasificatorias o que representan la intervención y sus componentes, 3. vida sexual, con base en el cuestionario “Reconociendo mi salud sexual y reproductiva”, validado para población de jóvenes universitarios. Las escalas que configuran el cuestionario reportan por sus autores el respectivo análisis de confiabilidad (71). Bajo la aprobación del comité de tesis doctoral, entre marzo y agosto del 2021 se distribuyó el cuestionario (Anexo F) por medio electrónico y redes sociales teniendo en cuenta la metodología para encuestas por internet de Balch (72)

La selección de los estudiantes fue directamente por base de datos del sistema de cuestionarios online SURVIO, al cual accedían los estudiantes mediante enlace de forma anónima y por participación voluntaria, dada la sensibilidad existente en el tema de la sexualidad y la confidencialidad requerida en el manejo de la información. La encuesta online contaba con el consentimiento informado el cual detallaba características del proyecto, la participación, costos, riesgos y beneficios, derechos y la confidencialidad. Para cada encuesta se realizó un proceso de verificación de características básicas sociodemográficas que permitieran establecer que era estudiante de la Universidad donde se había implementado la intervención.

La encuesta tuvo una amplia difusión con 1544 registros, de las cuales 864 personas la finalizaron completamente, 680 la dejaron inconclusa posiblemente por no cumplir con el criterio de ser mayor de edad, lo cual el sistema no permitía seguir si la edad era inferior a 18 años. De las 864 encuestas completas, 21 no pertenecían a la Universidad donde se implementó el programa y 166 no habían tenido prácticas sexuales en el último mes. En definitiva, se encuestaron 677 estudiantes, 359 para el grupo de no expuestos y 318 para el grupo de expuestos.

- Criterios para garantizar las diferencias en los participantes incluidos en el grupo de personas expuestas o no a los componentes de la intervención

Para garantizar las diferencias en los participantes incluidos en el grupo de personas expuestas o no a los componentes de la intervención, se tuvo como criterio la realización de cinco preguntas cuya respuesta afirmativa de al menos 2 preguntas (cada pregunta representa un componente de la intervención), permitía la clasificación del encuestado como expuesto. En el cuadro 4, se describen las preguntas que representan los componentes de la intervención.

Cuadro 4. Preguntas clasificatorias para determinar la exposición del estudiante a la intervención Preserva.

Preguntas clasificatorias	Respuesta	
	Si	No
¿Usted ha recibido asesoría en salud sexual y reproductiva por la universidad de carácter individual o grupal?		
¿Conoces los dispensadores de preservativos del campus de la universidad?		
¿Usted ha recibido orientación por pares o jóvenes multiplicadores?		
¿Usted ha recibido información de su universidad a través de los diferentes canales de información masiva (Facebook, Twitter, multimedia, folletos, avisos, audio, WhatsApp) que motiven al uso del preservativo?		
¿Usted asistió a actividades culturales (obras de teatro) acerca del preservativo?		

7.2.5.7 Procedimiento y análisis de datos

En primera instancia se realizó un análisis exploratorio datos para identificar, errores de digitación, valores atípicos y distribución de los datos. Seguido se realizó un análisis univariado de todas las variables categóricas expresadas a través de frecuencia y porcentaje, igualmente se clasificaron de entrada los expuestos y no expuestos a la intervención de acuerdo a los componentes de la intervención expresados en porcentaje y valor de p.

Se realizó un análisis bivariado entre todos los factores de la encuesta y la clasificación de la exposición a la intervención expresado en porcentajes y valor de p. Seguido se realizó un análisis bivariado de la variable desenlace primaria y cada factor de la encuesta, agrupándose para la variable desenlace la categoría de Nunca y algunas veces, teniendo como referencia la categoría de siempre. Los resultados se expresaron en frecuencias y porcentajes con el respectivo valor de p.

Seguido al análisis uní y bivariado, se realizó un análisis de regresión logística para examinar la contribución de los predictores en la explicación de la variación del uso del preservativo en estudiantes universitarios expuestos a la intervención como en los que no. Los predictores se

agruparon en categorías como: prácticas sexuales, razones de uso y no uso e intensidad del uso del preservativo, actitudes y conocimientos acerca del preservativo, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo.

Para el análisis del modelo explicativo, la inclusión y exclusión de variables estuvo mediada por el criterio del investigador y en todo momento se consideró el criterio de la literatura. Para el modelo de regresión logístico para cada categoría, el punto de corte de inclusión de variables fue el valor $p = < 0,25$. Para el modelo de regresión múltiple final, el método de inclusión de variables fue “Introducir” seleccionando las variables con un valor de valor $p = < 0,10$. Los niveles más tradicionales, como $p = 0,05$, pueden fallar en la identificación de variables que se sabe que son importantes (73).

Previo a la inclusión de las variables en el modelo final se realizó el análisis de colinealidad para saber si dos o más variables predictoras en el modelo estadístico están relacionadas linealmente. Se determinó la existencia de colinealidad con un valor de Rho de Spearman $= > 0,7$. Se consideró este valor dado que es un indicador apropiado para cuando la colinealidad comienza a distorsionar severamente la estimación del modelo y la predicción posterior (74).

Posterior a la obtención del modelo múltiple final, se evaluó la predicción y ajuste a través de: prueba ómnibus, prueba de Hosmer y Lemeshow, $-2 \log$ de la verosimilitud, La R cuadrado de Cox y Snell y La R cuadrado de Nagelkerke. Cada modelo por categorías se comparó con el inmediatamente anterior con el propósito de determinar cuál modelo explicó en mayor grado la probabilidad de uso del preservativo a partir de las variables incluidas.

Finalmente se interpretó el modelo a través de los coeficientes exponenciados OR (Odds Ratio), y sus intervalos de confianza (95%).

7.2.6 Metodología del objetivo 3: Relaciones entre el contexto, los mecanismos y los resultados (C+M=O) producidas por la intervención Preserva

De forma concurrente al estudio observacional y teniendo como base la teoría del programa reconstruida, se procedió a identificar las relaciones entre el contexto, los mecanismos y los resultados producidas por la intervención Preserva a través de técnicas cualitativas como la

entrevista realista y el grupo focal realista que permitieran en primera instancia escuchar los actores que se movilizaron al interior de la intervención y en segunda instancia descifrar las lógicas entre los recursos, las estructuras y los razonamientos que dieron lugar a las configuraciones C+M=O.

7.2.6.1 Participantes

La unidad de observación en esta fase fueron los actores que se movilizaron entorno a la intervención Preserva. Los participantes se discriminaron según sus roles en el proceso de desarrollo de la intervención.

Los participantes fueron:

- Directivas y tomadores de decisiones: directivos o profesores de planta vinculados a la Universidad pública de Palmira, que de cualquier manera estuvieron, generaron o apoyaron decisiones (administrativas, operativas o estratégicas) para el desarrollo de la intervención Preserva.
- Operadores de la intervención Preserva: profesionales o estudiantes que de cualquier manera estuvieron, generaron o apoyaron el desarrollo de labores de diseño, ejecución, monitoreo en la intervención Preserva.
- Jóvenes de pregrado beneficiarios de la intervención mayores de 18 años, de ambos sexos, de cualquier origen étnico-racial, socioeconómico y de orientación sexual, matriculados en programas de pregrado, quienes recibieron de forma parcial o total las actividades de la intervención Preserva de manera directa o indirectamente.

7.2.6.2 Muestreo

Se realizó muestreo propositivo intencional de participantes según criterios de selección por casos heterogéneos y homogéneos (75). La homogeneidad se relaciona con la participación en los componentes de la intervención Preserva, y la heterogeneidad se deriva de las características sociodemográficas y culturales de los participantes. Hubo suficiente representación de grupos de referencia (directivos de la intervención, operadores, jóvenes e informantes clave), a lo que se sumó una extensa representación por diversidad sociocultural de quienes participaban en uno u otro rol en la intervención Preserva.

Para los Grupos de discusión realista se tuvo casos de variación máxima en el sentido que se representaron los casos políticamente importantes de tres grupos de referencia, a saber: directivos, operadores, jóvenes de pregrado e informantes clave, quienes presentaron diversas opiniones, diferencias y coincidencias, patrones y particularidades respecto a las categorías ICMO que se querían conocer de la intervención Preserva. Las entrevistas realistas se basaron en casos homogéneos de muestreo intencionado para seleccionar informantes claves con quienes se profundizó en torno a la TIP, considerando las categorías del contexto en el que operó la intervención, los posibles mecanismos que influyeron sobre los resultados de la intervención.

7.2.6.3 Categorías de análisis

Las categorías analíticas centrales se configuraron conforme al enfoque de evaluación realista basada en Mukumbang (69) sin embargo algunas categorías también se soportaron en otros autores dada la necesidad de identificar subcategorías o nodos temáticos que facilitaran la comprensión y codificación de la categoría central. La categoría de contexto se soportó en Sayer (76) y la categoría de mecanismos de acuerdo a lo planteado por Hedström y Swedberg citado por Astbury (77). (Ver cuadro 5).

Cuadro 5. Categorías de análisis centrales para la configuración CMO

Categoría	Subcategoría	Definición	Fuente de las preguntas
Intervención (69).	Intervención desde la formación	Son el conjunto de acciones planteadas por uno o varios componentes y que tienen un objetivo de generar un cambio en particular	• Anexo G. Guion de entrevistas realistas con directivos • Anexo H. Guion de entrevistas realistas con operadores de la intervención. • Anexo I. Guion de entrevistas realistas con jóvenes universitarios. • Anexo J. Guion grupo focal realista con directivas y tomadores de decisiones. • Anexo K. Guion grupo focal realista con operadores de la intervención. • Anexo L. Guion grupo focal realista con jóvenes universitarios.
	Intervención desde la información y la comunicación		
	Intervención desde los servicios		
	Intervención desde lo sociocultural		
Contexto (76)	Contexto Físico-Ambiental	El contexto se refiere a las condiciones sobresalientes que probablemente permitan o restrinjan la activación de los mecanismos del programa.	
	Contexto institucional		
	Contexto político		
	Contexto Socio-universitario		
Mecanismos (77)	Mecanismos de Acción-Formación	Esto se refiere a cualquier determinante subyacente o comportamiento social generado en ciertos contextos.	
	Mecanismos de situación		
	Mecanismos de transformación		
Resultados (69).	Resultados de actitudes	Efecto de las actividades del programa y el que conlleva a cambios sobre los actores del programa	
	Resultados de conocimientos		
	Resultados de comportamientos y prácticas		
	Resultados de Acces, disp. y acep		
	Resultados sobre el diseño		
	Resultados del proceso de implementación		

7.2.6.4 Recolección de información

Se utilizaron técnicas, abordajes y herramientas que permitieron la captura y comprensión situada de aspectos focalizados por la investigación realista. Como bien plantea Margan, Stewart y Shamdasani, citado por Valles (78), las técnicas cualitativas de la investigación social pueden hacer uso de la observación, de la documentación, de la lectura, de la participación, de la narración, de la conversación y de los ejercicios en grupo con el fin de engranar todas las tareas que dan cuerpo a la actividad de conocer y razonar las ciencias sociales, así, el investigador es quien define los elementos necesarios para su análisis cualitativo.

En este sentido se hizo uso de una panorámica de procedimientos y técnicas que dieron alcance al objetivo que tuvo por misión identificar las configuraciones entre el Contexto, los Mecanismos y los Resultados que influyeron en la frecuencia del uso del preservativo, las actitudes, las prácticas, los conocimientos, la aceptabilidad y la disponibilidad del preservativo.

Los procedimientos y técnicas fueron:

- Entrevistas realistas dirigidos a captar a nivel individual las percepciones y significados por parte de los directivos, operadores, estudiantes (Anexo G, H, I).
- Grupos focales realistas dirigidos a captar a nivel grupal, las interacciones, opiniones, debates y dinámicas entre los participantes, los imaginarios y las interpretaciones que emergen en la intervención (Anexo J, K, L).
- Grabaciones de audio, que permitieron registrar con exactitud las entrevistas realistas y los grupos focales realistas, que fueron el insumo sustancial para el proceso de transcripción.

El procedimiento de recolección de datos se hizo contactando a informantes clave quienes a su vez facilitaron el contacto de otros actores. Las entrevistas se hicieron en escenarios privados y siguiendo las recomendaciones éticas para este tipo de técnicas.

7.2.6.5 Análisis de datos cualitativos

El trabajo cualitativo demanda rigor teórico, técnico y metodológico aunado a una apertura y flexibilidad para registrar y analizar las situaciones que se presenten y que no se puedan

explicar con elementos teóricos previos o iniciales. Su metodología implica la superación del dato empíricamente registrado a través de la interpretación de sus significados.

Para el proceso de codificación se realizó un análisis de contenido desde la perspectiva de Bardín (79) acogiendo el rigor planteado en cuanto a la exhaustividad, la representatividad, la homogeneidad y la pertinencia. El análisis de contenido es empleado como instrumento de diagnóstico para hacer inferencias específicas o interpretaciones causales.

El registro de la información y su transformación en dato cualitativo requerido para la comprensión e interpretación de las experiencias de los actores, fue el producto y el entrelazamiento de escenarios de descubrimiento, codificación y categorización propios de este tipo de investigación (80). Bajo esta premisa para el procesamiento y codificación de los datos se utilizó el software Atlas ti, V22.

Posterior al análisis de contenido, se procedió en concreto al análisis temático. A partir de la codificación de similitud, se condensaron grupos de códigos (Anexo Q) que posteriormente fueron vinculados a las categorías analíticas centrales (69) (Ver cuadro 6). La categoría de actores se usó como patrón de referencia en las tablas de frecuencia temática para realizar triangulación de las voces entre informantes clave, directivos, operadores y estudiantes. Triangular estas voces permitió dar más validez a los códigos obtenidos por múltiples fuentes.

Luego del análisis temático se validaron los códigos de las categorías CMO a través de una plantilla con los criterios de evaluación de configuraciones CMO en la evaluación realista establecida por Westhorp (81) (Anexo R). Posterior a la validación de los códigos, se realizó una integración temática horizontal entre las categorías de Intervención, Contexto, Mecanismo y Resultado (ICMO). Este ejercicio de integración tuvo por objetivo, explorar las posibles configuraciones que empezaron a predecir ¿que funcionó?, ¿para quién?, ¿en qué circunstancias?, y ¿en qué contexto?

La configuración preliminar de los ICMO se realizó a través de una red semántica en el programa Atlas Ti siguiendo los siguientes criterios; primero, cada configuración se realizó de acuerdo a cada componente de la intervención, segundo, por cada categoría, se usaron los códigos con mayor densidad de citas, tercero, se seleccionaron los códigos que tuvieran por lo menos la interacción de voces de tres actores, cuarto, a través de la lectura en profundo de

citas, se procedió a determinar si existían preliminarmente, nexos causales implícitos en las narrativas de los actores.

Es importante señalar que, si bien los ICMO a menudo se presentan como relaciones ostensiblemente lineales, la realidad es mucho más compleja, ya que muchos de los ICMO son interdependientes e interactivos. por tanto, para tener una visión global de cómo se relacionan las categorías ICMO en los cuatro componentes de la intervención, se integraron en un diagrama llamado mapa de contexto. El propósito de esta integración era verificar si alguna configuración preliminar ICMO, tendría influencia sobre otro componente de la intervención. Esta herramienta planteada por Renger (82) representa visual y sistemáticamente las múltiples escenarios causales entre el Contexto, los Mecanismos y los Resultados.

Según Taylor y Bogdan (83), estos escenarios son móviles, no están prefijados ni determinados, pero tampoco son espontáneos ni al azar; estos se configuran a través de las interacciones entre los diversos agentes participantes (directivos, operadores, estudiantes) en correspondencia con la disposición de buscar respuestas al foco central de la investigación.

Cuadro 6. Reglas de codificación por categorías

Categoría	Reglas de codificación
Intervención (I)	Cualquier explicación relacionada con los componentes de la intervención: formación, información y comunicación, servicios, sociocultural
Contexto (C)	Componentes del entorno tanto físico como social que favorecen o desfavorecen los resultados esperados.
Mecanismos (M)	Cualquier explicación o justificación por la cual un actor utilizó un servicio o un recurso para lograr un resultado esperado, o por qué se consideró como una restricción.
Resultados (O)	Los códigos aquí definen cualquier cambio referente a conocimiento, las habilidades o la conciencia, el comportamiento o las prácticas

Tabla adaptada de Mukumbang (69).

7.2.6.6 Análisis de complementariedad metodológica

La evaluación realista se reviste de un ejercicio investigativo donde el pluralismo de métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas enriquecen la interpretación del fenómeno a estudiar. La complementariedad metodológica es una alternativa de integración para la producción del conocimiento, expresada a través de estrategias técnicas operativas como la combinación, la triangulación y la complementación (84).

El propósito de la complementariedad metodológica para la presente investigación fue, determinar las categorías en las cuales existió concordancia entre los resultados provenientes de las técnicas cuantitativas y cualitativas. Este análisis fue importante en esta Evaluación Realista para la integración de datos cuanti - cuali que permitieran determinar las relaciones ICMO definitivas que produjo la intervención preserva, y que posteriormente se explicaría en una teoría refinada, lo que funcionó de la intervención, en quienes y en qué circunstancias.

El análisis de complementariedad metodológica tiene un interés centrado en la dimensión metodológica – técnica de la complementariedad como vía para combinación de las perspectivas cuantitativa y cualitativa. Como bien menciona Blanco y Pirela (84), el principio de complementariedad es empleado para agotar la realidad con una sola perspectiva , punto de vista, óptica o abordaje y por ende, el uso de diversos enfoques produce una significativa riqueza al conocimiento obtenido.

Dos elementos fundamentan el principio de complementariedad, primero la complejidad del objeto investigado el cual requiere alternativas metódicas múltiples, no excluyentes, y segundo la posibilidad humana de conceptualizar de un modo distinto la realidad específica.

Tashakkori y Teddlie (85) señalan que los métodos mixtos constituyen una clase de diseños de investigación en la que se emplean las aproximaciones cuantitativa y cualitativa en el tipo de preguntas, métodos de investigación, recolección de datos, procedimientos de análisis e inferencias. En la línea de pensamiento de Tashakkori y Teddlie (85), asumimos en este estudio una posición pragmática del método mixto por cuanto la importancia está en las aplicaciones, lo que funciona, lo que resuelve y aporta respuestas a las preguntas de investigación (86); esta visión implica elegir la integración o mezcla de métodos y procedimientos que funcionan mejor para responder la pregunta de investigación (87).

Para dar cuenta de las configuraciones ICMO definitivas se integraron los datos cuantitativos y cualitativos de la siguiente manera:

- Tanto datos cuantitativos como cualitativos se integraron en el programa Atlas Ti y se analizaron en conjunto.
- Se establecieron relaciones entre los temas más representativos de cada categoría CMO
- Se integraron las variables respuesta del modelo de regresión con los temas de la categoría (O) de resultados donde hubo más representación de las voces por los diferentes actores.

- Se integraron los resultados del modelo de regresión con fragmentos discursivos bajo el principio de complementariedad metodológica. (Anexo S)
- Se hizo una interpretación de la configuración final ICMO considerando los resultados del modelo de regresión y los fragmentos discursivos.
- Para desentrañar los ICMO finales se mantuvieron los mismos criterios para la configuración ICMO preliminar, y se consideró que no existiera posibilidad de confusión en la atribución del contexto y mecanismo a los resultados, por posible influencia de otras intervenciones u otros posibles confusores.

7.2.7 Metodología del objetivo 4: Teoría del programa refinada

La Evaluación Realista inicia en la teoría y termina en la teoría. Parte del proceso de la evaluación realista es el refinamiento de la teoría, el cual es iterativo y se permite en la medida en que se confronta la teoría inicial del programa con los hallazgos, donde se replantea lo inicialmente descrito por los diseñadores de la intervención.

El proceso de refinamiento de la teoría implica un análisis retroductivo. Sayer (76) define la retroducción como *“el modo de inferencia en el que los eventos se describen postulando principalmente los mecanismos que son capaces de producirlos”*. No existe una forma específica de hacer una teorización retroductiva, su desarrollo es un proceso empírico de elaboración (88).

De acuerdo a lo anterior, la teoría del programa refinada será una descripción de cada uno de los componentes de la intervención, centrados en explicar los mecanismos que generaron cambios posteriores a la implementación de una intervención en SSYR en el contexto universitario. Para consolidar la teoría del programa refinada se asoció evidencia para cada componente de la intervención.

7.3 Rigor científico

Para el enfoque cuantitativo usado en esta investigación, se establecieron estrategias para el control de calidad y recolección de los datos. Se elaboraron procedimientos operativos estandarizados (POEs) para cada una de las etapas que contemplaba la conformación de la base de datos: diseño y captura de la muestra, trabajo de campo, digitación y la validación de

datos. Se elaboró el Plan de manejo de Datos donde se definió la captura de datos, el proceso y archivo de formularios, el ingreso de los datos, las validaciones, generación de discrepancias y el manejo de la mismas, el diccionario de datos, los criterios de control (auditorías) en la revisión de cada proceso y finalmente el proceso de respaldo de los datos (back –up) con una periodicidad definida.

Para el diseño y el manejo de las bases de datos, se aplicó con rigor acciones que contemplaban las buenas prácticas como garantía de la ética y la calidad científica para diseñar, manejar, y documentar los estudios que involucran la participación de sujetos humanos. Esto implicó el registro de auditoría (documentación que permite la reconstrucción de eventos pasados), la documentación de los datos fuente, la elaboración de POEs, la confidencialidad de los registros, el manejo de las inconsistencias de los datos (documentación de los cambios y correcciones a un registro), el control de calidad aplicada a cada etapa de manejo de datos para asegurar que el reporte era fiable y ha sido procesado correctamente, diseño de un sistema de seguridad a la base de datos para prevención al acceso sin autorización.

Para los abordajes cualitativos de esta investigación se consideraron los criterios de calidad científica para estudios cualitativos descritos por Guba y Lincoln (89) de credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad. La credibilidad se logró en cuanto a que la información entregada por los participantes como jóvenes, informantes clave, operadores y directivos, se volvió en grupos focales para refinarla y a su vez fueran reconocida como una verdadera aproximación sobre lo que ellos pensaban. La confirmabilidad o auditabilidad se logró mediante el proceso de acopio, revisión y seguimiento a la documentación de la intervención donde se registraron los procesos, procedimientos, ideas y decisiones de los directivos. Igualmente, el cumplimiento de este criterio se evidenció en el proceso de selección de los informantes y en la transcripción fiel de las entrevistas. La transferibilidad o aplicabilidad se evidenció en cuanto el proceso de refinamiento de la teoría tiene por propósito ampliar la intervención a otras poblaciones.

7.4 Consideraciones éticas de la investigación

Otro aspecto importante para la participación de los jóvenes universitarios en este estudio correspondió al ámbito ético, puesto que en este tipo de investigación dado que el mayor

conflicto ético fue la confidencialidad, no se pudo contar con listados de estudiantes para acceder a ellos, además, la Universidad a través de reglamento estudiantil garantiza la protección de datos personales. El reglamento interno que garantiza el manejo de datos personales de la Universidad pública de Palmira define como datos sensibles “aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como.... datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos”(90).

Dado que la presente investigación comprendió el desarrollo de acciones para el conocimiento de percepciones y conducta sexual, y estos son aspectos sensitivos de la conducta humana, con base en lo expuesto, se consideró la investigación como: Investigación con Riesgo Mínimo y, por tanto, se detallaron aspectos éticos en concordancia con los principios de la resolución No. 8430 de 1993. Se obtuvo aval ético para el desarrollo de la presente propuesta mediante acta de aprobación No (019-019) del comité de ética humana de la Universidad del Valle (Anexo B) y aval para el desarrollo en campo de la investigación por la dirección regional de la universidad de Palmira (Anexo C).

Ahora bien, la Evaluación Realista de la intervención Preserva fue realizada por el autor de este documento, estudiante del Doctorado en Salud de la Universidad del Valle vinculado al grupo de investigación PROMESA de la Escuela de Enfermería, en el cual actuó en condición de evaluador externo, quien no participó del diseño ni de la implementación de la intervención Preserva.

Durante la recolección de los datos cualitativos mediante grupos focales realistas con directivos y operadores, pudo existir vínculos personales y académicos previamente establecidos entre los actores y el investigador, si bien esto pudo generar tensión, dados los intereses particulares de la investigación por algunos directivos, los grupos focales son un método de investigación amigable que permite revelar actitudes y opiniones siendo esto una ventaja.

Como bien plantea Mella¹, *“trabajar con extraños es imposible o no recomendado, de hecho, muchos grupos focales se configuran en contextos organizacionales o comunitarios con gente que se conoce. A veces es inevitable, especialmente cuando uno desea escuchar opiniones de*

¹ Mella O. Grupos focales (“focus groups”). Técnica de investigación cualitativa. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE); 2000.

trabajadores de un mismo lugar o institución. A veces es deseable el que se conozcan, como cuando se trata de recrear parte del contexto que uno está tratando entender”.

- Consideraciones en la población de jóvenes universitarios.

La población de jóvenes universitarios que participó en esta investigación fue mayor de 18 años. Para esta investigación no existió un grupo expuesto y control predeterminado dado que la intervención Preserva tenía previsto impactar en toda la comunidad universitaria. La participación de esta población fue estrictamente voluntaria y en cualquier momento podía abandonar el estudio sin necesidad de notificarlo. Todos los jóvenes en la investigación debían diligenciar el consentimiento informado virtualmente (Anexo D). Posterior a la participación voluntaria en el estudio debían diligenciar un cuestionario denominado “Cuestionario para la evaluación de la vida sexual y la participación en la intervención de los jóvenes universitarios” (Anexo F). Los jóvenes eran invitados de forma abierta y libre a participar de los grupos focales realistas (Anexo L). Para garantizar la confidencialidad en cuanto a la encuesta, se generó mediante programa en Excel, un código de números aleatorios para la identificación de la encuesta. No se les solicitó ninguna información personal. La información estuvo almacenada en un solo computador y el documento donde reposaba la información tenía clave para el acceso. Para garantizar la confidencialidad en cuanto a la participación en grupos focales realistas, se asignó un código por participante al inicio de la sesión.

Para la población de jóvenes que no participaron de ningún componente de la intervención o población “no expuesta” en quienes se pueden implementar acciones de mérito de la intervención Preserva, serán parte de los jóvenes beneficiarios del proceso de reforzamiento de la intervención. Si bien, la evaluación realista es un tipo de evaluación basada en la teoría inicial del programa, el refinamiento de la teoría del programa permitió asumir los cambios en beneficio de la intervención ajustando los componentes de la intervención a los mecanismos y contexto descritos en las configuraciones ICMO, de forma que estos ajustes permitan que la intervención Preserva pueda ser más efectiva.

De igual forma, una vez finalizada la intervención, los directivos de la misma continuaron ofreciendo el curso electivo de “habilidades para la vida” a jóvenes de la Sede, de este modo, se garantizó indirectamente que más jóvenes de la universidad pudieran estar impactados por los propósitos de la intervención Preserva

- Consideraciones sobre las directivas y los tomadores de decisiones.

La población de directivos y tomadores de decisiones que participaron en esta investigación era mayor de edad. La participación de esta población era estrictamente voluntaria y en cualquier momento podía abandonar el estudio. Todos los directivos en la investigación diligenciaron el consentimiento informado virtualmente (Anexo E). Los directivos eran invitados de forma abierta y libre a participar de los grupos focales realistas. La información del grupo focal se recolectó en el formato de grupo focal realista de directivos y tomadores de decisiones (Anexo J).

- Consideraciones sobre los operadores.

La población de operadores que participaron en esta investigación era mayor de edad. La participación de esta población era estrictamente voluntaria y en cualquier momento podían abandonar el estudio. Todos los operadores en la investigación diligenciaron el consentimiento informado virtualmente (Anexo E). Los operadores eran invitados de forma abierta y libre a participar de los grupos focales realistas. La información de este grupo de discusión se recolectó en el formato de grupo focal realista de operadores (Anexo K).

8 RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados de la evaluación realista de la intervención Preserva. Los resultados darán cuenta de los objetivos que a su vez se fundamentan en el ciclo de evaluación realista planteado por Pawson y Tilley (1). La evaluación realista inicia con la teoría y finaliza con la teoría. Posterior a la reconstrucción de la teoría del programa se presentarán los resultados del estudio observacional donde se determinó la relación entre el uso frecuente del preservativo y las prácticas, los conocimientos, las actitudes hacia el preservativo. Seguido se realizó un proceso de identificación de configuraciones CMO abordado mediante métodos cualitativos donde, mediante un análisis de complementariedad de los datos cuantitativos y cualitativos se validaron dichas configuraciones, lo que posteriormente permitió describir la teoría del programa refinada y a su vez entender lo que funcionó de la intervención Preserva, los mecanismos y el contexto que influyeron en los resultados.

8.1 Reconstrucción de la teoría del programa

A continuación, se presentará la teoría inicial del programa para cada componente. Igualmente se muestran las hipótesis preliminares según las categorías ICMO.

8.1.1 Teoría inicial de programa por componente e Hipótesis preliminares

Cuadro 7. Teoría inicial de programa por componente e Hipótesis preliminares

Componente	Descripción	Categorías ICMO
Formación	El objetivo principal del componente de formación fue promover en los jóvenes los comportamientos, las actitudes y la toma de decisiones en torno a la salud sexual y reproductiva. La educación a los jóvenes universitarios mediante una asignatura con enfoque en SSR tenía como estrategia principal la formación por pares. La asignatura estaría fundamentada conceptual y metodológicamente con estudiantes de enfermería y docentes. La educación por pares promovería la conexión entre otros jóvenes, generaría cambio en la percepción de las directivas universitarias, se	<u>Intervención:</u> Asignatura con enfoque en SSR. <u>Contexto:</u> Vivencia de la sexualidad por los jóvenes en la regional de la universidad. <u>Mecanismos:</u> conexión entre jóvenes, apertura e interés por el tema de SSYR, credibilidad,

	generaría apertura e interés de los jóvenes por un tema como la SSR, se generaría credibilidad, confianza y empatía. Los cambios generados por este componente influenciarían la forma en que se vivencia la sexualidad en los jóvenes de la sede regional. El componente pretendía generar autoconocimiento y ganancia de habilidades en SSR.	confianza y empatía. <u>Resultado:</u> Cambio en la percepción de directivas, generación en los jóvenes de autoconocimiento y ganancia de habilidades en SSR.
Información y comunicación	El objetivo principal del componente de información y comunicación fue desmitificar las creencias, los estereotipos y los modos de uso del preservativo. Para cumplir el objetivo, se estableció la estrategia de comunicación social en la comunidad universitaria a través de 5 piezas audiovisuales, mensajes publicitarios, estrategias lúdicas, y difusión de diversos mensajes educativos y reflexivos sobre el uso del preservativo y la correcta utilización de los dispensadores. Esta estrategia promovería vínculos entre jóvenes, motivación para el uso del preservativo durante la duración de la intervención y empoderamiento de los jóvenes. La cultura vallecaucana sería reflejo de las estrategias publicitarias para lograr desmitificar las creencias e imaginarios alrededor de la sexualidad desde un enfoque de derechos, género y diferencial.	<u>Intervención:</u> estrategia de comunicación social en la comunidad universitaria a través de 5 piezas audiovisuales, mensajes publicitarios, estrategias lúdicas, y difusión de diversos mensajes educativos. <u>Contexto:</u> La cultura vallecaucana. <u>Mecanismos:</u> vínculos entre jóvenes, motivación para el uso del preservativo, empoderamiento de los jóvenes. <u>Resultado:</u> desmitificar las creencias e imaginarios alrededor de la sexualidad Y el preservativo.

Servicios	El objetivo del componente servicios fue promover la consulta en salud sexual y reproductiva, y la desmitificación de creencias e imaginarios alrededor de la sexualidad. Las estrategias para alcanzar este objetivo fueron el montaje de un consultorio de servicios amigables, asesoría en SSR y distribución de preservativos. La asesoría en SSR se daría por los jóvenes de último año de enfermería y la distribución de preservativos se realizaría por máquinas dispensadoras, así como en las consultas. Estas estrategias promoverían la receptividad de jóvenes para la participación en la intervención, generaría expectativas que propiciarían el uso del preservativo. El programa de universidad saludable y bienestar universitario favorecerían el cumplimiento de esta estrategia y la aceptabilidad en el uso de preservativo.	<u>Intervención:</u> montaje de un consultorio de servicios amigables, asesoría en SSR y distribución de preservativos. <u>Contexto:</u> El programa de universidad saludable y bienestar universitario <u>Mecanismos:</u> receptividad de jóvenes para la participación en la intervención, generaría expectativas que propiciarían el uso del preservativo. <u>Resultado:</u> reconocimiento de su salud sexual y reproductiva y aceptabilidad en el uso de preservativo.
Sociocultural	El objetivo de este componente fue mejorar las actitudes y transformar las creencias, mitos y tabúes alrededor del uso del preservativo. Para alcanzar este objetivo se planteó una estrategia pedagógica con enfoque artístico y cultural. En esta estrategia se articularía una obra de teatro con los estudiantes de la asignatura del componente de formación. La estrategia generaría disposición, creatividad, interacción en los jóvenes de la regional universitaria. Los jóvenes se formarían desde la universidad en artes escénicas. La obra de teatro conllevaría a desmitificar creencias y actitudes en la sexualidad.	<u>Intervención:</u> obra de teatro con los estudiantes de la asignatura del componente de formación. <u>Contexto:</u> formación desde el arte en la sede universitaria en temas relacionados con la salud sexual. <u>Mecanismos:</u> disposición, creatividad, interacción en los jóvenes. <u>Resultado:</u> desmitificar creencias y actitudes en la sexualidad.

8.1.2 Frecuencia y densidad de los temas según las categorías ICMO

A continuación, se muestra la frecuencia de los códigos y la densidad de citas por código para cada categoría de intervención, contexto, mecanismo y resultado.

Tabla 3. Frecuencia de códigos y citas por categoría ICMO

Codificación	Categoría / Subcategoría	Núm. de códigos	Densidad de citas
	Categorías ICMO	21	68
I	Intervención	7	13
C	Contexto	4	8
M	Mecanismos	6	33
O	Resultados	4	14

8.1.3 Términos ICMO relevantes según los diseñadores de la intervención

Para la categoría de Intervención (I) los códigos emergentes y con mayor representatividad fueron: “estrategia de divulgación videos y mensajes acerca del uso del preservativo por redes sociales de la Universidad”, “estrategia de formación por multiplicadores”, “instalación de Máquina dispensadora de preservativos”, “asesorías en SSYR por estudiantes de enfermería”, “obra de teatro: *“si buen sexo querés tener primero la cabeza debes meter”*”, “montaje de consultorio de servicios amigables”, “distribución de preservativos en consejerías”.

Para la categoría de Contexto (C) los códigos emergentes y con mayor representatividad fueron: “creencias acerca del preservativo e imaginarios sociales”, “las redes sociales de la universidad como canales de aprendizaje y de interacción”, “asignatura de habilidades para la vida en la estructura curricular de la Universidad, ahora, con un perfil de formación de pares”, “Universidad saludable y bienestar como marco de apoyo a la intervención”

En la categoría de Mecanismos (M) los códigos más representativos fueron: “interés y empoderamiento de los jóvenes multiplicadores para asumir el papel de pares”, “motivación dada por los créditos de una asignatura”, “conciencia de la responsabilidad en SSYR”, “comprensión del entorno social”, “interés por el aprendizaje”, “Confianza”.

En la categoría de Resultados (O) los códigos más representativos fueron: “aceptabilidad y apertura para hablar de sexualidad”, “capacidad de autogestión entorno al preservativo”,

“aprendizaje entorno ITS/VIH y conocimientos acerca del uso del preservativo”, “mayor conciencia acerca de las enfermedades”.

8.1.4 Teoría inicial del programa reconstruida y evidencia científica que lo soporta

A continuación, se presentan la teoría del programa reconstruida para cada componente de la intervención con base a los términos ICMO de mayor relevancia.

Cuadro 8. Teoría inicial del programa reconstruida

Componente	Teoría inicial del programa reconstruida
Formación	La estrategia de educación entregada a los jóvenes universitarios mediante asignaturas con enfoque en Salud Sexual y reproductiva, y bajo la estrategia de pares multiplicadores (I), como parte de las estrategias educativas y con reconocimiento de créditos académicos (C), incentivan interés y confianza (M) mejorando en los jóvenes los comportamientos, las actitudes y la toma de decisiones en torno a su salud sexual y reproductiva (O).
Información y comunicación	La estrategia de comunicación social y educación para la comunidad universitaria desde un enfoque de derechos, género y diferencial (I), en las redes sociales como canales aprendizaje e interacción (C), genera vínculos y empoderamiento entre jóvenes (M) lo que aumentaría la consulta en salud sexual y reproductiva, y la desmitificación de creencias e imaginarios alrededor de la sexualidad y del preservativo o métodos de barrera (O).
Servicios	Una estrategia que incluya servicios con enfoque diferencial, de género derechos, con los jóvenes y para los jóvenes, a través de asesoría en salud sexual y reproductiva en un consultorio con la filosofía de servicios amigables para jóvenes, y la distribución de preservativos a través de entrega directa y máquinas dispensadoras (I), en el campus universitario con el apoyo de Universidad saludable y bienestar universitario (C), incentiva a la receptividad y genera expectativa en los jóvenes (M), que les permite la aceptabilidad en el uso del preservativo, promueve la accesibilidad y disponibilidad a los preservativos y permite desmitificar las creencias, los estereotipos y los modos de uso del preservativo (O).
Sociocultural	Una estrategia pedagógica con enfoque artístico y cultural desde una obra de teatro (I) fundamentada desde el enfoque de sexualidad saludable y responsable universitario (C), estimula la comunicación e integración entre jóvenes y además mejora las actitudes en torno a la sexualidad (M), transformando las creencias, mitos y tabúes alrededor del uso del preservativo en los jóvenes universitarios (O).

8.2 Relación entre la frecuencia del uso del preservativo y las prácticas sexuales, actitudes, conocimientos, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo.

8.2.1 Características sociodemográficas de los jóvenes participantes de la intervención Preserva

Participaron 677 jóvenes pertenecientes a los programas de pregrado de una Universidad pública de la ciudad de Palmira. De los jóvenes participantes 297 (43,8%) eran hombres y 380 (56,1 %) eran mujeres con una edad promedio de 20 años (DE: 2,8 – 3,1). De los 677 jóvenes participantes, 318 (47%) estuvieron expuestos a la intervención y 359 (53%) no tuvieron exposición a la intervención.

Los programas académicos que más tuvieron representatividad en el grupo de expuestos fueron: psicología (18,6%), tecnología en gestión logística (15,1%) y tecnología en sistemas (11%). En la población de no expuestos los programas más representativos fueron: tecnología en gestión logística (18,7%), licenciatura en educación física y deportes (15,6 %) y contaduría pública (13,9%).

Los jóvenes participantes tenían una ubicación semestral entre 1ro y 10mo semestre, siendo más representativa la ubicación semestral de 1er (18,6% - 19,2%) y 5to (27,3% - 30,5%) semestre tanto en jóvenes expuestos como no expuestos a la intervención. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la participación entre semestres ($p: 0,999$). El estrato socioeconómico bajo fue el más representativo en la población de estudio (75,5%). En cuanto a el estado civil, se encontró que el 93% de la población era soltera o sin cónyuge.

El 54,9% de la población no se identificó con ninguna etnia, mientras el 27,3% manifestó ser mestizo. El 93,5% de los jóvenes viven con sus familias y el régimen de seguridad social al cual se adscriben es el subsidiado (35%) y contributivo (29,8%) en mayor proporción.

Los ingresos socioeconómicos de los jóvenes provienen en mayor proporción de los padres (43% – 44,9%). (Ver tabla 5)

Tabla 4. Variables sociodemográficas de la población estudiada

Variables sociodemográficas	Categoría	n	%
		677	100
Edad	Promedio	20 (DE 3,1)	
Sexo	Hombre	297	43,9
	Mujer	380	56,1
Programa académico	Administración de Empresas	35	5,2
	Contaduría Pública	72	10,6
	Ingeniería Industrial	49	7,2
	Licenciatura en Educación Física y Deportes	85	12,6
	Licenciatura en Literatura	31	4,6
	Psicología	97	14,3
	Tecnología Agroambiental	16	2,4
	Tecnología en Agroforestería	30	4,4
	Tecnología en Alimentos	14	2,1
	Tecnología en Construcciones Soldadas	13	1,9
	Tecnología en Electrónica	12	1,8
	Tecnología en Gestión Logística	115	17,0
	Tecnología en Mantenimiento de Sistemas Electromecánicos	32	4,7
	Tecnología en Sistemas	66	9,7
	Otro	10	1,5
Semestre	1	128	18,9
	2	51	7,5
	3	108	16,0
	4	113	16,7
	5	195	28,8
	6	23	3,4
	7	22	3,2
	8	13	1,9
	9	11	1,6
	10	13	1,9
Estrato socioeconómico	Bajo	511	75,5
	Medio	161	23,8
	Alto	5	0,7
Estado civil	Casado	9	1,3
	Separado o Divorciado	2	0,3
	Soltero	632	93,4
	Unión Libre	34	5,0
Grupo étnico	Indígena	24	3,5
	Mestizo	185	27,3
	Mulato	6	0,9
	Negro	89	13,1
	Ninguna de las anteriores	372	54,9
	Palanquero	1	0,1
¿Vives con tu familia?	No	44	6,5
	Si	633	93,5
Régimen de seguridad social en salud	Contributivo	202	29,8
	Especial	9	1,3
	Medicina Prepagada	32	4,7
	Ninguno	45	6,6
	No sabe	152	22,5
	Subsidiado	237	35,0
¿Los ingresos económicos para tu sostenimiento provienen de?	Padre	304	44,9
	Madre	291	43,0
	Padres y propios	138	20,4
	Solo propios	55	8,1
	Otro acudiente	33	4,9
	Préstamo	5	0,7
	Gobierno	36	5,3
	Otro	25	3,7

8.2.2 Participación de los jóvenes en los componentes de la intervención Preserva

La participación de al menos 2 componentes de los cuatro que incluye la intervención permitió la clasificación de algún joven como expuesto. Se compararon los componentes de la misma entre los jóvenes expuestos (318 jóvenes) y no expuestos (359 jóvenes). Existieron diferencias estadísticamente significativas ($p = <,05$) en cuanto a la participación de los jóvenes tanto expuestos como no expuestos en los componentes de la intervención. De los jóvenes expuestos a la intervención, el 64,5% participó en el componente de asesoría en salud sexual y reproductiva, el 95% conoce los dispensadores de preservativos en el campus universitario, el 36% recibió orientación en salud sexual y reproductiva por jóvenes multiplicadores, el 72,6% recibió información a través de canales de información universitarios acerca del uso de preservativos, y el 48% asistió a las actividades lúcio-culturales de la intervención. Los componentes de orientación en salud sexual y reproductiva por jóvenes multiplicadores y el componente de actividades lúdico-culturales, tuvieron una baja participación entre un 48,1% - 63,5% en los jóvenes no expuestos. En cuanto a los jóvenes no expuestos a la intervención, la mayor participación se representó entre un 9,5% - 23,4% en los componentes de información y comunicación, y el componente de servicios en lo relacionado a los dispensadores de preservativos en el campus. (Ver tabla 6)

Tabla 5. Participación de los jóvenes en los componentes de la intervención

(C) Componentes en la intervención	Categoría	No Exp		Exp		Chi2 Valor p
		n = 359	%	n = 318	%	
(C1: servicios) Asesoría en salud sexual y reproductiva	No	354	98,6	113	35,5	0,000
	Si	5	1,4	205	64,5	
(C1: servicios) Conoce los dispensadores de preservativos del campus	No	275	76,6	16	5,0	0,000
	Si	84	23,4	302	95,0	
(C2: formación de multiplicadores por pares) Recibió orientación en salud sexual y reproductiva por jóvenes multiplicadores	No	358	99,7	202	63,5	0,000
	Si	1	0,3	116	36,5	
(C3: información y comunicación) Recibió información a través de canales de información masiva que motiven al uso del preservativo.	No	325	90,5	87	27,4	0,000
	Si	34	9,5	231	72,6	
(C4: Componente sociocultural) Asistió a actividades culturales o lúdicas de Univalle Palmira	No	359	100,0	165	51,9	0,000
	Si	0	0,0	153	48,1	

8.2.3 Frecuencia de uso del preservativo en la población de jóvenes universitarios

Para la presente variable, las opciones de respuesta nunca y algunas veces, se fusionaron con el propósito de comparar el poco uso del preservativo, con el uso frecuente tanto para los jóvenes expuestos, como los jóvenes que no estuvieron expuestos a la intervención Preserva. La variable frecuencia de uso del preservativo se midió tanto en la categoría estable como en la categoría ocasional. Los resultados obtenidos muestran un comportamiento muy similar y para ambas categorías existieron diferencias estadísticamente significativas entre la categoría nunca – algunas veces, y siempre ($p=0,000$). De los 677 jóvenes encuestados, el 29,5% siempre usa el preservativo con la pareja estable (200 jóvenes) en comparación con el 30% de los jóvenes que siempre usa el preservativo con la pareja ocasional (203 jóvenes). (Ver tabla 7)

Tabla 6. Frecuencia de uso del preservativo

Variable resultado	Categoría	Nunca - Algunas veces		Siempre		chi2 (Valor P)
		Recuento	%	Recuento	%	
Frecuencia uso del preservativo o método de barrera cuando tiene prácticas sexuales	con pareja estable	477	70,5	200	29,5	0,000
	con pareja ocasional	474	70,0	203	30,0	0,000

8.2.4 Participación de los jóvenes en la intervención Preserva y las prácticas sexuales

Las prácticas sexuales fueron evaluadas con base a 23 preguntas con categorías dicotómicas de *Sí* y *No*, y categorías agrupadas como *nunca - algunas veces* y *casi siempre – siempre*. Esta agrupación con el propósito de organizar el conjunto de variables que se modelaran en la regresión múltiple. Para la mayoría de variables analizadas de prácticas sexuales, se pudo observar un menor porcentaje en la categoría de *No* en la clasificación de *Expuesto* en comparación con la categoría *No expuesto*. Si bien no existieron diferencias estadísticamente significativas, la variación entre número de personas en la categoría de exposición podría estar hasta en 40 participantes, un número que no se puede desconocer dada la necesidad de interpretar los componentes de la intervención que más tuvieron efecto sobre los jóvenes. De las variables analizadas anteriormente, las variables de *práctica sexual boca - vagina*, *prácticas sexuales usando alguna bebida alcohólica* y *prácticas sexuales usando alguna sustancia psicoactiva (SPA)*, mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p= <,05$) siendo evidente la diferencia entre 46 y 51 jóvenes menos para la categoría de haber estado expuesto, en comparación con los jóvenes no expuestos a la intervención.

Se observa igualmente un mayor número de jóvenes (entre 5 y 6) que a pesar de haber estado expuesto a la intervención tuvieron una mayor conducta de uso de bebida alcohólica y SPA.

Para las variables de practica sexual *pene – vagina, pene – boca, pene – ano, boca – vagina, boca – ano, pene – pene, vagina – vagina, inserción del dedo a la vagina o ano, inserción del puño al interior de la vagina o del ano, inserción de objetos en genitales*, estadísticamente no hubo diferencias entre el grupo de jóvenes expuestos y no expuestos a la intervención Preserva. Se observa una diferencia de 6 y 10 puntos porcentuales menos para las prácticas de *pene – vagina, pene – boca, pene – ano, boca - ano, inserción del dedo en la vagina e inserción del dedo en genitales* para el grupo de expuestos en comparación con el grupo de no expuestos a la intervención.

En cuanto a las *prácticas sexuales con parejas ocasionales, con más de una persona a la vez, con intercambio de parejas, prácticas sexuales por recibir retribución de tipo económico o material, prácticas con intercambio de parejas, usando bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, prácticas virtuales y presenciales con personas desconocidas*, se observó una diferencia de entre 6 y 9 puntos porcentuales menos para el grupo de expuestos en comparación con el grupo de no expuestos a la intervención. (Ver tabla 8)

Tabla 7. Participación en la intervención Preserva y las prácticas sexuales

Variables Prácticas sexuales		Categoría	Clasificación de la exposición a la intervención				chi2 Valor P
			No Exp.		Exp.		
			Recuento	%	Recuento	%	
Práctica sexual	Pene – Vagina	No	77	21,4	71	22,3	0,783
		Si	282	78,6	247	77,7	
	Pene - Boca	No	150	41,8	146	45,9	0,28
		Si	209	58,2	172	54,1	
	Pene – Ano	No	291	81,1	251	78,9	0,489
		Si	68	18,9	67	21,1	
	Boca - Vagina	No	239	66,6	188	59,1	0,045
		Si	120	33,4	130	40,9	
	Boca – Ano	No	326	90,8	290	91,2	0,861
		Si	33	9,2	28	8,8	
	Pene - Pene	No	349	97,2	308	96,9	0,783
		Si	10	2,8	10	3,1	
	Vagina - Vagina	No	347	96,7	303	95,3	0,362
		Si	12	3,3	15	4,7	
	Inserción del dedo a la vagina o ano	No	172	47,9	155	48,7	0,829
		Si	187	52,1	163	51,3	
	Inserción del puño al interior de la vagina o del ano	No	354	98,6	311	97,8	0,426
		Si	5	1,4	7	2,2	
	Inserción de objetos en genitales	No	331	92,2	293	92,1	0,976
		Si	28	7,8	25	7,9	

Prácticas sexuales	en el último mes	No	0	0,0	0	0,0	0,115
		Si	359	100,0	318	100,0	
	con pareja estable en la actualidad	No	135	37,6	137	43,1	0,349
		No aplica	43	12,0	35	11,0	
		Si	181	50,4	146	45,9	
	con parejas ocasionales durante el tiempo de una relación estable con una persona	No	269	74,9	229	72,0	0,42
		No aplica	41	11,4	34	10,7	
		Si	49	13,6	55	17,3	
	en contra de la voluntad	No	322	89,7	274	86,2	0,329
		No aplica	26	7,2	33	10,4	
		Si	11	3,1	11	3,5	
	con alguna persona a la que le hayas dado retribución monetaria o material, por ejemplo: matrícula, ropa, celulares, accesorios, zapatos, calificaciones.	Nunca - Algunas veces	359	100,0	315	99,1	0,065
		Casi siempre - Siempre	0	0,0	3	0,9	
	con alguna persona de quien hayas recibido retribución monetaria o material, por ejemplo: matrículas, ropa, celulares, accesorios, zapatos, calificaciones.	Nunca - Algunas veces	358	99,7	317	99,7	0,932
		Casi siempre - Siempre	1	0,3	1	0,3	
	voluntarias con personas desconocidas que nunca volviste a ver.	Nunca - Algunas veces	357	99,4	315	99,1	0,558
		Casi siempre - Siempre	2	0,6	3	0,9	
	con más de una persona a la vez.	Nunca - Algunas veces	357	99,4	313	98,4	0,192
		Casi siempre - Siempre	2	0,6	5	1,6	
	con intercambio de parejas.	Nunca - Algunas veces	359	100	316	99,4	0,132
		Casi siempre - Siempre	0	0,0	2	0,6	
	con personas que ejercen alguna forma de trabajo sexual.	Nunca - Algunas veces	359	100	317	99,7	0,288
		Casi siempre - Siempre	0	0,0	1	0,3	
	usando alguna bebida alcohólica.	Nunca - Algunas veces	358	99,7	311	97,8	0,021
		Casi siempre - Siempre	1	0,3	7	2,2	
	usando alguna sustancia psicoactiva (SPA).	Nunca - Algunas veces	358	99,7	312	98,1	0,039
		Casi siempre - Siempre	1	0,3	6	1,9	
	virtuales (video chat).	Nunca - Algunas veces	351	97,8	307	96,5	0,333
		Casi siempre - Siempre	8	2,2	11	3,5	
	presenciales con personas desconocidas concertadas virtualmente (cruising).	Nunca - Algunas veces	357	99,4	312	98,1	0,110
		Casi siempre - Siempre	2	0,6	6	1,9	

8.2.5 Participación de los jóvenes en la intervención Preserva y la frecuencia de uso, intención y razones de uso del preservativo

Las variables de frecuencia de uso, intención y razones de uso del preservativo, se evaluaron a través de 4 dimensiones que incluían *frecuencia de uso del preservativo*, *razones de uso* y *razones de No uso e intención de uso y consecución de preservativos*. Las cuatro dimensiones contenían 20 preguntas igualmente con categorías dicotómicas de *Si* y *No*, y categorías agrupadas como *nunca - algunas veces y siempre*. La variable de *uso del preservativo con pareja estable u ocasional* se recategorizó dado que la categoría de referencia para los propósitos de la investigación es *siempre*.

De las variables analizadas anteriormente, las variables de *uso del preservativo por higiene*, *uso del preservativo por lubricación*, *no uso del preservativo por disminución de la sensibilidad*, *no uso del preservativo por excitación*, *consecución de preservativos en la Universidad o en máquinas dispensadoras* y *consecución de preservativos en la farmacia y droguería*, mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < ,05$). Para la variable desenlace principal de este estudio: *frecuencia de uso del preservativo con pareja estable u ocasional*, el porcentaje de uso en la categoría de *siempre* es del 32%, no encontrando diferencias estadísticamente significativas tanto en los jóvenes expuestos como No expuestos, sin embargo, existió una diferencia de 6 puntos porcentuales más en los jóvenes que estuvieron expuestos a la intervención ($p: 0,09$). Para esta variable en la categoría de *nunca – algunas veces* con relación a los expuestos, existió una diferencia de 49 jóvenes menos con respecto a los no expuestos a la intervención.

En cuanto a la *razón de uso del preservativo por higiene* se encontró que hubo una diferencia mayor del uso del 9% en el grupo de jóvenes expuestos al igual que para a subcategoría de *uso del preservativo por una mejor lubricación* con una diferencia mayor de 4% para el grupo expuesto.

Para las razones de no uso del preservativo, las variables de disminución de la sensibilidad y la excitabilidad al momento de la práctica sexual, mostraron diferencias estadísticas. El 88% de los jóvenes expuestos a la intervención consideran que el preservativo no disminuye la sensibilidad en comparación con el 80% de los no expuestos a la intervención. Para la variable de excitación por lo menos un 5% de los jóvenes expuesto considera el no uso del preservativo debido a la excitación previa al encuentro sexual.

Para la intención de uso del preservativo se consideró tanto la portabilidad de preservativos, así como la consecución de los mismos en el momento de la encuesta. El 46.6% de los jóvenes expuestos a la intervención, al momento de la encuesta portan entre uno o más preservativos en comparación con los jóvenes que no estuvieron expuestos a la intervención donde en un 38.1% portan entre uno o más preservativos ($p: 0,088$). Un 5% de los jóvenes expuestos considera encontrar los preservativos en las máquinas dispensadoras de la universidad en comparación con el 0,3% de los jóvenes no expuestos ($p: 0,000$). El 94,4% de los jóvenes no expuestos consideran encontrar los preservativos en farmacias o droguerías en comparación al 88,7% de los jóvenes expuestos ($p: 0,007$). (Ver tabla 9)

Tabla 8. Participación en la intervención Preserva y la frecuencia de uso, intención y razones de uso del preservativo

Variables de frecuencia, intención, y razones de uso del preservativo			Categoría		Clasificación de la exposición a la intervención				chi2 Valor P
					No Exp.		Exp.		
					Recuento	%	Recuento	%	
Frecuencia uso del preservativo o método de barrera cuando tiene prácticas sexuales con	pareja estable	Nunca - Algunas veces			263	73,3	214	67,3	0,09
		Siempre		96	26,7	104	32,7		
	pareja ocasional	Nunca - Algunas veces			259	72,1	215	67,6	0,199
		Siempre		100	27,9	103	32,4		
Razones de uso del preservativo	Permite tener sexo seguro contra infecciones	No		94	26,2	64	20,1	0,063	
		Si		265	73,8	254	79,9		
	Por higiene	No		262	73,0	204	64,2	0,013	
		Si		97	27,0	114	35,8		
	Ayuda en tener mejor lubricación	No		347	96,7	295	92,8	0,023	
		Si		12	3,3	23	7,2		
	Ayuda a evitar embarazos no deseados	No		119	33,1	101	31,8	0,701	
		Si		240	66,9	217	68,2		
Razones de NO uso del preservativo	Porque es útil cuando se tiene relaciones anales	No		332	92,5	287	90,3	0,301	
		Si		27	7,5	31	9,7		
	Al momento de colocarlo interrumpe la relación	No		352	98,1	311	97,8	0,819	
		Si		7	1,9	7	2,2		
	Alergia e irritación	No		354	98,6	314	98,7	0,878	
		Si		5	1,4	4	1,3		
	Disminuye la sensibilidad	No		289	80,5	282	88,7	0,003	
		Si		70	19,5	36	11,3		
	Estábamos muy excitados	No		319	88,9	266	83,6	0,048	
		Si		40	11,1	52	16,4		
	No aplica o no tiene relaciones sexuales	No		278	77,4	246	77,4	0,98	
		Si		81	22,6	72	22,6		
	Otros métodos	No		354	98,6	314	98,7	0,878	
		Si		5	1,4	4	1,3		
Se olvida y/o no portarlo	No		357	99,4	314	98,7	0,332		
	Si		2	0,6	4	1,3			
Sólo es necesario cuando no se tiene una relación seria	No		310	86,4	287	90,3	0,117		
	Si		49	13,6	31	9,7			
Intención de uso del preservativo	Preservativos o métodos de barrera que lleva consigo en este momento	Ninguno		222	61,8	170	53,5	0,088	
		Uno		68	18,9	73	23,0		
		Dos o más		69	19,2	75	23,6		
	Amigo	No		349	97,2	307	96,5	0,614	
		Si		10	2,8	11	3,5		
	Dentro de la universidad con compra o en máquinas dispensadoras	No		358	99,7	301	94,7	0,000	
		Si		1	0,3	17	5,3		
	Familiar	No		350	97,5	310	97,5	0,994	
Si			9	2,5	8	2,5			
Farmacia o droguería	No		20	5,6	36	11,3	0,007		
	Si		339	94,4	282	88,7			

8.2.6 Participación de los jóvenes en la intervención Preserva y las actitudes y conocimientos hacia el uso del preservativo.

La relación entre la exposición de los jóvenes a la intervención y las actitudes y conocimientos hacia el preservativo fue medida a través de 18 preguntas que fueron evaluadas en categorías como en *desacuerdo*, *de acuerdo* y *si, no*. En cuanto a la categoría de actitudes hacia el preservativo, ninguna variable mostro diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, se destaca que algunas variables como: *usar preservativo es fácil* y *usar preservativos intensifica el placer sexual*, mostraron diferencias hasta 5 puntos porcentuales más en los jóvenes expuestos a la intervención. Variables como: *usar preservativo significa desconfianza en tu pareja*, *usar preservativo le quita placer al acto sexual*, *me avergüenza comprar preservativos*, *cuando una relación se transforma de informal a seria no es necesario continuar usando preservativo*, mostraron diferencias hasta 4 puntos porcentuales menos para los jóvenes expuestos a la intervención.

En cuanto a los conocimientos acerca del preservativo, existieron diferencias estadísticamente significativas para las variables: *debe usarse preservativo para las prácticas sexuales buco-genitales*, *el preservativo se puede utilizar como película de látex en la relación buco-vaginal*, *el preservativo debe retirarse antes de que el pene se ponga blando*, *el calor afecta al preservativo*, *en Colombia todos los preservativos requieren del registro del INVIMA*, ($p = <,05$). Un 56% de los jóvenes expuestos a la intervención considera que debe usarse el preservativo para las prácticas sexuales buco-genitales, en comparación con el 41,8% de jóvenes no expuestos ($p = 0.000$).

El 42,8% de los jóvenes expuestos considera que el preservativo se puede usar como película de látex en la relación buco-vaginal en comparación con el 30% de los jóvenes no expuestos ($p = 0,001$). El 59,1 % de los jóvenes expuestos en comparación con el 46,8% no expuesto, considera que el preservativo se debe retirar antes de que el pene se ponga blando ($p = 0,001$). El 78% de los jóvenes expuestos conoce que el calor afecta el preservativo en comparación con el 64,3% de los jóvenes no expuestos ($p = 0,000$). El 71,4% de los jóvenes expuestos saben que para Colombia el preservativo requiere registro INVIMA en comparación con el 62,7% de los jóvenes no expuestos. (Ver tabla 10)

Tabla 9. Participación de los jóvenes en la intervención Preserva y las actitudes y conocimientos hacia el uso del preservativo.

Variables de Actitudes y conocimientos hacia el uso preservativo			Categoría		Clasificación de la exposición a la intervención				chi2 Valor P
					No Exp.		Exp.		
			Recuento	%	Recuento	%			
Actitudes hacia el preservativo	Me gusta usar preservativo	En desacuerdo	36	10,0	46	14,5	0,077		
		De acuerdo	323	90,0	272	85,5			
	Usar preservativo es fácil	En desacuerdo	16	4,5	9	2,8	0,263		
		De acuerdo	343	95,5	309	97,2			
	Usar preservativo significa desconfianza en tu pareja	En desacuerdo	336	93,6	301	94,7	0,559		
		De acuerdo	23	6,4	17	5,3			
	Usar preservativo daña el momento	En desacuerdo	306	85,2	254	79,9	0,066		
		De acuerdo	53	14,8	64	20,1			
	Usar preservativo le quita placer al acto sexual	En desacuerdo	229	63,8	212	66,9	0,4		
		De acuerdo	130	36,2	105	33,1			
Conocimientos acerca del preservativo	Me avergüenza comprar preservativos	En desacuerdo	260	72,4	239	75,2	0,42		
		De acuerdo	99	27,6	79	24,8			
	El usar preservativo intensifica el placer sexual	En desacuerdo	208	57,9	170	53,5	0,241		
		De acuerdo	151	42,1	148	46,5			
	Cuando una relación se transforma de informal a seria, no es necesario continuar usando preservativo	En desacuerdo	261	72,7	244	76,7	0,23		
		De acuerdo	98	27,3	74	23,3			
	El preservativo tiene fecha de vencimiento	No	40	11,1	33	10,4	0,749		
		Si	319	88,9	285	89,6			
	Debe usarse preservativo para las prácticas sexuales genitales y anales	No	17	4,7	14	4,4	0,836		
		Si	342	95,3	304	95,6			
Debe usarse preservativo para las prácticas sexuales buco-genitales	No	209	58,2	140	44,0	0,000			
	Si	150	41,8	178	56,0				
El preservativo se puede utilizar como película de látex en la relación buco-vaginal	No	251	69,9	182	57,2	0,001			
	Si	108	30,1	136	42,8				
Un mismo preservativo se puede utilizar varias veces	No	357	99,4	317	99,7	0,635			
	Si	2	0,6	1	0,3				
El preservativo debe colocarse antes de la penetración	No	6	1,7	6	1,9	0,832			
	Si	353	98,3	312	98,1				
El preservativo debe retirarse antes de que el pene se ponga blando	No	191	53,2	130	40,9	0,001			
	Si	168	46,8	188	59,1				
El preservativo se puede guardar en la billetera	No	274	76,3	252	79,2	0,362			
	Si	85	23,7	66	20,8				
El calor afecta al preservativo	No	128	35,7	70	22,0	0,000			
	Si	231	64,3	248	78,0				
El empaque del preservativo debe estar sin aire	No	197	54,9	157	49,4	0,152			
	Si	162	45,1	161	50,6				
En Colombia todos los preservativos requieren del registro del INVIMA	No	134	37,3	91	28,6	0,016			
	Si	225	62,7	227	71,4				

8.2.7 Participación de los jóvenes en la intervención Preserva y la aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad hacia el preservativo

Las variables de aceptación, disponibilidad y accesibilidad a los preservativos fueron evaluadas a través de 12 preguntas categorizadas en: en desacuerdo, de acuerdo, no disponible, disponible y difícil, fácil. Para las variables relacionadas con la aceptación de uso del preservativo, la variable *siento temor cuando necesito condones* mostró diferencias

estadísticamente significativas ($p= 0,026$) con un 15,7% de los jóvenes expuestos a la intervención en comparación con un 10% de los jóvenes no expuestos.

Para las variables de disponibilidad y accesibilidad de preservativos, todas fueron estadísticamente significativas ($p<,05$). Entre el 70 y 60% de los jóvenes que estuvieron expuesto a la intervención, consideran que existen máquinas dispensadoras y que los preservativos están disponibles justo antes de las relaciones sexuales ($p= 0,000$). Entre un 55 y 77% de los jóvenes expuestos a la intervención consideran que es fácil encontrar máquinas dispensadoras de preservativos en el campus ($p= 0,000$). (Ver tabla 11)

Tabla 10. Participación de los jóvenes en la intervención Preserva y la aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad hacia el preservativo

Variables de Aceptación, disponibilidad y accesibilidad		Categoría	Clasificación de la exposición a la intervención				chi2 Valor P
			No Exp.		Exp.		
			Recuento	%	Recuento	%	
Aceptación de uso del preservativo	Es muy difícil hablar del tema del uso de preservativos con mi pareja.	En desacuerdo	281	78,3	250	78,6	0,914
		De acuerdo	78	21,7	68	21,4	
	Siempre me siento incómodo cuando compro preservativos.	En desacuerdo	218	60,7	194	61,0	0,94
		De acuerdo	141	39,3	124	39,0	
	Cuando sugiero usar un preservativo casi siempre me siento avergonzado.	En desacuerdo	333	92,8	291	91,5	0,546
		De acuerdo	26	7,2	27	8,5	
	Es muy embarazoso comprar preservativos.	En desacuerdo	265	73,8	239	75,2	0,69
		De acuerdo	94	26,2	79	24,8	
	Es difícil sugerir a mi pareja que usemos un preservativo.	En desacuerdo	321	89,4	290	91,2	0,436
		De acuerdo	38	10,6	28	8,8	
	Me siento incómodo hablando de preservativos con mi pareja.	En desacuerdo	334	93,0	291	91,5	0,457
		De acuerdo	25	7,0	27	8,5	
Siento temor cuando necesito preservativos.	En desacuerdo	323	90,0	268	84,3	0,026	
	De acuerdo	36	10,0	50	15,7		
Disponibilidad de preservativos	¿Están disponibles máquinas dispensadoras de preservativos en el campus?	No disponible	258	71,9	94	29,6	0,000
		Disponible	101	28,1	224	70,4	
	¿Qué disponibilidad tienen los preservativos en el campus?	No disponible	270	75,2	101	31,8	0,000
		Disponible	89	24,8	217	68,2	
	¿Están disponibles los preservativos justo antes de las relaciones sexuales?	No disponible	219	61,0	126	39,6	0,000
		Disponible	140	39,0	192	60,4	
Accesibilidad a los preservativos	Si estuviera buscando un preservativo hoy en el campus, ¿qué tan difícil o fácil sería obtener uno?"	Difícil	294	81,9	141	44,3	0,000
		Fácil	65	18,1	177	55,7	
	Si estuviera buscando una maquina dispensadora de preservativos en el campus, ¿qué tan difícil o fácil sería encontrar una?	Difícil	278	77,4	73	23,0	0,000
		Fácil	81	22,6	245	77,0	

8.2.8 Frecuencia de uso del preservativo y las prácticas sexuales

Con respecto a la relación entre la frecuencia de uso del preservativo y las prácticas sexuales, las variables de: *practica sexual pene - vagina, pene – pene, prácticas sexuales en el último mes, número de personas con quien ha tenido relaciones en el último mes, prácticas sexuales con parejas ocasionales y pareja estable en la actualidad, con parejas ocasionales durante una relación estable*, mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p=$, $<0,05$). Para la practica pene – vagina, el 34% de los jóvenes reporto usar siempre el preservativo y el 65,6% reporto el uso en nunca – algunas veces ($p=0,000$). Para las prácticas sexuales pene – pene, el 55% de los jóvenes reportó usar siempre el preservativo y el 45% nunca – algunas veces ($p=0,011$).

En cuanto a las prácticas sexuales en el último mes, el 32% de los jóvenes reportó usar siempre el preservativo y un 68% nunca – algunas veces ($p=0,000$). El 33,5% de los jóvenes reporto usar siempre el preservativo por lo menos con una persona en el último mes y el 66,5% reporto usarlo nunca – algunas veces. Para esta misma variable el 33,3% de jóvenes uso preservativo en el último mes con más de una persona ($p=0,000$).

El uso del preservativo en las prácticas sexuales con pareja estable u ocasional mostro que el uso frecuente del preservativo en la categoría siempre es de 22,8% (13 jóvenes) para parejas ocasionales en comparación con el 28,1 (92 jóvenes) para la pareja estable. Entre un 71 - 77% algunas veces o nunca usa el preservativo para la pareja estable u ocasional respectivamente ($p=0,000$). Los jóvenes que tuvieron parejas ocasionales durante el tiempo que estaban en una relación estable, reportaron un uso frecuente del preservativo en un 28% en comparación con los jóvenes que nunca – algunas veces lo usaron en un 71,2% ($p=0,000$). (Ver tabla 12)

Tabla 11. Frecuencia de uso del preservativo y las prácticas sexuales

Variables Prácticas sexuales		Categoría	Frecuencia uso del preservativo con pareja estable				chi2 Valor P
			Nunca - Algunas veces		Siempre		
			Recuento	%	Recuento	%	
Prácticas sexuales	Pene – Vagina	No	130	87,8	18	12,2	0,000
		Si	347	65,6	182	34,4	
	Pene - Boca	No	214	72,3	82	27,7	0,355
		Si	263	69,0	118	31,0	
	Pene – Ano	No	380	70,1	162	29,9	0,692
		Si	97	71,9	38	28,1	
	Boca - Vagina	No	299	70,0	128	30,0	0,746
		Si	178	71,2	72	28,8	
	Boca – Ano	No	430	69,8	186	30,2	0,237
		Si	47	77,0	14	23,0	

Pene - Pene	No	468	71,2	189	28,8	0,011
	Si	9	45,0	11	55,0	
Vagina - Vagina	No	456	70,2	194	29,8	0,395
	Si	21	77,8	6	22,2	
Inserción del dedo a la vagina o ano	No	227	69,4	100	30,6	0,567
	Si	250	71,4	100	28,6	
Inserción del puño al interior de la vagina o del ano	No	468	70,4	197	29,6	0,728
	Si	9	75,0	3	25,0	
Inserción de objetos en genitales	No	439	70,4	185	29,6	0,837
	Si	38	71,7	15	28,3	
con parejas ocasionales en la actualidad	No	354	66,0	182	34,0	0,000
	No aplica	79	94,0	5	6,0	
	Si	44	77,2	13	22,8	
con pareja estable en la actualidad	No	167	61,4	105	38,6	0,000
	No aplica	75	96,2	3	3,8	
	Si	235	71,9	92	28,1	
con parejas ocasionales durante el tiempo de una relación estable con una persona	No	330	66,3	168	33,7	0,000
	No aplica	73	97,3	2	2,7	
	Si	74	71,2	30	28,8	
en contra de la voluntad	No	402	67,4	194	32,6	0,000
	No aplica	58	98,3	1	1,7	
	Si	17	77,3	5	22,7	
con alguna persona a la que le hayas dado retribución monetaria o material, por ejemplo: matrícula, ropa, celulares, accesorios, zapatos, calificaciones.	Nunca - Algunas veces	474	70,3	200	29,7	0,261
	Casi siempre - Siempre	3	100,0	0	0,0	
con alguna persona de quien hayas recibido retribución monetaria o material, por ejemplo: matrículas, ropa, celulares, accesorios, zapatos, calificaciones.	Nunca - Algunas veces	475	70,4	200	29,6	0,359
	Casi siempre - Siempre	2	100,0	0	0,0	
voluntarias con personas desconocidas que nunca volviste a ver.	Nunca - Algunas veces	475	70,7	197	29,3	0,134
	Casi siempre - Siempre	2	40,0	3	60,0	
con más de una persona a la vez.	Nunca - Algunas veces	474	70,7	196	29,3	0,108
	Casi siempre - Siempre	3	42,9	4	57,1	
con intercambio de parejas.	Nunca - Algunas veces	476	70,5	199	29,5	0,525
	Casi siempre - Siempre	1	50,0	1	50,0	
con personas que ejercen alguna forma de trabajo sexual.	Nunca - Algunas veces	476	70,4	200	29,6	0,517
	Casi siempre - Siempre	1	100,0	0	0,0	
usando alguna bebida alcohólica.	Nunca - Algunas veces	471	70,4	198	29,6	0,777
	Casi siempre - Siempre	6	75,0	2	25,0	
usando alguna sustancia psicoactiva (SPA).	Nunca - Algunas veces	471	70,3	199	29,7	0,374
	Casi siempre - Siempre	6	85,7	1	14,3	
virtuales (video chat).	Nunca - Algunas veces	464	70,5	194	29,5	0,844
	Casi siempre - Siempre	13	68,4	6	31,6	
presenciales con personas desconocidas concertadas virtualmente (cruising).	Nunca - Algunas veces	472	70,60	197	29,40	0,620
	Casi siempre - Siempre	5	62,50	3	37,50	

8.2.9 Frecuencia de uso del preservativo y la intención y razones de uso

Con respecto a las variables de razones de uso del preservativo y la relación con la frecuencia de uso, las variables de *uso para sexo seguro contra infecciones*, *uso para mejorar lubricación y ayuda a evitar embarazos no deseados*, mostraron diferencias estadísticamente significativas

($p < 0,05$). De los jóvenes que consideran que el preservativo permite el sexo seguro contra enfermedades, el 34,3% siempre lo usa ($p = 0,000$). En cuanto a la lubricación, el 28,7% de los jóvenes que considera que no ayuda a tener mejor lubricación, siempre usa el preservativo ($p = 0,031$). El 34,6% de los jóvenes que reportó que el preservativo ayuda a evitar los embarazos no deseado, siempre lo usa ($p = 0,000$).

Con respecto a las razones de NO uso del preservativo, el 30,2% de los jóvenes que considera No interrumpe la relación al momento de colocarlo y siempre lo usa ($p = 0,014$), el 29,9% reporta que no produce alergia e irritación y siempre lo usa ($p = 0,051$), el 33,6% de los jóvenes reportó que no disminuye la sensibilidad y siempre lo usa ($p = 0,000$), el 33,0% menciona que estar excitados no es una razón de no uso del preservativo y siempre lo usa ($p = 0,000$), y el 33% de los que no considera que el preservativo sea solo necesario con relación estable, siempre usa el preservativo ($p = 0,000$).

En relación a la intención de uso del preservativo, la variable relacionada con la portabilidad del mismo en el momento de la encuesta, entre el 34% y el 50,7% de los jóvenes que siempre usa el preservativo, lleva entre uno más preservativos consigo. (Ver tabla 13)

Tabla 12. Frecuencia de uso del preservativo según la intención y razones de uso

Variables de razones e intención de uso del preservativo		Categoría	Frecuencia uso del preservativo o método de barrera cuando tiene prácticas sexuales con pareja estable				chi2 Valor P
			Nunca - Algunas veces		Siempre		
			Recuento	%	Recuento	%	
Razones de uso del preservativo	Permite tener sexo seguro contra ITS/VIH	No	136	86,1	22	13,9	0,000
		Si	341	65,7	178	34,3	
	Por higiene	No	336	72,1	130	27,9	0,163
		Si	141	66,8	70	33,2	
	Ayuda en tener mejor lubricación	No	458	71,3	184	28,7	0,031
		Si	19	54,3	16	45,7	
Razones de NO uso del preservativo	Ayuda a evitar embarazos no deseados	No	178	80,9	42	19,1	0,000
		Si	299	65,4	158	34,6	
	Porque es útil cuando se tiene relaciones anales	No	440	71,1	179	28,9	0,245
		Si	37	63,8	21	36,2	
	Al momento de colocarlo interrumpe la relación	No	463	69,8	200	30,2	0,014
		Si	14	100,0	0	0,0	
	Alergia e irritación	No	468	70,1	200	29,9	0,051
		Si	9	100,0	0	0,0	
	Disminuye la sensibilidad	No	379	66,4	192	33,6	0,000
		Si	98	92,5	8	7,5	
	Estábamos muy excitados	No	392	67,0	193	33,0	0,000
		Si	85	92,4	7	7,6	
	Otros métodos	No	469	70,2	199	29,8	0,222
		Si	8	88,9	1	11,1	
	Se olvida y/o no portarlo	No	472	70,3	199	29,7	0,487
		Si	5	83,3	1	16,7	
	Sólo es necesario cuando no se tiene una relación seria	No	400	67,00	197	33,00	0,000
		Si	77	96,20	3	3,80	

Intención de uso del preservativo	Preservativos o métodos de barrera que lleva consigo en este momento	Ninguno	313	79,8	79	20,2	0,000
		Uno	93	66,0	48	34,0	
		Dos o más	71	49,3	73	50,7	
	Amigo	No	459	70,0	197	30,0	0,120
		Si	18	85,7	3	14,3	
	Dentro de la universidad con compra o en máquinas dispensadoras	No	463	70,3	196	29,7	0,490
		Si	14	77,8	4	22,2	
	Familiar	No	466	70,6	194	29,4	0,599
		Si	11	64,7	6	35,3	
	Farmacia o droguería	No	43	76,8	13	23,2	0,278
		Si	434	69,9	187	30,1	

8.2.10 Actitudes, conocimientos y el uso frecuente del preservativo

Para la variable de actitudes hacia el preservativo, las variables de: *gusto por el uso del preservativo, significado de desconfianza en la pareja, uso del preservativo en el momento, uso del preservativo y placer sexual, intensidad del placer sexual por el uso, cambio de tipo de relación*, mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). El 32,3% de los jóvenes que les gusta usar el preservativo lo usan siempre ($p = 0,000$), entre el 30,8% y 33,8% que usa siempre el preservativo, considera que; el preservativo no genera desconfianza en la pareja ($p = 0,005$), el preservativo no daña el momento ($p = 0,010$), el preservativo no quita el placer en el acto sexual ($p = 0,001$). El 35,1% que consideran que el preservativo intensifica el placer sexual, siempre lo usa ($p = 0,005$). Solo el 33,5% de los jóvenes que consideran que cuando una relación se transforma de informal a seria debe seguir usando preservativo, siempre lo usa ($p = 0,000$). Para las variables relacionadas con conocimientos hacia el preservativo, el 34,4% de los jóvenes que consideran que el empaque del preservativo debe estar sin aire, lo usan siempre. (Ver tabla 14)

Tabla 13. Frecuencia de uso del preservativo según las actitudes y conocimientos

Variables de Actitudes y conocimientos hacia el uso preservativo		Categoría	Frecuencia uso del preservativo o método de barrera cuando tiene prácticas sexuales con pareja estable				chi2 Valor P
			Nunca - Algunas veces		Siempre		
			Recuento	%	Recuento	%	
Actitudes hacia el preservativo	Me gusta usar preservativo	En desacuerdo	74	90,20	8	9,80	0,000
		De acuerdo	403	67,7	192	32,3	
	Usar preservativo es fácil	En desacuerdo	19	76,0	6	24,0	0,536
		De acuerdo	458	70,2	194	29,8	
	Usar preservativo significa desconfianza en tu pareja	En desacuerdo	441	69,2	196	30,8	0,005
		De acuerdo	36	90,0	4	10,0	
	Usar preservativo daña el momento	En desacuerdo	383	68,4	177	31,6	0,010
		De acuerdo	94	80,3	23	19,7	
	Usar preservativo le quita placer al acto sexual	En desacuerdo	292	66,2	149	33,8	0,001
		De acuerdo	184	78,3	51	21,7	
	Me avergüenza comprar preservativos	En desacuerdo	349	69,9	150	30,1	0,621
		De acuerdo	128	71,9	50	28,1	
	El usar preservativo intensifica el placer sexual	En desacuerdo	283	74,9	95	25,1	0,005
		De acuerdo	194	64,9	105	35,1	
	Cuando una relación se transforma de informal a seria, no	En desacuerdo	336	66,5	169	33,5	0,000
		De acuerdo	141	82,0	31	18,0	

		es necesario continuar usando preservativo					
Conocimientos acerca del preservativo	El preservativo tiene fecha de vencimiento	No	57	78,1	16	21,9	0,131
		Si	420	69,5	184	30,5	
	Debe usarse preservativo para las prácticas sexuales genitales y anales	No	21	67,7	10	32,3	0,734
		Si	456	70,6	190	29,4	
	Debe usarse preservativo para las prácticas sexuales buco-genitales	No	249	71,3	100	28,7	0,601
		Si	228	69,5	100	30,5	
	El preservativo se puede utilizar como película de látex en la relación buco-vaginal	No	309	71,4	124	28,6	0,492
		Si	168	68,9	76	31,1	
	Un mismo preservativo se puede utilizar varias veces	No	476	70,6	198	29,4	0,158
		Si	1	33,3	2	66,7	
	El preservativo debe colocarse antes de la penetración	No	11	91,7	1	8,3	0,104
		Si	466	70,1	199	29,9	
	El preservativo debe retirarse antes de que el pene se ponga blando	No	233	72,6	88	27,4	0,249
		Si	244	68,5	112	31,5	
	El preservativo se puede guardar en la billetera	No	366	69,6	160	30,4	0,351
		Si	111	73,5	40	26,5	
	El calor afecta al preservativo	No	146	73,7	52	26,3	0,229
		Si	331	69,1	148	30,9	
	El empaque del preservativo debe estar sin aire	No	265	74,9	89	25,1	0,009
		Si	212	65,6	111	34,4	
	En Colombia todos los preservativos requieren del registro del INVIMA	No	159	70,7	66	29,3	0,933
		Si	318	70,4	134	29,6	

8.2.11 Uso frecuente del preservativo y la aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad hacia el mismo

En cuanto la aceptación del uso del preservativo; el 30,9% de los que manifiestan estar en desacuerdo en cuanto a si sugerir usar preservativo causa vergüenza, siempre usan preservativo ($p=0,007$), el 31,4% de los que considera estar en desacuerdo en que es difícil sugerir a la pareja el uso del preservativo, siempre lo usa ($p=0,001$) y el 31% que manifiesta estar en desacuerdo en sentir temor cuando necesita preservativos, siempre los usa ($p=0,033$).

En cuanto a las variables disponibilidad y accesibilidad, los jóvenes consideran que los preservativos están disponibles, pero no accesibles. Entre el 33,3, y 39,2% de jóvenes que manifiestan que los preservativos están disponibles en el campus hasta antes de tener relaciones sexuales, siempre hacen uso del preservativo ($p=0,050$). (Ver tabla 15)

Tabla 14. Frecuencia de uso del preservativo según la aceptación, la disponibilidad y accesibilidad

Variables de Aceptación, disponibilidad y accesibilidad			Frecuencia uso del preservativo o método de barrera cuando tiene prácticas sexuales con pareja estable				chi2 Valor P
			Nunca - Algunas veces		Siempre		
			Recuento	%	Recuento	%	
Aceptación de uso del preservativo	Es muy difícil hablar del tema del uso de preservativos con mi pareja.	En desacuerdo	371	69,9	160	30,1	0,521
		De acuerdo	106	72,6	40	27,4	
	Siempre me siento incómodo cuando compro preservativos.	En desacuerdo	287	69,7	125	30,3	0,571
		De acuerdo	190	71,7	75	28,3	
	Cuando sugiero usar un preservativo casi siempre me siento avergonzado.	En desacuerdo	431	69,1	193	30,9	0,007
		De acuerdo	46	86,8	7	13,2	
	Es muy embarazoso comprar preservativos.	En desacuerdo	350	69,4	154	30,6	0,324
		De acuerdo	127	73,4	46	26,6	
	Es difícil sugerir a mi pareja que usemos un preservativo.	En desacuerdo	419	68,6	192	31,4	0,001
		De acuerdo	58	87,9	8	12,1	
Disponibilidad de preservativos	Me siento incómodo hablando de preservativos con mi pareja.	En desacuerdo	438	70,1	187	29,9	0,455
		De acuerdo	39	75,0	13	25,0	
	Siento temor cuando necesito preservativos.	En desacuerdo	408	69,0	183	31,0	0,033
		De acuerdo	69	80,2	17	19,8	
	¿Están disponibles máquinas dispensadoras de preservativos en el campus?	No disponible	258	73,3	94	26,7	0,092
		Disponible	219	67,4	106	32,6	
	¿Qué disponibilidad tienen los preservativos en el campus?	No disponible	273	73,6	98	26,4	0,050
		Disponible	204	66,7	102	33,3	
Accesibilidad a los preservativos	¿Están disponibles los preservativos justo antes de las relaciones sexuales?	No disponible	275	79,7	70	20,3	0,000
		Disponible	202	60,8	130	39,2	
	Si estuviera buscando un preservativo hoy en el campus, ¿qué tan difícil o fácil sería obtener uno?"	Difícil	303	69,7	132	30,3	0,539
		Fácil	174	71,9	68	28,1	
	Si estuviera buscando una maquina dispensadora de preservativos en el campus, ¿qué tan difícil o fácil sería encontrar una?	Difícil	247	70,4	104	29,6	0,959
		Fácil	230	70,6	96	29,4	

8.2.12 Modelo de regresión

Posterior a la descripción de los resultados univariados del uso frecuente del preservativo, se presentan los resultados de la regresión múltiple para identificar la posible relación entre la frecuencia de uso del preservativo y las variables influyentes agrupadas en las siguientes categorías de variables: prácticas sexuales, razones de uso y no uso e intensidad del uso del preservativo, actitudes y conocimientos acerca del preservativo, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo.

- Características sociodemográficas (SD)

En el análisis de la categoría de variables sociodemográficas, las que presentaron asociación con el uso frecuente del preservativo en la categoría “siempre” a un nivel de significancia de $p=0,25$ fueron; sexo masculino ($OR=1,44$; $p=0,031$) y si percibir ingresos por otras fuentes ($OR=3,05$; $p=0,073$).

- Prácticas sexuales (PS)

En el análisis de las prácticas sexuales en jóvenes universitarios, las variables que presentaron asociación con la frecuencia de uso del preservativo en la categoría de “siempre” a un nivel de significancia $p=0,25$ fueron: prácticas sexuales con pareja estable en la actualidad en la categoría “no aplica” ($OR=0,33$; $p=0,127$), prácticas sexuales con pareja estable en la actualidad en la categoría “sí” ($OR=0,56$; $p=0,002$), prácticas sexuales con pareja ocasional en la actualidad en la categoría “sí” ($OR=0,41$; $p=0,014$), prácticas sexuales en contra de la voluntad en la categoría “no aplica” ($OR=0,13$; $p=0,053$), prácticas sexuales pene – vagina ($OR=3,35$; $p=0,000$), prácticas sexuales boca – ano ($OR=0,42$; $p=0,018$), prácticas sexuales pene – pene ($OR=6,29$; $p=0,002$) y prácticas sexuales con más de una persona a la vez ($OR=11,30$; $p=0,027$).

- Razones de uso y no uso e intensidad del uso del preservativo (RYU)

En el análisis de las razones de uso y no uso e intensidad del uso del preservativo, las variables que presentaron asociación con la frecuencia de uso del preservativo en la categoría de “siempre” a un nivel de significancia $p=0,25$ fueron: ayuda a evitar embarazos no deseados ($OR=1,88$; $p=0,022$), disminuye la sensibilidad ($OR=0,03$; $p=0,000$), estábamos muy excitados ($OR=0,02$; $p=0,000$), otros métodos ($OR=0,04$; $p=0,003$), solo es necesario cuando no se tiene una relación seria ($OR=0,01$; $p=0,000$), preservativos o métodos de barrera que lleva en el momento en la categoría “uno” ($OR=1,88$; $p=0,039$), preservativos o métodos de barrera que lleva en el momento en la categoría “dos o más” ($OR=2,54$; $p=0,002$).

- Actitudes y conocimientos acerca del preservativo (AYC)

En el análisis de actitudes y conocimientos acerca del preservativo, las variables que presentaron asociación con la frecuencia de uso del preservativo en la categoría de “siempre” a un nivel de significancia $p=0,25$ fueron; me gusta usar preservativo ($OR=3,74$; $p=0,001$), usar

preservativo significa desconfianza en la pareja (OR=0,29; p=0,030), usar preservativo le quita placer al acto sexual (OR=0,71; p=0,084), cuando una relación se transforma de informal a seria, no es necesario continuar usando preservativo (OR=0,52; p=0,004), un mismo preservativo se puede utilizar varias veces (OR=13,31; p=0,077), el preservativo debe colocarse antes de la penetración (OR=7,52; p=0,114), el empaque del preservativo debe estar sin aire (OR=1,40; p=0,054)

- Aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo. (AAA)

En el análisis de aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo, las variables que presentaron asociación con la frecuencia de uso del preservativo en la categoría de “siempre” a un nivel de significancia p=0,25 fueron: es difícil sugerir a mi pareja que usemos un condón (OR=0,35; p=0,007), están disponibles los condones justo antes de las relaciones sexuales (OR=2,42; p=0,000).

- Análisis de colinealidad

Previo al análisis de regresión múltiple, se evaluó la colinealidad entre las variables y la presencia de posibles fenómenos de confusión y modificación del efecto. Para la categoría de prácticas sexuales se encontró correlación entre: relaciones sexuales en el último mes y personas con quien se tuvieron relaciones sexuales en el último mes (Rho de Spearman = 0,720), por lo que se decidió retirar la variable relaciones sexuales en el último mes. Para la categoría de aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo se encontraron correlaciones entre: me siento incomodo hablando de preservativos con mi pareja y es difícil sugerir a mi pareja que usemos preservativo (Rho de Spearman = 0,742), es muy embarazoso comprar preservativos y siempre me siento incomodo cuando compro preservativos (Rho de Spearman = 0,721), que disponibilidad tiene los preservativos en el campus y están disponibles máquinas dispensadoras de preservativos en el campus (Rho de Spearman = 0,890), que disponibilidad tienen los preservativos en el campus y si estuviera buscando una maquina dispensadora de preservativos en el campus, qué tan difícil o fácil sería encontrar una (Rho de Spearman = 0,754), si estuviera buscando un preservativo hoy en el campus, qué tan difícil o fácil sería obtener uno (Rho de Spearman = 0,775), por lo que se decidió retirar las variables: me siento incomodo hablando de preservativos con mi pareja, es muy embarazoso comprar preservativos, están disponibles máquinas dispensadoras de condones en el campus y si

estuviera buscando una maquina dispensadora de condones en el campus, qué tan difícil o fácil sería encontrar una.

- Modelo final de regresión múltiple

Se ingresaron al modelo múltiple las siguientes variables que presentaron asociación con la frecuencia de uso del preservativo en la categoría de “siempre” a un nivel de significancia de $p > 0,10$: *sexo, percibe ingresos por otras fuentes, en prácticas sexuales; con pareja estable, ocasional, en contra de la voluntad, pene-vagina, boca-ano, pene-pene, con más de una persona a la vez, en razones de uso; para ayudar a evitar embarazos no deseados, en razones de no uso; porque disminuye la sensibilidad, estábamos muy excitados, otros métodos, en intención de uso del preservativo; cuantos lleva en el instante, en actitudes hacia el preservativo; me gusta usar el preservativo, usar el preservativo genera desconfianza en la pareja, usar preservativo le quita placer al acto sexual, relación que se transforma de informal a seria, un mismo preservativo se puede usar varias veces, el empaque del preservativo debe estar sin aire, en aceptación al preservativo; difícil sugerir usar preservativo, y preservativos disponibles justo antes de la relación sexual.*

- Predicción y ajuste del modelo final

El modelo final de regresión múltiple (SD+PS+RYU+AYC+AAA) fue estadísticamente significativo (Prueba ómnibus, $X^2 = 351,80$; $p=0,00$). El modelo final explica el 57,7% (R^2 de Nagelkerke) de la varianza relacionada con la frecuencia del uso del preservativo o métodos de barrera cuando se tienen prácticas sexuales con pareja estable y clasifica correctamente el 85,4% de los jóvenes según la frecuencia de uso del preservativo o método de barrera cuando hay prácticas sexuales con pareja estable, con una sensibilidad del 76,5% y la especificidad del 89,1%. La evaluación del modelo final mostro tener un buen ajuste de los datos (Hosmer - Lemeshow, $X^2 = 9,479$; $p=0,30$. (Ver tabla 16)

De las 24 variables predictoras en las 5 categorías, 11 fueron estadísticamente significativas: prácticas sexuales con pareja estable en la actualidad ($p=0,028$), prácticas sexuales pene vagina ($p=0,004$), razones de no uso del preservativo por; disminución de la sensibilidad ($p=0,000$), excitación ($p=0,000$), otros métodos ($p=0,005$), solo en relaciones serias ($p=0,000$), en la intención de uso del preservativo; el número que lleva consigo en el momento en la

categoría “dos o más” ($p=0,013$), en la actitud de me gusta usar el preservativo (0,021), no uso ante el cambio del tipo de relación ($p=0,039$), y la disponibilidad de preservativos justo antes de la relación ($p=0,004$). (Ver tabla 17)

Tabla 15. Predicción y ajuste del modelo final de regresión múltiple

Categorías	No de variables	No de variables modelo final	Prueba ómnibus			(-2LL)	R ² Cox y Snell	R ² Nagelkerke	Prueba de Hosmer y Lemeshow		
			X ²	gl	sig				X ²	gl	sig
Sociodemográficas (SD)	5	2	9,189	6	0,16	812,60	0,013	0,019	0,001	1	0,97
Prácticas sexuales (PS)	12	8	121,28	14	0,00	700,50	0,164	0,233	2,674	7	0,91
Razones de uso y no uso e intensidad del uso del preservativo (RYU)	14	9	360,44	9	0,00	461,34	0,413	0,587	17,63	8	0,02
Actitudes y conocimientos acerca del preservativo (AYC)	12	7	54,81	7	0,00	766,27	0,078	0,111	1,562	5	0,90
Aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad del preservativo (AAA)	6	2	38,32	2	0,00	783,46	0,055	0,078	0,033	1	0,85
Modelo final (SD+PS+RYU+AYC+AAA)	24	13	351,80	15	0,00	469,28	0,406	0,577	9,479	8	0,30

- Interpretación del modelo

Según los resultados obtenidos del modelo final, los hombres tienen 1,5 veces la oportunidad de usar siempre el preservativo con respecto a las mujeres ($OR=1,54$); los jóvenes quienes actualmente no tienen parejas ocasionales tienen 71% menor oportunidad de usar siempre el preservativo ($OR=0,29$), los jóvenes con prácticas sexuales pene – vagina, tienen 2,85 veces la oportunidad de usar siempre el preservativo con respecto a los jóvenes que no tienen esta práctica sexual ($OR=2,85$).

Los jóvenes que consideran en las razones de no uso del preservativo; la disminución de la sensibilidad, tienen 96% menor oportunidad de usar siempre el preservativo ($OR=0,04$), no uso por excitación, tienen un 97% menor oportunidad de usar siempre el preservativo ($OR=0,03$), otros métodos, tienen un 96% menor oportunidad de usar siempre el preservativo ($OR=0,04$), solo es necesario cuando no se tiene una relación seria, tienen un 98% menor oportunidad de usar siempre el preservativo ($OR=0,02$).

Los jóvenes que portan entre uno o dos o más preservativos en el momento de la encuesta, tienen entre 1,75 y 2,08 veces la oportunidad de usar siempre el preservativo con respecto a los jóvenes que no portan ($OR=1,75$ – $OR=2,08$), los jóvenes a quienes les gusta usar el preservativo, tienen 3,03 veces la oportunidad de usar siempre el preservativo con respecto a los jóvenes que no les gusta ($OR=3,03$), los jóvenes en cuya actitud consideran que cuando

una relación se transforma de informal a seria, no se requiere usar preservativo, tienen 47% menor oportunidad de usar siempre el preservativo (OR=0,53), los jóvenes a los cuales les resulta difícil sugerir el uso del preservativo a la pareja, tienen el 59% menor oportunidad de usar siempre el preservativo (OR=0,41), los jóvenes que tienen disponibles preservativos justo antes de las relaciones sexuales, tienen 2,03 veces la oportunidad de usar siempre el preservativo con respecto a los jóvenes que no tiene disponibilidad antes de las relaciones (OR=2,03). (Ver Tabla 17)

Tabla 16. Modelo final de regresión múltiple de variables relacionadas con el uso frecuente del preservativo

Variables explicativas al uso frecuente del preservativo		Categoría	OR	I.C. 95%		Sig.
				Inf	Sup	
Sociodemográfica	Sexo	Mujer	1			
		Hombre	1,54	0,95	2,49	0,080
Prácticas sexuales	Con parejas ocasionales en la actualidad	No	1			
		No aplica	0,29	0,09	0,88	0,028
	Pene - Vagina	Si	0,48	0,20	1,17	0,107
		No	1			
Razones de NO uso del preservativo	Disminuye la sensibilidad	Si	2,85	1,40	5,80	0,004
		No	1			
	Estábamos muy excitados	Si	0,04	0,02	0,08	0,000
		No	1			
	Otros métodos	Si	0,03	0,01	0,07	0,000
		No	1			
	Sólo es necesario cuando no se tiene una relación seria (solo es necesario con pareja ocasional)	Si	0,04	0,01	0,39	0,005
		No	1			
Intención de uso del preservativo	Preservativos o métodos de barrera que lleva consigo en este momento	Ninguno	1			
		Uno	1,75	0,98	3,12	0,061
		Dos o más	2,08	1,17	3,70	0,013
Actitudes hacia el preservativo	Me gusta usar preservativo	En desacuerdo	1			
		De acuerdo	3,03	1,18	7,78	0,021
	Cuando una relación se transforma de informal a seria, no es necesario continuar usando preservativo (cuando se tiene pareja estable)	En desacuerdo	1			
		De acuerdo	0,53	0,29	0,97	0,039
Aceptación de uso del preservativo	Es difícil sugerir a mi pareja que usemos un condón	En desacuerdo	1			
Disponibilidad de preservativos	Están disponibles los condones justo antes de las relaciones sexuales	De acuerdo	0,41	0,16	1,03	0,059
		No disponible	1			
		Disponible	2,03	1,26	3,26	0,004

8.3 Relaciones entre el contexto, los mecanismos y los resultados (C+M=O) producidas por la intervención Preserva

Para determinar las relaciones entre el contexto, los mecanismos y los resultados producidas por la intervención Preserva se presentará el análisis temático por categoría ICMO, con la información codificada donde se identificaron conexiones entre los conceptos con el fin de establecer las relaciones buscando dar respuesta a semi regularidades o relaciones causales que permitieran la construcción de configuraciones preliminares ICMO por componente de la intervención. Las configuraciones ICMO se consolidaron en un mapa de contexto. Por último, a través de la complementariedad metodológica entre los datos cuali y cuanti se establecieron configuraciones finales CMO de la intervención preserva.

8.3.1 Análisis temático por categoría ICMO

A continuación, se describen de forma resumida las frecuencias en cuanto a los códigos y densidad de citas del análisis de contenido realizado a las entrevistas realistas y a los grupos focales realistas. (Ver tabla 18)

Tabla 17. Descripción de las Subcategorías / Nodo temáticos, densidad de códigos

Codificación	Categoría / Subcategoría	Núm. de códigos	Densidad de citas
2I	Intervención	14	67
2IF	Intervención desde la formación	5	21
2IIC	Intervención desde la información y la comunicación	2	20
2IS	Intervención desde los servicios	5	18
2ISC	Intervención desde lo sociocultural	2	8
3C	Contexto	14	71
3CFA	Contexto Físico-ambiental	1	5
3CI	Contexto institucional	7	28
3CP	Contexto político	2	11
3CS	Contexto Socio-universitario	4	27
4M	Mecanismos	21	120
4MS	Mecanismo de situación	9	50
4MAF	Mecanismo de acción – formación	9	60
4MT	Mecanismo de transformación	3	10
5O	Resultados	24	208
5OA	Resultados de actitudes	4	97
5OC	Resultados de conocimientos	1	21
5OCP	Resultados de comportamientos y prácticas	2	2
5OD	Resultados de disponibilidad	1	10
5ODi	Resultados sobre el diseño	1	3
5OPI	Resultados del proceso de implementación	15	75

8.3.1.1 Frecuencia de temas en la categoría de Intervención

En la categoría de *Intervención* se observó heterogeneidad de las citas desde las diferentes fuentes cualitativas con predominio por los operadores de la intervención. En la subcategoría de “Intervención desde la formación”, se encontró más interacción entre las voces de los actores en comparación con las otras subcategorías. En las subcategorías de “Intervención desde la información y la comunicación, e Intervención desde los servicios”, se encontró una interacción parcial entre las voces de los actores. Para los códigos: I3 “se utilizaron estrategias de enseñanza - aprendizaje de cómo poner un preservativo”, I1 “estrategia de divulgación videos y mensajes acerca del uso del preservativo por redes sociales de la U, correos y WhatsApp”, y I4 “máquina dispensadora de preservativos visible y en los tres plantas o pisos de la Universidad”, se observó interacción entre las voces de los informantes claves, operadores y jóvenes. Para los códigos: “I2: Se utilizó la estrategia de formación por multiplicadores” y “I5: Asignatura en la oferta académica de la Universidad”, se observó interacción entre las voces de los directivos, operadores y jóvenes. Para los códigos: I7 “asesorías en SSYR por estudiantes de enfermería más directa y personalizada” y I9 “aprestamiento montaje de consultorio amigable” se observó interacción solo de los directivos y operadores. (Ver tabla 19)

Tabla 18. Codificación de la categoría de Intervención y densidad de citas por actores

Cód. Subcategoría	Código	Densidad de citas	Actores			
			Informate clave	Directivo	Operador	Jóvenes bene.
						
2IIC	I1: Estrategia de divulgación videos y mensajes acerca del uso del preservativo por redes sociales de la U, correos y WhatsApp	17				
2IF	I2: Se utilizó la estrategia de formación por multiplicadores	7				
2IF	I3: Se utilizaron estrategias de enseñanza - aprendizaje de cómo poner un preservativo	7				
2IS	I4: Máquina dispensadora de preservativos visible y en las tres plantas o pisos de la Universidad	7				
2IF	I5: Asignatura en la oferta académica de la Universidad	5				
2ISC	I6: Actividades alternas que reemplazaban la obra de teatro	4				
2IS	I7: Asesorías en SSYR por estudiantes de enfermería más directa y personalizada	4				
2ISC	I8: Obra de teatro: "si buen sexo querés tener primero la cabeza debes meter"	4				
2IS	I9: Aprestamiento montaje de consultorio amigable	4				
2IIC	I10: Festival de la salud	3				
2IS	I11: Estrategias para atraer a nuevos jóvenes	2				
2IF	I12: Clases desde experiencias de la vida diaria	1				
2IS	I13: Distribución de preservativos en asesorías	1				
2IF	I14: Se realizó una Jornada de multiplicación	1				

8.3.1.2 Frecuencia de temas en la categoría de Contexto

En la categoría de *Contexto* se observó heterogeneidad de las citas desde las diferentes fuentes cualitativas con predominio por los operadores de la intervención. En las tres subcategorías de: “contexto Físico-Ambiental, contexto institucional y contexto Socio-universitario”, se encontró mayor interacción entre las voces de los actores, sin embargo, en la subcategoría de “contexto político”, se encontró una baja interacción entre las voces de los actores. El código C2 “las redes sociales como canales de aprendizaje y de interacción”, tuvo una interacción alta entre las voces de los actores, los cuatro actores coincidieron en este código. Para los códigos: C2 “las redes sociales como canales de aprendizaje y de interacción”, C5 “el tema de la SSYR como algo nuevo en la Universidad”, C1 “antiguas creencias acerca del preservativo e imaginarios sociales” y C6 “hay mayor afinidad por los estudiantes de salud por este tema”, se observó interacción entre las voces de los informantes claves, operadores y jóvenes. Para el código: C4 “asignatura de habilidades para la vida pre existente en la Universidad, ahora, con un perfil de formación de pares”, se observó interacción entre las voces de los informantes claves, directivo y operadores. Para la subcategoría de contexto político, el código de C3 “paro nacional” tuvo una interacción entre directivos, operadores y jóvenes. (Ver tabla 20)

Tabla 19. Codificación de la categoría de Contexto y densidad de citas por actores

Cód. Subcategoría	Código	Densidad de citas	Actores			
			Informante clave	Directivo	Operador	Jóvenes bene.
3CS	C1: Antiguas creencias acerca del preservativo e imaginarios sociales	17				
3CI	C2: Las redes sociales como canales de aprendizaje y de interacción	10				
3CP	C3: Paro Nacional	10				
3CI	C4: Asignatura de habilidades para la vida pre existente en la Universidad, ahora, con un perfil de formación de pares	7				
3CI	C5: El tema de la SSYR como algo nuevo en la Universidad	6				
3CS	C6: Hay mayor afinidad por los estudiantes de salud por este tema	6				
3CFA	C7: Condiciones físicas y ambientales de los espacios físicos no aptos para brindar asesorías	5				
3CI	C8: Problemas con los créditos	2				
3CS	C9: Cultura de desinterés por participar en la Universidad	2				
3CS	C10: Estudiantes que viven lejos de la sede universitaria	2				
3CI	C11: Ya existía el servicio de asesoría por enfermería de la Universidad	1				
3CP	C12: Agenda de la Copa América	1				
3CI	C13: Horarios de las electivas extensos	1				
3CI	C14: Muerte del profesor de teatro	1				

8.3.1.3 Frecuencia de temas en la categoría de Mecanismo

En la categoría de *Mecanismo* se observó heterogeneidad de las citas desde las diferentes fuentes cualitativas con predominio por los jóvenes beneficiarios de la intervención. En la subcategoría de: “Mecanismos de situación” y “Mecanismos de Acción-Formación”, se encontró más interacción entre las voces de los actores, Dos códigos: M5 “conciencia acerca de la proximidad con problemas reales en SSYR de su cultura regional” y M1 “interés y empoderamiento de los jóvenes multiplicadores para asumir el papel de pares”, tuvieron una interacción alta entre las voces de los cuatro actores. Para los códigos: M2 “percepción de prejuicio social, señalamiento y vergüenza” y M3 “motivación dada por los créditos de una asignatura”, se observó interacción entre las voces de los informantes claves, operadores y jóvenes. Para los códigos: M6 “jóvenes del sexo masculino más interesados y desinhibidos para participar y adquirir preservativos” y M7 “confianza”, se observó interacción entre las voces de los directivos, operadores y jóvenes. (Ver tabla 21)

Tabla 20. Codificación de la categoría de Mecanismo y densidad de citas por actores

Cód. Subcategoría	Código	Densidad de citas	Actores			
			Informante clave	Directivo	Operador	Jóvenes bene.
4MAF	M1: Interés y empoderamiento de los jóvenes multiplicadores para asumir el papel de pares	33				
4MS	M2: Percepción de prejuicio social, señalamiento y vergüenza	15				
4MS	M3: Motivación dada por los créditos de una asignatura	9				
4MT	M4: La articulación entre Preserva, recursos de universidad saludable y bienestar universitario	8				
4MS	M5: Conciencia acerca de la proximidad con problemas reales en SSYR de su cultura regional	8				
4MAF	M6: Jóvenes del sexo masculino más interesados y desinhibidos para participar y adquirir preservativos	8				
4MAF	M7: Confianza	7				
4MS	M8: Desanimo por los multiplicadores	5				
4MS	M9: Desanimo para contestar encuestas	4				
4MS	M10: Sesgo moral de los operadores	4				
4MS	M11: Falta de comprensión del propósito de la intervención	3				
4MAF	M12: Por falta de logística y presupuesto no se adecuó y habilitó el consultorio	3				
4MAF	M13: Reacción negativa de los funcionarios de bienestar por las tareas encomendadas	3				
4MAF	M14: Carga de los multiplicadores no permitió que cumplieran su función	2				
4MAF	M15: Falta de cercanía y confianza para la interacción entre los multiplicadores y los jóvenes de la sede	2				
4MT	M16: La formación fue muy centrada en la medicina	1				
4MAF	M17: Inconstancia en el relacionamiento y planificación entre los actores claves de la intervención	1				
4MS	M18: Cansancio físico	1				
4MS	M19: Estudiantes de la electiva tenían nervios de participar de las actividades	1				
4MAF	M20: La intensidad del curso no permitió perder la conexión de temas	1				
4MT	M21: Remuneración	1				

8.3.1.4 Frecuencia de temas en la categoría de Resultados

En la categoría de *Resultados* se observó heterogeneidad de las citas desde las diferentes fuentes cualitativas con predominio por los jóvenes beneficiarios de la intervención. En la subcategoría de: “Resultados de actitudes”, “Resultados de conocimientos” y “Resultados del proceso de implementación”, se encontró más interacción entre las voces de los actores.

El código M5 “conciencia acerca de la proximidad con problemas reales en SSYR de su cultura regional” y O1 “aceptabilidad y apertura para hablar de sexualidad”, tuvo una interacción alta entre las voces de los cuatro actores. Para los códigos: O2 “Capacidad de autogestión entorno al preservativo”, O5 “se logró reconocimiento de la importancia del uso preservativo”, O3 “aprendizaje entorno ITS/VIH y conocimientos acerca del uso del preservativo”, O4 “no trascendió la formación de los multiplicadores en la sede”, O8 “buena participación en la intervención”, y O9 “estudiantes con poco tiempo para el desarrollo de las actividades” se observó buena interacción entre las voces de los informantes clave, operadores y jóvenes.

Para los códigos: O6 “uso de dispensadores y prejuicios por el uso” y O11 “ampliación de la oferta de la electiva”, se observó buena interacción entre las voces de los informantes clave, directivos y jóvenes. Para el código: O7 “obra de teatro no se realizó”, se observó buena interacción entre las voces de los directivos, operadores y jóvenes. (Ver tabla 22)

Tabla 21. Codificación de la categoría de Resultados y densidad de citas por actores

Cód. Subcategoría	Código	Densidad de citas	Actores			
			Informate clave	Directivo	Operador	Jóvenes bene.
50A	O1: Aceptabilidad y apertura para hablar de sexualidad	60	●	●	●	●
50A	O2: Capacidad de autogestión entorno al preservativo	21	●	●	●	●
50C	O3: Aprendizaje entorno ITS/VIH y conocimientos acerca del uso del preservativo	21	●	●	●	●
50PI	O4: No trascendió la formación de los multiplicadores en la sede	16	●	●	●	●
50A	O5: Se logró reconocimiento de la importancia del uso preservativo	13	●	●	●	●
50D	O6: Uso de dispensadores y prejuicios por el uso	10	●	●	●	●
50PI	O7: Obra de teatro no se realizó	9	●	●	●	●
50PI	O8: Buena participación en la intervención	8	●	●	●	●
50PI	O9: Estudiantes con poco tiempo para el desarrollo de las actividades	7	●	●	●	●
50PI	O10: Actividades prácticas y coordinadas	7	●	●	●	●
50PI	O11: Ampliación de la oferta de la electiva	6	●	●	●	●
50PI	O12: Faltó continuidad en la implementación de las estrategias de comunicación	5	●	●	●	●
50PI	O13: No hubo retroalimentación acerca de las creencias negativas por estudiantes	4	●	●	●	●
50PI	O14: Faltó sensibilización a los jóvenes previo al desarrollo de la intervención	3	●	●	●	●
50PI	O15: Inasistencia a las consultas por el tipo de espacio	3	●	●	●	●
50Di	O16: La intervención desde la formación no es para todos, la recibieron mejor, estudiantes con mejores bases del tema	3	●	●	●	●
50A	O17: Mayor conciencia acerca de las enfermedades	3	●	●	●	●
50PI	O18: No se divulgaron los videos en las redes sociales	2	●	●	●	●
50PI	O19: No se siguió dando fuerza a la intervención	2	●	●	●	●
50PI	O20: Certificado por realizar el curso	1	●	●	●	●
50PI	O21: Contratación de más profesores	1	●	●	●	●
50PI	O22: No se pudo contar con el médico familiar	1	●	●	●	●
50CP	O23: Preservativo para evitar el embarazo fue la idea principal de los jóvenes	1	●	●	●	●
50CP	O24: Preservativo para las ITS paso a segundo plano	1	●	●	●	●

8.3.2 Configuraciones preliminares ICMO por componentes de la intervención

8.3.2.1 Configuración ICMO preliminar en el componente de formación

Para el componente de formación existió 2 configuraciones preliminares. Existieron algunas tendencias entre contextos y mecanismos sin embargo no se evidenció un nexo relacional con los resultados. (Ver figura 8)

Configuración preliminar ICMO 1: Intervención: asignatura en la oferta académica de la Universidad, Contexto: asignatura de habilidades para la vida pre existente en la Universidad, ahora, con un perfil de formación de pares, Mecanismo: interés y empoderamiento de los jóvenes multiplicadores para asumir el papel de pares, Resultado: capacidad de autogestión entorno al preservativo.

Configuración preliminar ICMO 2: Intervención: asignatura en la oferta académica de la Universidad, Contexto: hay mayor afinidad por los estudiantes de salud por este tema, Mecanismo: confianza, Resultado: aceptabilidad y apertura para hablar de sexualidad.

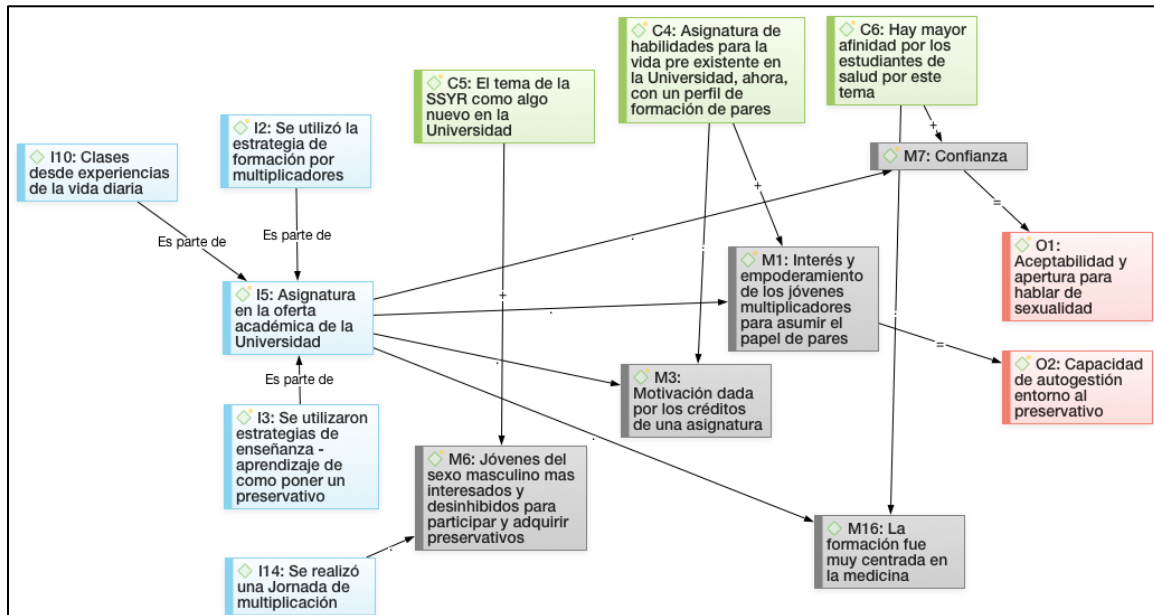


Figura 8. Configuración preliminar ICMO del componente de formación

8.3.2.2 Configuración ICMO preliminar en el componente de información y comunicación

Para el componente de información y comunicación existió 2 configuraciones preliminares (Ver figura 9)

Configuración preliminar ICMO 3: intervención: Estrategia de divulgación videos y mensajes acerca del uso del preservativo por redes sociales de la U, correos y WhatsApp, Contexto: las redes sociales como canales de aprendizaje y de interacción, Mecanismo: conciencia acerca de la proximidad con problemas reales en SSYR de su cultura regional, Resultado: se logró reconocimiento de la importancia del uso preservativo.

Configuración preliminar ICMO 4: Intervención: estrategia de divulgación videos y mensajes acerca del uso del preservativo por redes sociales de la U, correos y WhatsApp, Contexto: paro Nacional, Mecanismo: inconstancia en el relacionamiento y planificación entre los actores

claves de la intervención, Resultado: falta de continuidad en la implementación de las estrategias de comunicación.

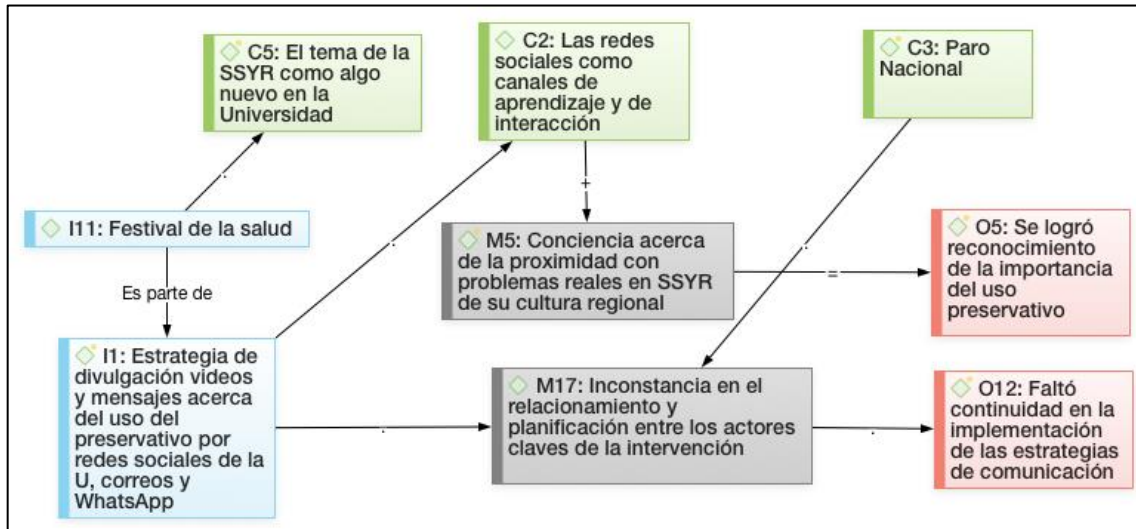


Figura 9. Configuración preliminar ICMO del componente de información y comunicación

8.3.2.3 Configuración ICMO preliminar en el componente de servicios

Para el componente de servicios existió 3 configuraciones preliminares. (Ver figura 10)

Configuración preliminar ICMO 5: Intervención: aprestamiento montaje de consultorio amigable, Contexto: condiciones físicas y ambientales de los espacios físicos no aptos para brindar asesorías, Mecanismo: por falta de logística y presupuesto no se adecuó y habilitó el consultorio, Resultado: baja asistencia a las consultas por el tipo de espacio y no se pudo contar con el médico familiar

Configuración preliminar ICMO 6: Intervención: distribución de preservativos en asesorías y Máquina dispensadora de preservativos visible y en los tres niveles de la universidad, Contexto: el tema de la SSYR como algo nuevo en la Universidad, Mecanismo: jóvenes del sexo masculino más interesados y desinhibidos para participar y adquirir preservativos, Resultado: aprendizaje entorno ITS/VIH y conocimientos acerca del uso del preservativo.

Configuración preliminar ICMO 7: Intervención: máquina dispensadora de preservativos visible y en los tres niveles de la universidad, Contexto: antiguas creencias acerca del preservativo e imaginarios sociales, Mecanismos: percepción de prejuicio social, señalamiento y vergüenza, Resultado: uso de dispensadores y prejuicios por el uso.

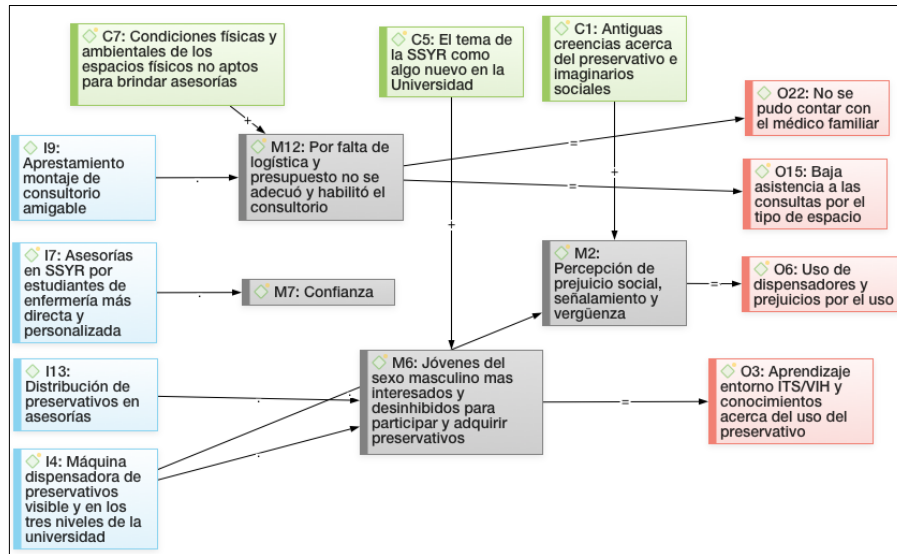


Figura 10. Configuración preliminar ICMO del componente de servicios

8.3.2.4 Configuración ICMO preliminar en el componente sociocultural

Para el componente sociocultural existió 1 configuración preliminares. (Ver figura 11).

Configuración preliminar ICMO 8: Intervención: Obra de teatro: "si buen sexo querés tener primero la cabeza debes meter", Contexto: Paro Nacional y muerte del profesor de teatro, Mecanismos: inconstancia en el relacionamiento y planificación entre los actores claves de la intervención, Resultado: obra de teatro no se realizó.

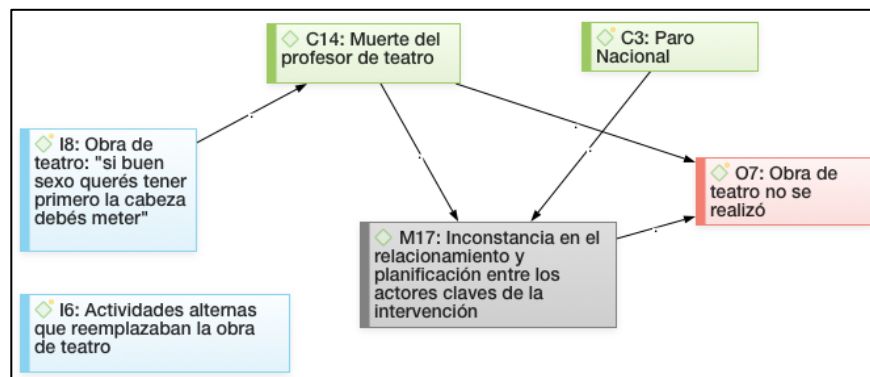


Figura 11. Configuración preliminar ICMO del componente de sociocultural

8.3.3 Integración de las configuraciones preliminares ICMO de la intervención Preserva

En la integración de las configuraciones preliminares ICMO de forma diferente a lo anteriormente descrito, se encontró que las intervenciones como la “asignatura en la oferta académica de la universidad” del componente de formación, la estrategia de divulgación videos y mensajes acerca del uso del preservativo por redes sociales de la U, correos y WhatsApp del componente de información y comunicación y la estrategia del festival de la salud en el componente de servicios, se relacionaron con el mecanismo de interés y empoderamiento de los jóvenes multiplicadores para asumir el papel de pares.

El contexto sociopolítico del Paro Nacional influyó sobre el desempeño del componente de información y comunicación y sobre el componente sociocultural.

El mecanismo de articulación entre Preserva y los recursos de la universidad saludable, aparece como mediador entre el contexto de la asignatura de habilidades para la vida y el resultado del reconocimiento de la importancia en el uso del preservativo, este último no tuvo nexos causales en la TIP por tanto se desestimó como una configuración ICMO valida. (Ver figura 12)

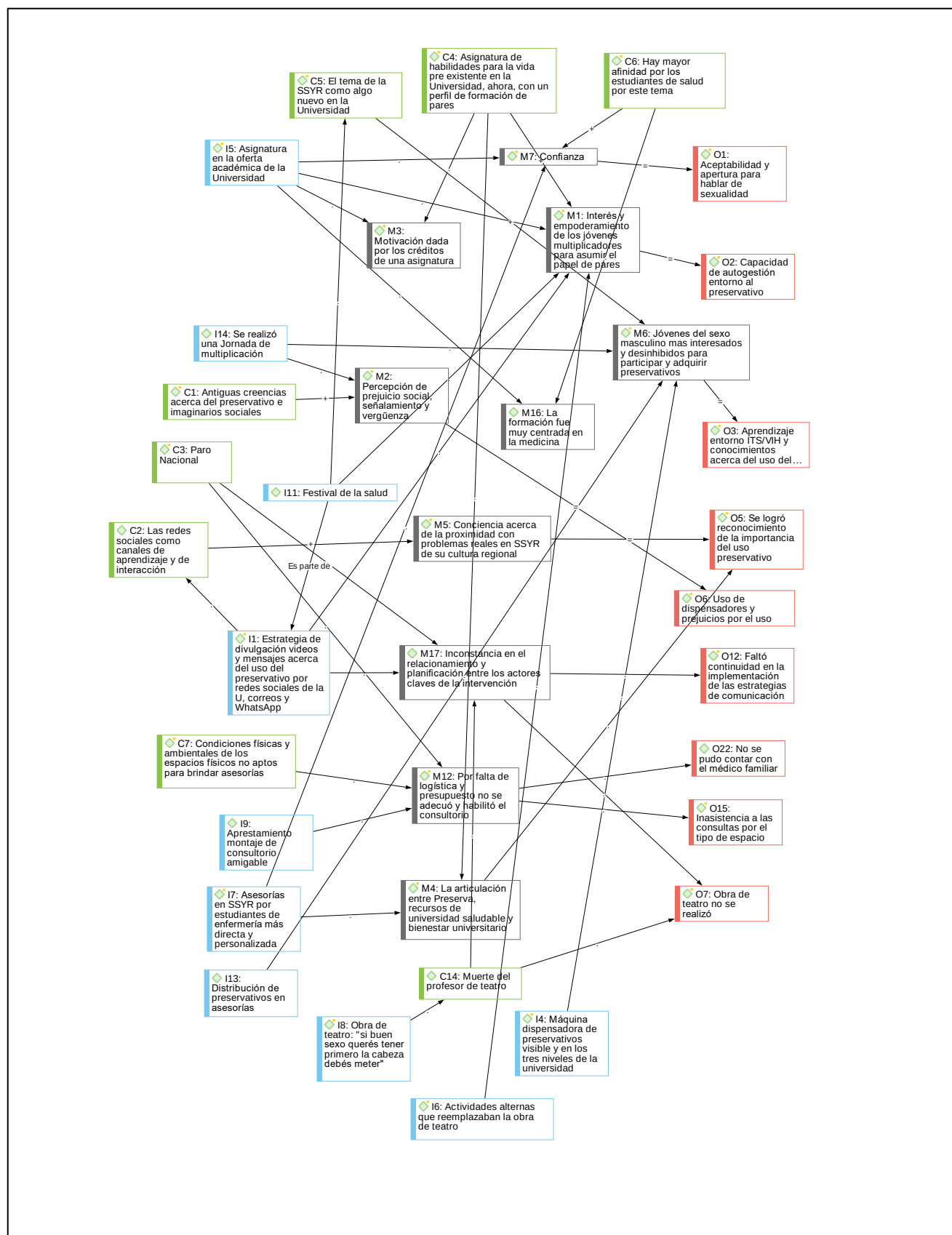


Figura 12. Mapa de contexto de las ICMO preliminares de la intervención

8.3.4 Configuraciones finales ICMO de la intervención Preserva

A continuación, se describirán las configuraciones ICMO definitivas. (Ver tabla 23)

Tabla 22. Matriz de configuraciones finales ICMO

ICMO	Intervención	Contexto	Mecanismo	Resultado
1	Asignatura en la oferta académica de la Universidad	Hay mayor afinidad por los estudiantes de salud por este tema	Confianza	Aceptabilidad y apertura para hablar de sexualidad
2		Asignatura de habilidades para la vida pre existente en la Universidad, ahora, con un perfil de formación de pares	Interés y empoderamiento de los jóvenes multiplicadores para asumir el papel de pares	Capacidad de autogestión entorno al preservativo
3	Máquina dispensadora de preservativos visible y en los tres niveles de la universidad	Antiguas creencias acerca del preservativo e imaginarios sociales	Percepción de prejuicio social, señalamiento y vergüenza	Uso de dispensadores y prejuicios por el uso
4	Distribución de preservativos en asesorías	El tema de la SSYR como algo nuevo en la Universidad	Jóvenes del sexo masculino más interesados y desinhibidos para participar y adquirir preservativos	Aprendizaje entorno ITS/VIH y conocimientos acerca del uso del preservativo
5	Estrategia de divulgación videos y mensajes acerca del uso del preservativo por redes sociales de la U, correos y WhatsApp	Las redes sociales como canales de aprendizaje y de interacción	Conciencia acerca de la proximidad con problemas reales en SSYR de su cultura regional	Se logró reconocimiento de la importancia del uso preservativo
6		Paro Nacional	Inconstancia en el relacionamiento y planificación entre los actores claves de la intervención	Faltó continuidad en la implementación de las estrategias de comunicación
	Obra de teatro: "si buen sexo querés tener primero la cabeza debes meter"	Muerte del profesor de teatro		Obra de teatro no se realizó
7	Aprestamiento montaje de consultorio amigable	Condiciones físicas y ambientales de los espacios físicos no aptos para brindar asesorías	Por falta de logística y presupuesto no se adecuó y habilitó el consultorio tipo servicio amigable	baja asistencia a las consultas por el tipo de espacio
				No se pudo contar con el médico familiar

8.3.4.1 Configuración ICMO 1

Uno de los factores contextuales más representativos fue la afinidad de los estudiantes del área de la salud en el componente de formación donde la carrera de psicología tuvo la representación más alta con un 14,3% de todos los estudiantes. El proceso formativo estuvo a cargo de los estudiantes de enfermería quienes orientaron la electiva. Este aspecto de mayor participación de los estudiantes de salud fue cuestionado por los mismos estudiantes y los

operadores, quienes discutían la falta de participación de otras carreras inclusive resaltando la falta de estrategias de convocatoria.

La formación por los estudiantes de enfermería activó un mecanismo de confianza sobre los estudiantes participantes en la electiva. La confianza por los profesionales que impartían la electiva promovió una mayor empatía para generar diálogos en torno a la sexualidad, la aceptabilidad y autogestión entorno al uso del preservativo por parte de los jóvenes beneficiarios.

Para esta configuración, los datos provenientes del modelo de regresión logística mostraron para la variables *“me gusta usar preservativo”* que los jóvenes a quienes les gusta usar el preservativo, tienen 3,03 veces la oportunidad de usar siempre el preservativo con respecto a los jóvenes que no les gusta (OR=3,03, IC:1,18 - 7,78), por la variable *“aceptación de uso del preservativo”* que los jóvenes a los cuales les resulta difícil sugerir el uso del preservativo a la pareja, tienen el 59% menos oportunidad de usar siempre el preservativo (OR=0,41, IC: 0,16 – 1,03)

Esta configuración tiene soporte en fragmentos discursivos: 2:68 ¶ 61 (operadores) *“...digamos que se mostraron los chicos muy receptivos a hablar sobre derechos sexuales y reproductivos, sobre mitos, sobre el condón, el uso del preservativo”*. A pesar que existió un consenso entre como la intervención promovió la aceptación del preservativo, los informantes clave consideran que otra parte de la población aún tienen creencias que pueden afectar esta aceptabilidad, ejemplo de ello el relato 1:31 ¶ 276 (Informante clave) *“...creo no todos quizás captaron el objetivo de la intervención, porque mezclan también creencias y las interpretaciones propias y eso logra de pronto frustrar esto”*.

Los datos relacionados con la aceptación del uso del preservativo son semejantes a los datos obtenidos de la frecuencia de uso del preservativo. La encuesta realizada mostró que el porcentaje de uso de preservativo en pareja estable (29,5%) y pareja ocasional (30,0%) no tienen diferencias significativas. El bajo porcentaje relacionado con la aceptación y uso del preservativo, puede tener influencia de las creencias y prejuicios sociales por su uso, ejemplo de ello el relato 4:18 ¶ 231 (Jóvenes beneficiarios) *“... me ayudó a quitarme un poco como ese sesgo y esa pena pues de uno adquirir un preservativo, de que uno tenga que ir a una farmacia y preguntar por uno o digamos de ir al dispensador”*

8.3.4.2 Configuración ICMO 2

Para esta configuración existió un contexto institucional previo relacionado con una asignatura de habilidades para la vida. Para los operadores, este contexto fue considerado una base para la formación en los jóvenes, pues esta asignatura ya había tenido avales en los procesos de viabilidad académica y en la política curricular institucional.

El contexto de la asignatura pre existente en la universidad activó un mecanismo de interés y empoderamiento de los jóvenes multiplicadores para asumir el papel de pares con sus compañeros. Algunos jóvenes ya tenían conocimiento de la asignatura y las opiniones respecto a la misma, motivaban a querer cursarla, y ser parte del proceso de replicación. Algunos factores como la duración, tipo de asignatura que para este caso era electiva y temporada en la que se ofertó y el horario, pudo influir para su asistencia. El contexto previo de la asignatura y el interés y empoderamiento de los jóvenes promovió una mayor capacidad de autogestión entorno al preservativo.

Para esta configuración, los datos provenientes de la encuesta mostraron que para la dimensión de actitudes hacia el preservativo en la variable *“usar el preservativo es fácil”*, mostró que el 29,8% de los jóvenes que consideran que el uso del preservativo es fácil, siempre lo usan. Así mismo, de los jóvenes expuestos a la intervención, el 97,2% manifestaron estar de acuerdo con que usar el preservativo es fácil en comparación con el 95,5% de jóvenes no expuestos a la intervención.

Esta configuración tiene soporte en fragmentos discursivos 1:5 ¶199 (informante clave) *“...digamos se pierde como esa pena de hablar acerca del preservativo y también justamente por esa formación algo que cambió fue el hecho de que como ya aprendí y como esas cositas y ya como solté miedo pena de hablar o de conseguir un preservativo en cualquier momento que creo que es necesario antes después hay que conseguirlo siempre y es de decirle esto a otras personas”*

A pesar que existió un consenso entre las diferentes fuentes acerca de que el uso del preservativo es fácil, algunos relatos de jóvenes e informantes claves sugieren que los jóvenes podrían sobrevalorar su capacidad de autogestión y eficacia entorno al preservativo, ejemplo de ello el siguiente fragmento 1:19 ¶93 (informante clave) *“...ya el hecho de empezar a aprender*

a cómo destaparlo fue muy chistoso porque vimos que no se sabía, eran muy pocos las personas que sí sabían hacerlo.... “ahorita coloquémoslo”, entonces otra vez, que no... esto se me desliza!, jno... esto ya la coloqué por el lado que no era!, entonces, vi ahí la importancia y la necesidad de lo que se estaba haciendo, sea todo el mundo puede decir “si yo conozco mucho el tema, yo estoy harta que me que digan acerca del tema porque yo lo sé!, y en el momento de la práctica se demostró que no se conocía muy bien”

8.3.4.3 Configuración ICMO 3

En esta configuración se encontró como contexto social las antiguas creencias de los jóvenes universitarios acerca del preservativo. En los relatos de los jóvenes se presentan creencias de tipo religioso, creencias alrededor de lo biológico, creencias influenciadas por género, creencias derivadas de prejuicios sociales, creencias en la práctica.

El contexto de creencias de los jóvenes universitarios alrededor del preservativo activó un mecanismo de percepción de prejuicio social, de señalamiento y de vergüenza, aspecto que logró evidenciarse entre diferentes actores y espacios de diálogo con los directivos, estudiantes y operadores. Este mecanismo a su vez tuvo influencia en la respuesta de que persistiera una prevención en el uso del dispensador de preservativos. A pesar que las máquinas dispensadoras estuvieran en el campus de la Universidad, los estudiantes, operadores y directivos perciben que existe prejuicios y discriminación por sus compañeros, además algunos manifestaban vergüenza por hacer uso de ellos.

Para esta configuración, los datos provenientes de la encuesta mostraron en la dimensión disponibilidad del uso del preservativo, en la variable *“disponibilidad de preservativos antes de las relaciones sexuales”* que entre el 70% y 60% de los jóvenes que estuvieron expuestos a la intervención, consideran que existen máquinas dispensadoras en el campus y que los preservativos están disponibles justo antes de las relaciones sexuales. De igual forma los datos provenientes del modelo de regresión logística mostraron que los jóvenes que tienen disponibles preservativos justo antes de las relaciones sexuales, tienen 2,03 veces la oportunidad de usar siempre el preservativo con respecto a los jóvenes que no tiene disponibilidad antes de las relaciones (OR=2,03, IC: 1,26 – 3,26).

Esta configuración tiene soporte en fragmentos discursivos 3:3 ¶212 (jóvenes beneficiarios) *“...cuando nosotros ingresamos no había un dispensador de condones entonces ya luego, incluso ahora, los dispensadores siguen estando ahí, entonces en este momento tú vas a la sede, te dejan ingresar y vas a encontrar en los tres pisos que están los dispensadores, aún después del paro y después de pandemia fue algo que llegó y se quedó y sigue estando ahí”*. - *“... sí las conocí y a veces sí veía como personas ahí al lado, creo pues que, si las usaban porque a veces estaban como vacías, tenían letreros como que “en mantenimiento” o la gente contaba que ya están vacías”*. También coincide con los fragmentos discursivos de directivos *“...algunos jóvenes empezaron a anunciar que tal dispensador no funcionaba, profe mira el dispensador del tercer piso para que avisen que no funciona”*.

A pesar que existió un consenso entre como la intervención promovió la disponibilidad de las máquinas dispensadoras en el campus, existen relatos de jóvenes que pueden dar ideas de, cómo influye el prejuicio social en la ejecución del comportamiento de usar el preservativo, ejemplo de ello el relato 1:41 ¶65 (informante clave)... *“no es que a mí parece que allí donde está la máquina dispensadora de condones no está bien ubicada, está muy visible”*, 4:38 ¶69 (jóvenes beneficiarios) *“...aun así hay mucha pena o algo así por usar los dispensadores que están en los baños, hay que esconderlos más”*.

8.3.4.4 Configuración ICMO 4

Para esta configuración, el tema de la SSYR en el marco de una intervención dirigida a jóvenes universitarios, actuó como un contexto institucional para la interacción de los jóvenes con las estrategias de enseñanza alrededor de la sexualidad y de la promoción para el aprendizaje y uso del preservativo. Parte de lo que se consideró como generador de cambio fue el festival de salud, donde se desarrollaron actividades por los operadores y los jóvenes que hacían parte de la estrategia de multiplicadores.

Esta estrategia impulsó un mecanismo en los jóvenes y con mayor representación en los hombres, no solo para participar de la actividad, adicionalmente se encontró un interés y una desinhibición para abordar temas de sexualidad y adquirir sin prejuicios los preservativos motivados por su interacción con sus pares.

Las actividades ejecutadas por pares y operadores en la jornada de SSYR como juegos, demostraciones, videos, entre otros, fueron determinantes para que los jóvenes adquirieran conocimientos y experimentaran de forma abierta y desinhibida aprendizaje entorno a las ITS/VIH y conocimientos en torno al uso adecuado del preservativo.

Para esta configuración, los datos provenientes de la encuesta mostraron en la dimensión conocimientos acerca del uso del preservativo, que el 56% de los jóvenes expuestos a la intervención consideran que el preservativo debe usarse para las prácticas sexuales buco-genitales comparado con el 41,8% de los jóvenes no expuestos, e igualmente, el 30,5% de los jóvenes que consideran que el preservativo se usa en las prácticas sexuales bucogenitales, siempre usa el preservativo.

Esta configuración tiene soporte en fragmentos discursivos 4:34 ¶65 (jóvenes beneficiarios) *“...después de la intervención me di cuenta de que es se puede usar en todas las relaciones tanto oral como la penetración y todo lo que tenga que ver con la parte de la sexualidad ya que una enfermedad no solamente se transmite por penetración sino también por fluidos corporales de todo tipo”* y en el siguiente relato 1:96 ¶172 (informante clave) *“...esto era algo que yo no había tomado en cuenta, la verdad solamente por la penetración pene – vagina, sino que ya luego de esta orientación que recibí y empecé a ver que tenía otros usos, pero antes de? no lo concebía o no lo imaginaba, no pensaba en que otros usos le podía dar”*

En el mismo sentido los jóvenes expresan que el aprendizaje adquirido no solo se relaciona con el uso del preservativo, si no en el reconocimiento entorno a las ITS/VIH así como factor que facilita y refuerza el uso *“...pues las clases para conocer del VIH uno las ve, pero cuando uno se choca de frente con una persona que te cuenta su experiencia así, yo me quedaba así comoque e incluso vivir la discriminación y el prejuicio, entonces ahí es donde uno dice, “uy no hay que protegerse con el preservativo independiente de lo que sea”.*

8.3.4.5 Configuración ICMO 5

Para esta configuración, las redes sociales constituyeron un contexto institucional para el aprendizaje y la interacción entre los jóvenes. El proceso de creación y divulgación de

contenido digital estuvo ampliamente validado con los jóvenes que hicieron parte de las asignaturas de formación de multiplicadores quienes posteriormente reforzaban este contenido entre sus compañeros.

El contexto descrito desencadenó en los jóvenes universitarios un mecanismo de conciencia alrededor de la información recibida con las problemáticas en torno al no uso adecuado del preservativo. Los videos que los jóvenes observaban estaban matizados con aspectos de ambiente, espacio físico, relacionamiento, humor, jerga social, de su propia cultura que los vinculaba a un escenario de su cotidianidad.

La conciencia de los jóvenes en torno a las consecuencias de los comportamientos sexuales de riesgo promovió un cambio de actitud de modo que conllevó a que se reconociera la importancia del uso del preservativo.

Para esta configuración, los datos provenientes de la encuesta mostraron en la dimensión de conocimientos acerca del preservativo que el 29,9% de los jóvenes que consideran que el preservativo se debe colocar antes de la penetración, siempre lo usan. De igual forma los datos provenientes del modelo de regresión logística mostraron que los jóvenes que consideran que cuando una relación se transforma de informal a seria, no se requiere usar preservativo, tienen 47% menos oportunidad de usar siempre el preservativo (OR=0,53, IC: 0,29 – 0,97).

Esta configuración tiene soporte en fragmentos discursivos 1:2 ¶186– 187 (informante clave) *“...del entender de que las relaciones sexuales en muchas ocasiones pueden ser con mucha parejas y el hecho de nosotras y nosotros no utilizar un condón así estemos en una relación estable o no es supremamente necesario”* y en el fragmento 1:109 ¶193 en entrevista a profundidad informante clave *“antes tenía una pareja y el que usaba los condones era él y ya luego después de que aprendí yo tengo condones y no me importa si los tiene o no pero en el caso de que yo quiera estar con él, ahí tienes un condón, ósea ahí está, bien, en buenas condiciones y yo le digo que esto no va a pasar sin el condón”*

8.3.4.6 Configuración ICMO 6

Para esta configuración, dos factores contextuales actuaron como barreras para el cumplimiento de los componentes de información y comunicación y el componente socio

cultural. Desde lo sociopolítico como el paro nacional y la muerte del profesor de teatro, generaron inconstancia en el relacionamiento entre los diferentes actores de la intervención (directivos y operadores y jóvenes multiplicadores) con los jóvenes beneficiarios, donde se afectaron las tareas encomendadas de replicación en el rol de jóvenes pares.

Dada la muerte del profesor de teatro y la ausencia de personal calificado en artes escénicas la obra de teatro no pudo ser realizada. De los datos proveniente de la encuesta, el 48,1% de los estudiantes expuestos a la intervención, asistió a actividades culturales o lúdicas en la Universidad. Si bien este dato no corresponde a la asistencia a la obra, si corresponde a la participación en una actividad denominada “Festival de salud” donde interactuaron con trajes y disfraces.

Los datos provenientes de la encuesta mostraron que el 72,6% de los jóvenes expuestos a la intervención recibió información a través de canales de información masiva que motivaban al uso del preservativo. No obstante, los jóvenes beneficiarios en sus narrativas consideraron que faltaban estrategias de comunicación más fuertes para promover tanto la difusión de videos o información en torno a la SSR, como, las consejerías que se daban en el consultorio de enfermería. Los jóvenes perciben que hubo falta de continuidad de las estrategias de información y comunicación, por lo cual consideran que el propósito inicial del componente de información y comunicación se debilitó.

Esta configuración tiene soporte en fragmentos discursivos de informantes claves por citar algunos:

3:22 ¶ 158 (jóvenes beneficiarios) *“...sí, pero, o sea, solo fueron como trajes como para llamar la atención o ponerle el tema para lo que estábamos haciendo, pero no era una obra y de hecho los compañeros que se pusieron el traje, que tenían como nombres creo que el pene tenía un nombre, la vagina también, y la vulva”*

3:34 ¶ 228 (jóvenes beneficiarios) *“...pues mira que yo creo que el punto de esto y bueno de todo, es que se hizo este gran evento, pero como te decía ahorita, es algo que va perdiendo como fuerza y va quedando como atrás y yo creo que todos los procesos deben ser continuos y estarle dando y dando y no sólo una vez porque de pronto la gente lo ve y por esos días está muy consciente, pero se le va olvidando...”*

3:49 ¶ 178 (jóvenes beneficiarios) “...entonces teníamos esos espacios para discutir los vídeos que se iban a replicar, pero creo que nunca vi un vídeo en red social, o por lo menos no recuerdo muy bien, creo que quizás algunos por redes sociales, pero no! nunca había oficialmente que en la página o una página tuviera pues los vídeos”

8.3.4.7 Configuración ICMO 7

Otro de los aspectos contextuales que afectaron el desarrollo de la intervención en el componente de servicios fue las condiciones físicas y ambientales. El espacio físico para brindar el servicio de asesoría en SSR a los jóvenes se ubicaba en el mismo lugar de la enfermería, es decir, el espacio estaba compartido y adicionalmente los jóvenes consideraron que este tipo de espacios no cumplía con las condiciones para recibir asesorías en SSR. Lo anterior sumado a la falta de logística descrita por los operadores e interpretada como la falta de gestión por un consultorio privado, sustentó el hecho de que los jóvenes no asistieran. A pesar de lo dicho por los jóvenes entorno a las condiciones logísticas y físicas para recibir asesoría en SSR, los datos de la encuesta mostraron que el 36,5% de los jóvenes expuestos recibió orientación en salud sexual y reproductiva por jóvenes multiplicadores.

Los operadores mencionan que no se pudo contar con el personal médico que daría soporte a las asesorías en SSR, que, según lo descrito por los directivos, fue debido a problemas de tiempo y horarios. Los estudiantes manifestaban que difícilmente se enteraban que existía asesoría en SSR en el mismo lugar físico de enfermería. Se enteraban accidentalmente porque asistían por otras causas.

Esta configuración tiene soporte en fragmentos discursivos en 2:67 ¶ 150 (operadores) “...el espacio que nos brindaba también tenía una razón, era un espacio para las consejerías, era un espacio (físico) como muy tosco no tan amigable como se pensaba desde el inicio, como se planeó”

8.4 Teoría del programa refinada

Cuadro 9. Teoría del programa refinada

Teoría del programa refinada	Evidencia científica que la soporta
La estrategia formativa de una asignatura de habilidades para la vida con énfasis en salud sexual y reproductiva en la oferta académica de educación formal de una institución universitaria dirigido a jóvenes de pregrado, que además dicha estrategia este vinculada a nivel institucional con instancias como bienestar universitario y en efecto cuenta con políticas claras entorno a la salud y bienestar de los jóvenes en la Universidad desde el enfoque de la diversidad, genera cambios en los jóvenes en la forma de asumir la sexualidad con mayor responsabilidad y empoderamiento en el agenciamiento de su conocimiento al servicio de los jóvenes y sus compañeros, lo que promueve una mayor confianza en el tema de la sexualidad y capacidad de resolución ante las diversas situaciones entorno al uso del preservativo y métodos de barrera. Estas estrategias formativas idealmente deben ser orientadas por profesionales de la salud o áreas afines, con perfil de formadores que tengan la capacidad de responder con certeza aspectos tan sensibles como lo es la sexualidad y de transmitir los conocimientos a cualquier tipo de joven de pregrado independiente de su campo de conocimiento. La experiencia de estos profesionales de la salud en el abordaje de los temas en torno a la SSYR genera confianza en los jóvenes que reciben educación por ellos lo que favorece además la apertura y aceptación para abordar temas de la sexualidad entre sus pares.	Evcili y Golbasi y cols, 2019 (92), Mason-Jones y cols, 2011 (93), Cupples y cols, 2010 (94), Homøe y cols, 2015 (95), Parwey y cols, 2005 (96) Layzer y cols, 2014 (97)
La estrategia de información y comunicación basada en divulgación de contenido digital diseñado desde la cultura de los	Grose y cols, 2014 (98) Allotey y cols, 2014(99) Jahoda y Pownall y cols,

Teoría del programa refinada	Evidencia científica que la soporta
participantes, costumbres, lógicas y prácticas entorno a la SSYR de los jóvenes en el marco de una política universitaria para la promoción y divulgación de contenido en redes sociales, permite en los jóvenes asumir con mayor responsabilidad la sexualidad en cuanto a que reconoce las condiciones de salud sexual que afectan a la jóvenes y esto le permite mayor autoeficacia y reconocimiento de la importancia del uso del preservativo y métodos de barrera. Las intervenciones estructurales dirigidas a jóvenes universitarios con estrategias de formación, comunicación, servicios y sociocultural, deben contemplar según el contexto, el fenómeno sociopolítico de la movilización social donde los jóvenes, en especial de universidades públicas, asumen un papel activo y protagónico. Estos fenómenos alteran la programación, la planificación, la implementación y la sostenibilidad de las intervenciones y generan inconstancia en el relacionamiento entre los actores claves de la intervención, conllevando a una falta de continuidad en la implementación de las estrategias de comunicación.	2014 (100)
La implementación de estrategias para la distribución de preservativos a jóvenes a través de máquinas dispensadoras en una Universidad debe considerar espacios adecuados para el acceso físico y económico a los preservativos, además deben sumarse otras estrategias de sensibilización a través de bienestar universitario y en efecto cuenta con políticas claras entorno a la salud y bienestar de los jóvenes en la Universidad desde el enfoque de acceso a servicios. La implementación de las maquinas debe ir acompañada de una estrategia de información visual a los estudiantes con mensajes	Parkes y cols, 2005(101) Society for Adolescent Health and Medicine, 2017 (102) Francis y cols, 2016 (27) Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes – Ministerio de Protección Social (103).

Teoría del programa refinada	Evidencia científica que la soporta
dirigidos a disminuir las barreras psicosociales relacionadas con el uso de las mismas, en la medida de lo posible mensajes en los mismos dispositivos que promuevan la confianza y eliminen el estigma social. Esta estrategia de máquinas dispensadoras de preservativo puede promover el uso del preservativo siempre y cuando no existan barreras psicosociales. La distribución de preservativos a través de consejerías a jóvenes universitarios debe considerar en primera instancia un espacio físico amigable, concebido desde una lógica juvenil, diferente a los esquemas tradicionales de los espacios de atención en salud (Ej. lejos del espacio tradicional de cuarto de curaciones o de enfermería), que le permita al joven sentirse cómodo y tranquilo, y segundo, un personal de la salud experto en ITS/ VIH con apertura y lenguaje incluyente que le genere al joven la confianza para aprender el uso del preservativo y acceder a las recomendaciones en salud sexual. El acceso a las consejerías debe estar en un marco de actividades novedosas y culturales (Ej. Campaña de salud) desde el enfoque diferencial y de género que incentive al joven a su participación de forma diferente al esquema tradicional de citas con el personal médico de la Universidad. Este tipo de estrategias incentiva el aprendizaje entorno a las ITS/VIH y conocimientos acerca del uso del preservativo.	
Una estrategia basada en una obra teatral para promover la aceptabilidad, para hablar de sexualidad entre pares, para incentivar al uso de métodos para la prevención del embarazo e intención de protegerse de las ITS, debe considerar aspectos logísticos como: profesionales expertos en artes escénicas, tipo de audiencia, edad, escenografía, tiempo en la formación por los	Noone y cols, 2015 (104) McMahon y cols, 2015 (105) Hillman y cols, 1991(106)

Teoría del programa refinada	Evidencia científica que la soporta
jóvenes pares, guion de la obra teatral, vestuario, sonido entre otros. Los programas que incorporen estrategias lúdicas y culturales deben contemplar la complejidad inmersa en el proceso de implementación dados los recursos físicos y humanos que demanda. La evidencia en torno al efecto de las obras teatrales para desmitificar creencias acerca de la sexualidad y promover una sexualidad segura aun no es suficiente. Se han reportado estudios de efectividad sobre el uso de teatro como herramienta para la prevención de las ITS y embarazo temprano que muestran un impacto moderado. A pesar de la escasa evidencia en torno a las obras teatrales se debe considerar la utilidad de las estrategias pedagógicas mediadas por el arte.	

8.4.1 ¿Qué funcionó de la intervención Preserva?, ¿para quién?, y ¿en qué circunstancias?

Hasta aquí, se ha visto como la teoría inicial del programa inicialmente planteada ha presentado cambios derivados de las explicaciones en torno a los tres ingredientes cruciales de la evaluación realista: contexto (C), mecanismo (M) y resultado (O). Ahora, es meritorio precisar sobre la efectividad de los siete mecanismos causales. Para precisar sobre la efectividad de los mecanismos, se dará respuesta a las preguntas de la evaluación realista ¿Qué funcionó de la intervención Preserva?, ¿para quién?, y ¿en qué circunstancias?

- La intervención Preserva implementada en la sede, logró un acuerdo con el cuerpo directivo de la Universidad para aportar una maquina dispensadora de preservativos y así permitir la instalación total de 3 maquinas dispensadores de preservativos en los tres pisos de la universidad, además se garantizó su mantenimiento y sostenibilidad por la sede.

- Ampliar la contratación de profesores para la electiva en la sede: la demanda promovida por el estudiantado en la asignatura de habilidades para la vida, generó la necesidad de vincular más personal docente para crear otros grupos y poder ampliar la electiva inclusive a la jornada nocturna.
- La posibilidad de obtener créditos académicos en el marco de la formación profesional de los jóvenes a la par con la apropiación de conceptos y habilidades para el disfrute y la vivencia de una sexualidad placentera y segura, pudo influir en los resultados de la intervención. Este aspecto puede ser clave para mantener esta estrategia en los ámbitos educativos.
- Preserva logró promover la disponibilidad de preservativos en la sede a través de los dispensadores y aumentar la accesibilidad de los mismos para los jóvenes universitarios con preservativos a bajo costo. Sin embargo, se requiere un seguimiento y mantenimiento continuo para garantizar la provisión y disponibilidad continua.
- Se logró la articulación de los procesos técnicos y operativos al interior de la Universidad para el abordaje de los jóvenes en las consejerías entre los diseñadores de la intervención y la Unidad de Bienestar Universitario. Sin embargo, una vez los creadores y operadores de la intervención se distancian de la sede, falta más apropiación y empoderamiento de los funcionarios para mantener las diferentes estrategias. Recomendación: invitar los funcionarios desde el diseño de la intervención.
- Se logró una participación amplia de estudiantes universitarios de la sede en la intervención Preserva, favorecido por las actividades prácticas y coordinadas desde el enfoque de derechos, de género y de inclusión.
- Se logró cambiar la percepción por las directivas de la Universidad en torno a la necesidad del cumplimiento de las políticas de Universidad saludable y la vinculación de bienestar en los procesos formativos, por ejemplo, la asignatura electiva de habilidades para la vida.
- El grupo de operadores demostró responsabilidad y compromiso. Los operadores de la intervención representados por estudiantes de último año de enfermería, con el respaldo de

docentes de dicha unidad académica y de la propia sede, favoreció el desarrollo de las actividades según estaban contempladas en el plan de acción.

- La intervención logró aumentar la aceptabilidad y apertura en los jóvenes de la sede Palmira para tratar temas de sexualidad a través de la asignatura recibida del componente de formación.
- Aumento de la autoeficacia entorno al preservativo en los jóvenes universitarios de la sede Palmira: a través del componente formativo entregado en la asignatura de habilidades para la vida, donde se evidenció un empoderamiento para asumir el rol de ser multiplicador de la información
- Se logró mayor reconocimiento de la importancia del uso del preservativo entorno al uso en los jóvenes universitarios de la sede: esto favorecido por las estrategias de comunicación en el campus universitario
- Se aumento el cuerpo de conocimientos entorno a las ITS/VIH y uso del preservativo en los jóvenes beneficiarios de la sede entregados a través de la asignatura y abordado por profesionales especializados del área.

8.4.2 ¿Qué no funcionó de la intervención Preserva?, ¿para quién?, y en qué circunstancias?

- La intervención Preserva no logró aumentar en los jóvenes la frecuencia de uso del preservativo. Probablemente la falta de reforzamiento en el tiempo de las estrategias implementadas, a causa de los movimientos políticos en los cuales participaron los jóvenes y la posterior llegada de la pandemia tuvieron un evidente impacto.
- La estrategia de provisión de preservativos en los jóvenes universitarios con el propósito de que se usara como método para prevenir las ITS/VIH pasa a segundo plano, dado que los jóvenes aun conciben su uso primario para evitar embarazos con pareja estable u ocasional.

- El uso del preservativo con pareja ocasional en jóvenes universitarios no mostró diferencias con el uso en pareja estable, inclusive su cifra para esta población puede estar un poco más baja que con pareja estable lo cual requiere un análisis en las lógicas de la sexualidad de los jóvenes en la actualidad.
- La estrategia de consejería por un médico especialista en medicina familiar no funcionó como parte de las estrategias en el componente de servicios debido a que los diseñadores de la intervención no contemplaron factores logísticos y de recursos en la intervención.
- La intervención Preserva no tuvo un efecto estable en el tiempo dado que el periodo de implementación estuvo interrumpido por factores contextuales ya mencionados y no hubo estrategias de sostenibilidad por los directivos y diseñadores de la intervención.
- Los videos tuvieron baja difusión en redes sociales y no llegaron a toda la comunidad estudiantil debido a falta de estrategias de divulgación por parte de los directivos y operadores de la intervención.
- El enfoque de género implícito en la intervención no tuvo el efecto esperado en la población de hombres y mujeres, se mantiene un patrón social hetero-hegemónico en los jóvenes dado que por un lado los hombres agencian más activamente el preservativo y las mujeres siguen asumiendo el rol de anticoncepción.
- El tiempo para la ejecución de la intervención no se desarrolló como se planificó por los diseñadores y directivos de la intervención e igualmente no se evidenciaron adaptaciones dirigidas a mantener las estrategias propuestas los componentes de la intervención.
- Se mantiene el imaginario de “vergüenza” para el uso de las máquinas dispensadoras por los jóvenes universitarios de Palmira dado a que se mantienen imaginarios de prejuicio social que no se lograron deconstruir con la intervención.

- La formación de 27 jóvenes multiplicadores en promoción de la salud sexual no trascendió en la Universidad debido a que no existió posteriormente un rol claro de los multiplicadores formados para el proceso de replicación entre jóvenes pares por parte de ellos a interior de la sede.
- No se desarrolló la obra teatral propuesta debido a condiciones logísticas, de planificación, financieras y externas no previstas por los diseñadores y directivas, lo que no permitió determinar el efecto de este componente en la intervención.
- El componente de formación tuvo mayor aceptación por parte de los estudiantes de psicología quienes encuentran más afinidad por el tema. Sin embargo, este tipo de intervenciones deben orientarse a todos los estudiantes y privilegiar aquellos que tienen menos probabilidad de obtener información confiable y por tanto con mayor riesgo y/o vulnerabilidad.
- Hubo una baja sensibilización y difusión de los propósitos de la intervención para los jóvenes beneficiarios lo que afectó la comprensión del porque se estaba implementando la intervención Preserva en el contexto.
- Hubo poca retroalimentación acerca de las creencias negativas de los estudiantes en los escenarios de discusión acerca de la sexualidad por parte de los operadores y pares multiplicadores lo que mantuvo algunas conductas y actitudes negativas hacia el preservativo y método de barrera.
- Faltó articulación entre las estrategias planteadas por los diseñadores con los directivos de la institución lo que conllevó que a los estudiantes tuvieran poco tiempo o sobrecarga en sus jornadas académicas.

9 DISCUSIÓN

Con el fin de discutir los resultados, se considera necesario señalar de manera puntual los principales hallazgos de este estudio:

Sobre la teoría del programa

La teoría del programa reconstruida describió cuatro componentes en los cuales se enmarcó las estrategias de intervención. Los cuatro componentes de la intervención Preserva: formación, información y comunicación, servicios y sociocultural, tenían como propósito global en la población de jóvenes universitarios: aumentar el uso frecuente del preservativo, mejorar los comportamientos, las actitudes, la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva, aumentar el asesoramiento en salud sexual, desmitificar creencias e imaginarios alrededor de la sexualidad y los modos de uso del preservativo, y promover la aceptabilidad, la accesibilidad y la disponibilidad de los preservativos.

La reconstrucción de la teoría del programa evidenció que la mayoría de las intervenciones que sustentan el diseño de la intervención preserva (107–113), tienen predominio en estrategias educativas, de interacción con pares y de provisionamiento de preservativos, para aumentar su uso, no siendo claro el sustento para lo sociocultural y las redes sociales.

La evidencia actual disponible en cuanto a teorías de programa para promover el uso del preservativo, se centra en el aumento de los conocimientos en los jóvenes sobre el VIH y a la entrega de preservativos (49,53,51,52,114–116), dejando por fuera el planteamiento de los posibles mecanismos y el contexto que influyen en dichos cambios. Son pocas las teorías de programa enfocadas para salud sexual desde lo sociocultural (104–106) y las redes sociales (97,117), como estrategias que generen cambios en el uso del preservativo. Las teorías existentes, pretenden abordar el fenómeno de forma aislada y la evidencia de efectividad que sustenta dichas intervenciones no logra determinar el efecto.

Lo anterior deja ver una brecha en el diseño de la intervención Preserva al considerar estrategias o abordajes donde aún no hay una sólida evidencia de efectividad. Salazar (61) plantea sobre el diseño de las intervenciones complejas, que se requiere evidencia de su

efectividad la cual es soportada por resultados que frecuentemente son producidos a largo plazo.

Por otra parte, el diseño de las intervenciones en salud sexual, poco alcanzan a impactar la conducta dejando de lado aspectos estructurales importantes como el papel de los tomadores de decisiones, el contexto social, cultural y organizacional.

Una intervención con tales propósitos debe recoger una serie de evidencias de efectividad de estrategias a nivel del individuo, la organización y el entorno que permitan un cambio más allá de la conducta del uso del preservativo, cambios, culturales, políticos y sociales. Las intervenciones tradicionales distan de poder transformar la realidad y la complejidad de este tipo de fenómenos que requieren de intervenciones complejas (118).

A dos décadas del planteamiento inicial por Blankenship (33), las intervenciones estructurales para el uso frecuente del preservativo que son efectivas para los individuos difícilmente se conciben para influir sobre la organización. Esto podría deberse a la pretensión de impactar directamente el contexto del individuo, lo que deja un vacío en el diseño de las estrategias para impactar lo organizacional.

Sobre la relación entre la frecuencia del uso del preservativo y los principales hallazgos.

Las variables predictoras del uso del preservativo como prácticas sexuales, actitudes, conocimiento, aceptabilidad accesibilidad y disponibilidad, ayudaron a la comprensión del uso del preservativo en los jóvenes universitarios que estuvieron expuestos a la intervención.

Aunque la naturaleza de algunas prácticas, actitudes y conocimientos se mantienen en las dinámicas de los jóvenes universitarios, la variación de valores porcentuales no significativa estadísticamente en el proceso cuantitativo, conlleva a la comprensión de que, sin duda, algunos de los componentes de la intervención lograron contribuir al cambio de estas variables. Esa contribución debe ser vista más allá del simple uso del preservativo, así pues, existieron aspectos en donde se hizo evidente la contribución de la intervención, como aspectos en donde aún no varían las dinámicas sexuales de los jóvenes.

Los hallazgos del análisis transversal mostraron que el uso del preservativo tanto en pareja estable (29,5%) como en la ocasional (30,0%) tuvo un comportamiento muy similar y no se diferencian en la frecuencia del uso en personas expuestas y no expuestas a la intervención. Estos hallazgos se ubican por debajo de los resultados en el porcentaje de uso del preservativo descritos por Bryan y col (48), Calderón y col (50), Downs y col (54), Exner y col(49), Mmbaga y col(53), Mogro-Wilson (52), Morales (51), para grupos expuestos a una intervención donde variaron entre 53% y el 68%, para los grupos no expuestos a la intervención variaron entre el 43% y el 50%. Macaluso y cols (119), describen que el tipo de pareja sexual juega un papel importante en la determinación de la consistencia en el uso del preservativo. Los autores plantean que cuanto mayor es la distancia afectiva entre los miembros de la pareja, menor es el uso de preservativo. Este fenómeno conlleva a que al conseguir una pareja estable se desplace el preservativo y se evidencie un incremento en los embarazos y ITS. Este problema puede representar un desafío importante para los programas de intervención de ITS y VIH destinados a lograr el uso constante e incondicional del preservativo con todas las parejas.

Las razones principales por las cuales los jóvenes usan preservativos, están relacionadas en menor medida a evitar las ITS/VIH, pero una razón sustancial en las narrativas y en la evidencia es porque ayuda a evitar embarazos no deseados (120).

Con respecto al género, en los hombres hubo 1,5 veces la oportunidad de usar siempre el preservativo con respecto a las mujeres. Los datos de este estudio son similares a los resultados descritos por Chamorro y cols (121) en una población latina donde los hombres mostraron 2,89 veces la oportunidad de usar siempre el preservativo con respecto a las mujeres. Este aspecto marca una pauta interesante a la hora de establecer análisis de las lógicas del uso del preservativo para hombres y mujeres. Manning y cols (122) consideran que a pesar de los incesantes esfuerzos para que la práctica del uso del preservativo se reconozca tanto en hombres como mujeres, sigue estando el hombre cultural y socialmente vinculado con el uso.

Con respecto a las prácticas sexuales en los jóvenes, el uso del preservativo con parejas ocasionales mostró que los jóvenes tienen entre un 52% y 98% menor oportunidad de su uso, un valor semejante a los reportados por Ríos y cols (123), para población latinoamericana con un 43% menor probabilidad de uso y diferentes a otros contextos como los planteados por

Fridlund (124) en Suecia en donde para jóvenes con prácticas sexuales con pareja ocasional hubo entre 1,71 y 2,32 veces la oportunidad para usar el preservativo.

La práctica sexual predominante en los jóvenes fue Pene - vagina en donde posterior a las intervenciones en los jóvenes hubo 2,85 veces la oportunidad de uso del preservativo. Estos resultados mantienen la tendencia de los valores según autores como Garrido y cols (22), Hensel y cols (125), y Blanc y Rojas (126) en donde el uso del preservativo en la práctica pene – vagina se ubica entre un 1,03 y 1,95 veces la oportunidad de uso. Para el contexto colombiano, según Vinaccia y cols (127), esta práctica representa el 93,3% de los jóvenes escolarizados.

A pesar que la práctica pene - vagina sigue siendo la más común, el 56% de los jóvenes expuestos a la intervención, consideran que el preservativo debe usarse para las prácticas sexuales buco-genitales. Estos valores se ubican por encima a los reportados por Vinaccia y cols (127) en un estudio en población joven escolarizada para Colombia en el 2007 donde se encontró un reporte de uso del preservativo en las prácticas sexuales buco-genitales en un 9,1% y a los valores de reportados por Stone y cols (128) en población inglesa escolarizada para el 2007 con un reporte de uso del preservativo en las prácticas sexuales buco-genitales con el 17%. No obstante, los resultados en cuanto a la práctica sexual buco-genital son bajos comparado con otros contextos a los resultados planteados por Fridlund y cols (124) en Suecia, donde el uso del preservativo para práctica oral con pareja casual se ubica en 1,71 veces la oportunidad de uso.

Dentro de los hallazgos, para las razones de no uso del preservativo, la disminución de la sensibilidad como razón, mostro el 96% menor oportunidad de usarlo, hallazgo diferente a lo reportando por Farrington y cols (129) en el contexto de la ciudad de Nueva York, en donde la disminución de la sensibilidad están dentro de las causas de menor frecuencia con un 48,2%. En cuanto al no uso por excitación en los jóvenes universitarios, mostro un 97% menor oportunidad de usar siempre el preservativo, valor similar a lo reportado por Johnson y cols (130) en jóvenes universitarios donde reportaron el 83% menor oportunidad de usar el preservativo con su pareja frecuente. En el mismo sentido, los jóvenes desplazan el preservativo cuando se usa un método de planificación, concibiendo el preservativo para solo una de sus funciones. Los jóvenes de esta investigación tienen 96% menor oportunidad de uso del preservativo porque usan otros métodos. Valencia y cols (2), encontraron que el 57,1% de los jóvenes desplazan el uso del preservativo por usar otro método anticonceptivo, con mayor desplazamiento por la mujeres.

Con respecto a la intención de uso del preservativo la cual predice de manera importante su uso durante las relaciones sexuales, los jóvenes que portan entre uno, dos o más preservativos, tienen entre 1,75 y 2,08 veces la oportunidad de usar siempre el preservativo, al respecto Valencia y cols (131) plantean la no intención de uso con la pareja habitual como un factor de riesgo y se explica con 1,78 veces la probabilidad de no uso del preservativo.

Para las actitudes hacia el preservativo, el gusto por el preservativo tuvo 3,03 veces la oportunidad de uso, un valor ideal para esta población comparado con los valores reportados por Mirabal Nápoles y cols (132) y Soto (133), en jóvenes universitarios latinoamericanos donde entre un 11% y 12 % no les gusta usar el preservativo.

En cuanto a los hallazgos en la categoría de aceptación del uso del preservativo, los jóvenes que consideran que es difícil sugerir el uso del preservativo a la pareja, tienen el 59% menos oportunidad de uso. Los hallazgos de Reynaga (134) en una comunidad de jóvenes latinoamericanos concuerdan con los datos obtenidos donde el 55,9% de las mujeres y el 44,6% de los hombres tienen menos oportunidad en el uso del preservativo cuando no existe facilidad para abordar el tema con la pareja.

La estrategia de máquinas dispensadoras al interior de la Universidad favoreció que los jóvenes puedan tener preservativos disponibles justo antes de las prácticas sexuales. La disponibilidad de estas máquinas promovió 2,03 veces la oportunidad de uso del preservativo en los jóvenes. Los hallazgos de Velásquez (135) y Mejía (45) en población de universitarios en Colombia y López (136) para universitarios en México, muestran que entre el 38% y 56,1% de los jóvenes tienen disponible el preservativo antes de la relación sexual. De la misma forma, Charania (32) y Francis (27) plantean que aquellas intervenciones que se enfocan en aumentar la disponibilidad o accesibilidad a los preservativos en grupos pequeños o comunitarios, junto con la distribución de preservativos, demuestran ser eficaces para aumentar los comportamientos de su uso.

De otra manera, la percepción de falta acceso por los preservativos es alta, esto puede asociarse a la dificultad percibida por factores sociales, culturales y a la falta de reconocimiento de la presencia de máquinas en el campus, aspecto a analizar dentro de las estrategias de promoción y divulgación con los directivos de la intervención y directivos institucionales. De

igual forma los jóvenes también adquieren los preservativos en farmacias y droguerías. Esta investigación mostró que las estrategias de accesibilidad y disponibilidad del preservativo definen la intención del uso y la portabilidad de preservativos, pero difícilmente se encuentra una relación de esa intención con el uso.

A pesar que la frecuencia de uso sigue siendo aspecto de análisis, se ha avanzado en el indicador de la aceptabilidad al preservativo. Las narrativas de los jóvenes dejan ver que existe hoy día una mejor idea de la necesidad de uso del preservativo, de aceptación del mismo, que, aunque en una baja proporción, los jóvenes aún les da pena o sienten vergüenza a la hora de sugerirlo. Existe en los jóvenes una idea de “oportunidad” en la práctica sexual y el preservativo podría ser concebido como una barrera de la practica sexual, más que un facilitador de una práctica sexual sana.

Sobre las relaciones entre el contexto, los mecanismos y los resultados producidas por la intervención Preserva

El componente de formación generó cambios en torno a la aceptabilidad y apertura para hablar de sexualidad, así como mejoró la capacidad de autogestión para el uso del preservativo. Los contextos que mediaron sobre estos cambios estuvieron alrededor de la existencia previa de una asignatura de habilidades para la vida en la Universidad, con abordajes en SSYR y desde la formación de jóvenes como pares. Los mecanismos que se activaron bajo este contexto de formación fue la confianza, el interés y el empoderamiento.

La evidencia empírica ha demostrado que la aceptabilidad del preservativo es un predictor significativo de las conductas de intención de uso de los dispensadores de preservativos (27). Story y cols (137) respalda este planteamiento al considerar que la educación sexual actúa como un contexto facilitador y reforzador de conductas y comportamientos protectores en el desarrollo de la sexualidad así como también reconoce que la interacción educativa por pares facilita la adquisición de conocimientos y actitudes.

El que los jóvenes puedan actuar entre pares en medio a un tema tan complejo como la educación sexual es apropiado dado que aún existe muchos imaginarios punibles al abordar el tema. A pesar que la evidencia ha mostrado que el comportamiento sexual de riesgo se reduce en personas que han participado en programas de intervención dirigido por pares (138), el

desarrollo de estos espacios educativos con figuras de autoridad no ha mostrado buenos resultados. Los enfoques de empoderamiento de los estudiantes para el desarrollo de programas pueden ser más eficaz al permitir que los estudiantes desarrollen la misma programación de la intervención de forma personalizada. La norma social entre universitarios puede variar, por tanto, se requieren programas creados por jóvenes para audiencias específicas (137).

La confianza y el empoderamiento como mecanismos fueron dos elementos clave que promovieron cambios en la autogestión entorno al preservativo en la intervención Preserva. Estos mecanismos se sustentan desde la conducta, dado que, el cambio es más probable que ocurra si el individuo tiene una fuerte intención de realizarlo, tienen habilidades necesarias y si no existen restricciones ambientales que impidan el desempeño (139). Estos mecanismos se ubican en los planteamientos de Wulfert y col (140) que explica como la autodeterminación entorno al preservativo, el grado de confianza en las habilidades en el uso, su comportamiento entre pares y el conocimiento acerca de las ITS/ VIH, son factores que juegan un papel significativo en la autoeficacia y que pueden conllevar a un cambio sostenible en el comportamiento del preservativo.

El componente de servicios generó cambios en torno al uso de dispensadores y al aprendizaje entonos las ITS/VIH y conocimientos acerca del uso del preservativo. El cambio en el uso del dispensador estuvo influenciado por los prejuicios sociales y la desinhibición para adquirir preservativos por el género masculino. Los contextos que mediaron sobre estos cambios estuvieron alrededor de las antiguas creencias acerca del preservativo y el abordaje del tema de la SSR en la Universidad.

La creencia que tenga un joven acerca de su capacidad para el manejo del preservativo, afecta lo que ellos escogen hacer, el esfuerzo que deben emplear, que tanto podrían soportar las dificultades que emerjan en la acción. Cuando un joven pierde la sensación de autoeficacia en el uso del preservativo, no podrá manejar la situación efectivamente (141). Los anteriores rasgos se evidencian en el modelo de creencias en salud. El modelo de creencias en salud en torno al preservativo establece que los predictores significativos de uso están en medio de los beneficios percibidos, las barreras encontradas y los conocimientos adquiridos (142).

El contexto de las creencias y los imaginarios sociales en torno al preservativo en la intervención Preserva, afianzaron los mecanismos de perjuicio social, señalamiento y

vergüenza los cuales limitan o actúan como barreras para el acceso al preservativo. Estos mecanismos influyen estructuralmente en el uso del preservativo. La discriminación basada en género se ha perpetuado y aquellos ascendentes sexistas con respecto al uso del preservativo, están influenciadas por la norma social y la cultura. Farrington y col (129) , argumenta que el prejuicio social es una actitud negativa sobreaprendida de los sujetos hacia un grupo en cuestión y se proyecta en una discriminación pública directa. Por otra parte Berges y cols (143) plantea que cuando hay reconocimiento social de que una persona está involucrada en actividades sexuales o porta un preservativo, esto puede recrear un ambiente de prejuicio y por ende vergüenza. El modelo de comportamiento planificado planteado por Ajzen (144) interpreta estos planteamientos sobre la influencia de la vergüenza en el uso del preservativo para la población de universitarios al determinar que al existir percepciones de los pares sobre la conducta, estas influyen sobre la intención de la realización y posteriormente afectan el desempeño que sería el obtener el preservativo.

El cambio en la disponibilidad a los preservativos fue un aspecto relevante en los hallazgos de esta intervención. Este cambio permite evidenciar que la intervención Preserva logró influir en el contexto en donde se produjo el programa. A propósito de esto Blankenship (145), Charania (32) y Francis (27) ratifican que las intervenciones basadas en disponibilidad en lugar de invitar u obligar a las personas a realizar comportamientos saludables, cambian el contexto dentro del cual la persona toma decisiones relacionadas con la salud al proporcionar los medios que hace más difícil participar en la conducta de riesgo. Las intervenciones dirigidas al individuo y a la organización enfocadas en la distribución de preservativos demuestran ser eficaces para aumentar los comportamientos del uso correcto y frecuente del preservativo. (27,32,35)

Los cambios producidos en la intervención relacionados con los conocimientos acerca de las ITS/VIH estuvieron influenciados por el interés e involucramiento de los jóvenes en el tema de las SSR. El entorno de la intervención Preserva desde el proceso formativo en SSR y desde un escenario diferente para la comprensión de la sexualidad, jugó como un contexto facilitador para el involucramiento de los jóvenes. A propósito de estos hallazgos, Fishbein (139), plantea que el entorno juega un papel importante en determinar si una persona realiza un comportamiento en particular, por tanto, si no están dadas las condiciones físicas, ambientales o sociales es menos probable que se realice un comportamiento, en consecuencia, cuanto más este motivado un joven en realizar un comportamiento específico más presión social sentirá. La mayor participación de hombres en la intervención podría sustentarse desde lo planteado por

Siraj y cols (146) al describir que los hombres se caracterizan por la búsqueda de sensaciones y el comportamiento de toma de riesgos en comparación con las mujeres. Así mismo, Yu y cols (147) plantean que los adolescentes con mayor conocimiento sobre el VIH tienen mayor autoeficacia para usar preservativos, y aquellos con mayor autoeficacia tenían más probabilidades de usar preservativos al tener relaciones sexuales.

El componente de información y comunicación promovió un mayor reconocimiento de la importancia del uso del preservativo. Los contextos que mediaron sobre estos cambios estuvieron alrededor de las redes sociales como canales de aprendizaje e interacción. Los mecanismos que se activaron bajo este contexto de información fue la conciencia acerca de la proximidad de los problemas reales en SSR de la cultura regional.

Las redes sociales pueden facilitar el aprendizaje e interacción social para los jóvenes universitarios constituyendo así un factor contextual importante para el desarrollo de la autogestión de la información y la capacidad de comprender los procesos cotidianos que explican los comportamientos de los sujetos. Investigaciones realizadas por Wang y cols (148), Bull y cols (149) y Gabarrón y Wynnn (150) entorno al uso de redes sociales para promover el uso del preservativo, han evidenciado aumento en el uso y disminución de comportamientos de riesgo para las ITS/VIH.

La afinidad de los jóvenes por los medios y redes sociales, brinda nuevas oportunidades educativas para aumentar la conciencia sobre las consecuencias de los comportamientos sexuales de riesgo, promover prácticas sexuales responsables y promover la comunicación asertiva entre pares, además de establecer el uso de preservativos como una norma social (148,150,151).

El reconocimiento de la importancia del uso del preservativo estuvo influido por la conciencia como parte de los valores y normas de los participantes de la Intervención Preserva. Fisher y Fisher (152) plantean que la información, la motivación y las conductas son fundamentales en los comportamientos preventivos del VIH. Así mismo Schwartz (153), apunta que las normas personales influyen en los efectos de otras conductas sobre el uso del preservativo. La conciencia sobre el comportamiento sexual se refleja en el sentimiento de obligación moral de tener prácticas sexuales más seguras debido a la preocupación por el bienestar de las parejas (154) .

10 CONCLUSIONES

Las conclusiones se orientarán a establecer de forma sucinta, como funcionaron o no los componentes de la intervención Preserva.

Para intervención Preserva no se evidenció un incremento en el uso del preservativo y métodos de barrera por los jóvenes universitarios lo que podría explicarse en primera instancia al tiempo de la intervención, dado que los cambios en las conductas y comportamientos necesitan de mayor tiempo para incorporarse y segundo al reforzamiento, puesto que se requiere de refuerzos y sostenibilidad de las estrategias de los componentes de las intervenciones para generar cambios. Los esfuerzos de las intervenciones por construir identidades significativas para la autoeficacia en el uso del preservativo y métodos de barrera son complejos y continuos.

La asignatura de habilidades para la vida dictado por profesionales del área de la salud y direccionado a jóvenes universitarios, promovió confianza entre los jóvenes que recibieron la formación. La confianza se atribuyó al perfil de los estudiantes futuros profesionales y docentes del área de salud que impartieron el curso, por su idoneidad. Además, la posibilidad de recibir este tipo de información e interactuar con otros "PARES", que previamente habían recibido un curso de "formación de formadores" generó gran confianza entre los beneficiados de la intervención. Esta metodología de Pares ha tenido un gran sustento y efectividad a lo largo de los últimos años por lo cual sigue vigente en los programas de salud sexual y reproductiva.

El mecanismo de confianza, desencadenó cambios en dos aspectos. Primero en los jóvenes que asistieron al curso de multiplicadores, dado que en ellos, sus narrativas declaraban mayor aceptabilidad y apertura para hablar de sexualidad y esto asociado a lo aprendido en el curso y segundo en los jóvenes no multiplicadores pero beneficiarios de la interacción con los multiplicadores, dado que este grupo manifestó haber recibido acompañamiento y orientación que les generó mayor desarrollo de las habilidades requeridas para la vivencia de la sexualidad incluida una mejor actitud y aceptabilidad en el uso preservativo.

La asignatura de habilidades, preexistente en la Universidad donde se realizó la intervención, tuvo un reconocimiento en créditos académicos y estaba vinculado al currículo de la universidad regional. El contexto de la asignatura se enmarcó en la Política Institucional de "Universidad Saludable" y las líneas de acción: Salud Mental, Física - Sexualidad Humana, Salud Social,

Salud Ambiental y Generación del Conocimiento. La política se centró en la construcción de una institución que educara, promocionara y propiciara el fortalecimiento de entornos y una cultura del cuidado de la salud en la Comunidad Universitaria, con el fin de favorecer el desarrollo humano, el mejoramiento de la calidad de vida y potenciar la formación integral. De este contexto se infiere que se propició el acercamiento previo al tema de la salud sexual y reproductiva en los jóvenes participantes. Los jóvenes formados con perfil de pares multiplicadores demostraron interés y empoderamiento para asumir el rol de pares replicadores de información a los compañeros universitarios. Tanto los jóvenes multiplicadores como los jóvenes beneficiarios de la interacción con sus pares, describían en las narrativas tener una mayor autoeficacia y mayor capacidad de autogestión entorno al uso del preservativo.

Los jóvenes universitarios beneficiarios de la intervención tenían creencias preconcebidas e imaginarios sociales acerca de la sexualidad y del uso del preservativo. Los imaginarios de los jóvenes estaban basados arraigos culturales, religiosos, comportamientos sociales de amigos, familiares y compañeros. Los preconceptos de los jóvenes influyen en la movilización de prejuicios sociales, con actitudes de señalamiento y de vergüenza, aspecto explícito en las narrativas de los actores involucrados en la intervención, desde los informantes clave, los jóvenes, directivos y operadores de la intervención.

Aun con la presencia de los prejuicios en las dinámicas de los jóvenes, el acceso y la disponibilidad de los preservativos en los dispensadores fue un aspecto notorio de la estrategia de intervención, tanto en las narrativas de los jóvenes acerca del uso de las máquinas dispensadoras como en el uso del preservativo, sin embargo, persisten los prejuicios para el uso de los dispensadores en el campus universitario. De igual forma la opinión de los jóvenes frente a la ubicación inicial de los dispensadores (a las afueras de los baños) fue clave para reorientar la misma, dado que mientras no exista una cultura de acceso al preservativo independiente de los preceptos de género, la ubicación en un lugar menos visible (dentro de los baños) promovió un mejor uso.

Hubo participación de los jóvenes a las actividades programadas. La estrategia planteada de movilizar 3 grupos de estudiantes para la conformación de stands con temas de: derechos sexuales / prácticas sexuales, uso correcto del preservativo, y mitos alrededor del uso del preservativo, generó expectativa en los estudiantes y en especial en los hombres lo que condujo a un mayor interacción y desinhibición para participar de las actividades planeadas y

más interés en acceder al preservativo. Las estrategias planteadas se reflejaron en las narrativas de los estudiantes a través del cambio de la percepción acerca del uso del preservativo e incremento del cuerpo de conocimientos acerca de las ITS/VIH.

Del componente de información y comunicación, los actores clave de la intervención conciben que las redes sociales al interior de la Universidad fueron canales importantes para el aprendizaje y la interacción de los estudiantes entorno a la importancia en el uso del preservativo. La reproducción del contenido digital con 7 video clips como: “rompiendo mitos”, “kit de protección”, “quien se cuida más”, “hagamos un trio”, “tomarías el riesgo”, “déjate de cuentos”, y “compañero estable”, promovió actitudes positivas y ganancia de habilidades en el uso del preservativo y capacidad de negociación y aceptación entorno al uso. A través del contenido digital, en los jóvenes se evidenció más conciencia acerca de la problemática real entorno a la SSR en el contexto donde se encuentra el estudiante con especial comprensión de su cultura regional. En los relatos de los jóvenes, se evidencia más conciencia y apropiación de las situaciones y vivencias de sus compañeros y de las lógicas de relacionamiento entre jóvenes, reconociendo la importancia del uso del preservativo.

Los factores sociopolíticos y de recurso humano fueron una barrera para el desarrollo del componente de formación y el componente sociocultural. En paro nacional como contexto sociopolítico generó inconstancia y promovió la falta de relacionamiento en tres los jóvenes beneficiarios de la intervención y los operadores de la misma. Este aspecto limitó la secuencia de las acciones programas y la planificación de las estrategias primarias y reforzadores de la intervención.

Desde el recurso humano de la intervención, el fallecimiento de un docente que formaba parte del grupo del componente socio cultural, limitó el desarrollo de la obra de teatro y esto promovió un mecanismo inesperado en la logística, en la planificación, en los aspectos financieros y condiciones externas no previstas por los diseñadores y directivas, lo que no permitió determinar el efecto de este componente en la intervención.

En el mismo sentido, no se logró el aprestamiento de un consultorio adecuado para los procesos de consejería, principalmente por factores financieros, que conllevó a una baja asistencia a las consultas personalizadas y a una falta de vinculación de un médico familiar como se tenía previsto. Sin embargo, es meritorio reflexionar sobre el papel de las políticas

regulatorias y normativas del sistema de salud en Colombia, las cuales, desestiman la oferta de servicios de salud en el interior de los campus universitarios, dado que toda la obligatoriedad en la prestación de los servicios, incluso los de promoción de la salud y la detección temprana, está dada a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS). Las Universidades asumen una conducta discreta en la oferta de consultas médicas, dado que podría generarse una alta demanda de recursos e insumos que le competen a las EPS y no a la Universidad. No obstante, podría ser útil coordinar con las EPS el trabajo en red que siempre le favorecerá por el logro de indicadores de atención en las actividades de intervención a colectivos e individuos; del mismo modo la Universidad se beneficia al tener una población saludable.

Si bien las estrategias de la intervención Preserva lograron cambios a nivel individual, las estrategias emprendidas no fueron suficientes para generar cambios a nivel institucional. Como bien plantea Francis (27), la gestión de las intervenciones se reduce en un cambio del comportamiento que, con dificultad, modificará el contexto político de la salud.

10.1 Consideraciones finales

Los resultados de esta investigación han permitido conocer otra forma de determinar la efectividad de las intervenciones en salud pública. El método tradicional o causalista epidemiológico nos ha llevado a establecer relaciones causales unidireccionales que distan de la comprensión de la complejidad que envuelve las intervenciones en salud. El entramado estructurado y funcional que tienen las intervenciones en salud requieren de abordajes evaluativos más complejos que permitan no solo dar cuenta de si una intervención fue efectiva o no para ver cambios en una variable desenlace o si una intervención genera cambios a corto, mediano o largo plazo. La Evaluación Realista, como es el caso de esta investigación, permitió la apertura de la caja negra de la intervención, develando los contextos y los mecanismos que afectaron los resultados y que desde el enfoque empírico - positivista hubiese sido difícil explicar.

No existen parámetros únicos para el desarrollo de la Evaluación Realista. El método mixto planteado configuró un escenario que tributó de forma significativa sobre la Evaluación Realista, brindando los elementos necesarios para poder responder a estas preguntas como; ¿Qué funcionó de la intervención preserva?, ¿para quién?, y ¿en qué circunstancias?

La intervención evaluada en esta investigación recogía una complejidad más allá del proceso de implementación, una complejidad de la naturaleza de las dinámicas de los jóvenes entorno a la salud sexual y reproductiva. Los jóvenes están inmersos en escenarios de diversidad social que influyen sobre su comportamiento y sobre las decisiones que toman para su vida. Las intervenciones que abordan la salud sexual y reproductiva en estos jóvenes pretendiendo generar cambios en sus comportamientos, se enfrentan a una tarea difícil que requiere la comprensión de factores contextuales políticos, económicos, culturales, religiosos y la comprensión de los mecanismos situacionales, de acción y de transformación que generan dichos cambios.

Esta investigación permitió aportar desde lo empírico, lo teórico, lo metodológico y lo epistemológico a la comprensión refinada de las relaciones causales en el uso del preservativo en jóvenes universitarios descritas desde un enfoque realista, lo cual permite abrir la puerta al mejoramiento de diseños de intervenciones dirigidas a los jóvenes en la salud sexual y reproductiva y a evaluar dichas intervenciones desde la complejidad con que se conciben.

10.2 Implicaciones de los resultados de la investigación para la salud pública

Existe suficiente evidencia que determina el papel fundamental del preservativo para la prevención del embarazo no deseado en la adolescencia y la prevención de las ITS/VIH. No obstante, la evidencia de la efectividad de las intervenciones estructurales para promover el preservativo es baja. Los resultados de esta investigación aportan una nueva forma de evaluar la efectividad de las intervenciones estructurales, entendiendo como la interacción entre el contexto y el mecanismo, influyen en la adopción de la conducta relacionada con la salud sexual.

Los resultados de esta investigación deben servir de base para la construcción de estrategias en torno a la disminución del embarazo no deseado y las ITS/VIH en adolescentes y jóvenes universitarios, las cuales deben ser una prioridad en la agenda legislativa para el distrito especial de Santiago de Cali y para el país. Los resultados de esta investigación brindan aportes significativos que pueden generar impactos desde:

- El retorno de los principales hallazgos de esta investigación a los tomadores de decisiones

- Estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a jóvenes que permitan el desarrollo de competencias cognitivas y sociales, que promuevan la sensibilización y autoeficacia en salud sexual en escenarios de la vida diaria.
- Coordinación intersectorial e interinstitucional donde no solo converjan acciones desde el sector salud si no también desde el sector de cultura y el deporte que les permita adoptar a los jóvenes mejores estilos de vida o estilos de vida saludables. Todos los actores del estado y sociedad civil deben adoptar un papel activo en función de una agenda común que le permita a los jóvenes beneficiarse de acciones estratégicas y globales dirigidas a la salud integral.
- Participación comunitaria con el propósito que las estrategias sean pensadas desde y para los jóvenes, considerando la estrategia de formación por pares como un elemento crucial para el empoderamiento y construcción colectiva de sus necesidades en SSYR.
- Participación de jóvenes en todas las etapas de las intervenciones en SSYR desde el diseño hasta la evaluación
- Establecer diálogos en las mesas de SSYR para determinar el alcance de este tipo de intervenciones entre la Universidad – empresa – estado.
- Fortalecimiento de las redes de apoyo como insumo sustancial para promover la confianza y la capacidad de manifestar y enfrentar situaciones complejas. El contexto de la SSYR trata de proveer habilidades que le permitan generar actitudes y prácticas para un disfrute de una sexualidad saludable.
- Fortalecimiento de la investigación, que permita trascender de la información con indicadores de suficiencia y cobertura, emprendiendo acciones hacia la comprensión de las lógicas situacionales del uso del preservativo en jóvenes y adolescentes en el curso de vida desde lo económico, lo cultural, con especial acento en el acceso y la calidad de los servicios de salud.
- Estrategias interinstitucionales para la implementación de estrategias evaluativas de los programas en SSYR.

10.3 Fortalezas y limitaciones

Este estudio contó con una sólida reflexión teórica y metodológica en el campo de la Evaluación Realista. El enfoque de la Evaluación Realista es una herramienta poderosa para la interpretación de lógicas causales en intervenciones en salud. Si bien, esta investigación tuvo

un enfoque iluminativo desde el realismo crítico, hizo uso de los métodos mixtos bajo la lógica de la complementariedad de la información cualitativa y cuantitativa para hacer un análisis profundo de un fenómeno complejo en salud como el uso del preservativo y los métodos de barrera.

El procesamiento cuantitativo y cualitativo tuvo rigor en todas las etapas del proceso metodológico, tanto en el proceso de la regresión logística multivariada, como en el proceso de configuración de los C+M=O y el proceso de análisis de complementariedad de la información. Desde donde se conoce, este estudio es único en el evaluar la efectividad para el uso del preservativo en jóvenes desde un enfoque realista. Igualmente, en el desarrollo de este proyecto se realizó una revisión sistemática de la literatura que garantizó un cuerpo teórico y empírico para el análisis completo de este fenómeno y el investigador principal adoptó el conocimiento del enfoque realista a través de un curso “Realist Research and Evaluation” con la Universidad Charles Darwin de Australia.

Si bien, esta investigación se abordó desde un paradigma diferente al tradicional positivista, el cual contempla una visión del “control de sesgos”, este concepto es incompatible con los fundamentos filosóficos de la investigación que hace uso de métodos cualitativos (155), por tanto, para dar alcance a los aspectos que posiblemente distorsionan los resultados, se consideraron las limitaciones de este estudio teniendo en cuenta las imprecisiones de tipo metodológico y en el análisis de los resultados.

De igual forma, como se explicó anteriormente, para el rigor científico de esta investigación se consideraron los criterios de calidad científica para estudios cualitativos descritos por Guba y Lincoln (89) y los criterios de rigor metodológico planteados por Bardín (79),

En cuanto a las limitaciones, desde lo político social, dos fenómenos influyeron de forma drástica y significativa sobre el desarrollo de la investigación. En primera instancia, las protestas en Colombia en el 2019, 2020 y 2021, en el marco del paro nacional, impidieron tanto el desarrollo de la intervención en terreno como el desarrollo de las actividades inherentes a la evaluación de los procesos, debido a la falta de acceso al espacio físico y a la falta de garantías en seguridad para un adecuado proceso investigativo, lo que conllevó a hacer ajustes sobre el diseño de la evaluación y a un fenómeno de intermitencia y dependencia de factores externos para la continuidad del proceso investigativo. Así mismo el fenómeno de la pandemia afectó la

posibilidad de trabajo de campo debido al aislamiento preventivo obligatorio lo cual conllevó a la necesidad de hacer ajustes en el diseño de la evaluación en especial sobre el componente etnográfico.

En el proceso de selección, hubo limitaciones en la recolección del tamaño de muestra dado el fenómeno de la pandemia. La forma de recolección de la muestra fue por internet lo que resultó dispendioso para alcanzar el tamaño esperado y existió un alto porcentaje de no respuesta, lo que conllevó a un tiempo superior a lo estimado para cumplir con el tamaño calculado.

No fue posible realizar una medición de comparación con poblaciones de otras comunidades educativas o sociales a través de estudios experimentales aleatorizados, por tanto, la selección de las personas expuestas no fue aleatoria. Los jóvenes que participaron en la formación de multiplicadores como en las actividades de replicación y en general actividades educativas, pudieron ser jóvenes que muestran alguna afinidad por el tema ya sea porque asumen más con mayor autonomía las decisiones o porque por el contrario tienen mayor conocimiento o prácticas sexuales preventivas.

Las limitaciones con respecto a la información o medición de los grupos que estuvieron expuestos o no a la intervención, Preserva tubo como propósito inicial la entrega de los componentes a toda la población universitaria sin criterios específicos para grupos particulares. Secundariamente la intervención en el componente de formación, se direccionó a un grupo de 20 estudiantes quienes tendrían el papel de replicadores. Así entonces, la intervención preserva no tuvo un núcleo específico de personas expuesta a la intervención y un grupo de personas control. Para controlar este aspecto se establecieron preguntas clasificadoras para determinar la exposición del estudiante a la intervención Preserva. Las preguntas no pretendían determinar la magnitud o grado de la exposición a la intervención, pero si diferenciar un grupo de personas que hubiesen estado por lo menos en 2 componentes de la intervención, diferenciándolo de las personas que participaron de forma mínima. En el grupo de jóvenes que contestaron por lo menos una pregunta que representaba un componente, no se pudo determinar o garantizar durante la evaluación que estuviera libre de contaminación por cualquier componente de la intervención, influyendo significativamente sobre la reflexión fundamental de efectividad en la intervención Preserva.

La exposición de la intervención se validó en los grupos focales realistas con jóvenes que habían estado expuestos a la intervención y jóvenes que no estuvieron expuestos. Los grupos

focales realistas y las entrevistas realistas se realizaron de forma remota debido al fenómeno de la pandemia, lo que requirió el apoyo de las tecnologías de la información y comunicación (TICS), a través de plataformas digitales. La convocatoria a participar de los grupos focales realistas o a la entrevista realistas tuvo limitantes por el bajo interés de participar en especial por el grupo de estudiantes, lo que requirió varios grupos focales a fin de alcanzar la saturación de los datos y los objetivos propuestos.

Durante la recolección de los datos en los grupos focales y entrevistas realistas pudo existir limitaciones de información debido al encuestado, esto dado por factores como olvido, confusión, desconfianza, incompreensión de los participantes. Este aspecto se controló a través de guiones de entrevista validados que permitieron en todo momento centrar la participación de los actores a la necesidad de evaluación de la intervención.

Dado que el uso frecuente del preservativo en la población de jóvenes universitarios tiene un comportamiento diferencial en hombres y mujeres, para determinar los factores relacionados con el uso del preservativo en el modelo explicativo, la inclusión y exclusión de variables estuvo mediada por el criterio del investigador y ajustado por la variable sexo, esto con el fin de que los resultados del modelo de regresión no se interpretaran de forma confusa.

Si bien, la naturaleza de este estudio desde el paradigma realista contempla una reflexión acerca de la efectividad más allá de la evaluación pre y pos intervención, la falta de una medición pre, intervención deja varios interrogantes de los hallazgos del componente cuantitativo puesto que un modelo transversal como el que se aplicó en esta investigación a pesar de ser realizado con todo el rigor, no es suficiente para explicar los resultados encontrados en las configuraciones ICMO.

El proceso inicial de la evaluación de la intervención, logró tener un acercamiento a terreno a través de la observación no participante bajo el enfoque etnográfico, pero dada la situación del asilamiento preventivo obligatorio no se pudo dar continuidad a la observación y a la sistematización de la información a través de bitácoras de observación de campo.

En cuanto al cuestionario, si bien 677 resolvieron el cuestionario del componente cuantitativo, más del 50% del potencial poblacional a encuestar dejó el cuestionario incompleto. La extensión por el número de preguntas del cuestionario fue una de las razones de no respuesta

entre los jóvenes, aspecto que hizo que el tiempo de recolección de la muestra fuera mayor a lo planeado.

10.4 Futuras investigaciones

Para futuras investigación alrededor del tema de la evaluación de la efectividad del uso del preservativo se recomienda en primera instancia, aumentar la evaluación a los actores institucionales u organizacionales, que le permita al evaluador tener una visión más amplia de cómo las intervenciones generan cambios organizacionales.

Se recomienda realizar una evaluación multinivel que permita conocer el efecto de esta intervención no solo a nivel individual, si no a nivel familiar y organizacional.

Se recomienda ampliar el enfoque evaluativo de las próximas intervenciones en salud sexual, hacia la evaluación de la implementación, que permita valorar las pretensiones iniciales del programa y verificar la fidelidad con que las acciones programadas se cumplen.

Se debe determinar el alcance de la política pública en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes a través de una evaluación que dé cuenta en que aspectos de la salud sexual impacta en los jóvenes y en qué aspectos no, a fin de poder generar reflexiones en torno a la pertinencia de dichas políticas.

Se debe propiciar un espacio de reflexión crítica y aprendizaje de la evaluación realista como paradigma investigativo emergente y como elemento diferenciador de formación del Doctorado en salud de la Universidad del Valle

11 BIBLIOGRAFÍA

1. Pawson R, Tilley N. Realistic evaluation. London: Sage; 1997. 235 p.
2. Valencia CP, Canaval GE. Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. Rev. Salud Pública. 2012;14(5):810–21.
3. Valencia CP. Construcción sociocultural del riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de Cali [Internet] [Tesis Doctoral]. [Colombia - Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá; 2015 [citado el 21 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/51137/>
4. Canaval GE, Valencia CP, Forero L, Guardela N, Magaña A, Vargas Y. Factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en mujeres de Cali - Colombia. Cienc Enferm. 2005;11(2):23–33.
5. Urrea F, Congolino ML, Herrera HD, Ignacio Reyes J, Federico Botero W. Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. Cad Saúde Pública. 2006;22:209–15.
6. Orcasita LT, López MA, Gómez CR. Conocimientos sobre riesgos frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali. Inf Psicológicos. 2014;14(1):143–58.
7. Sevilla T, Valencia C, Canaval G, Sevilla E, Orcasita L. Tramas, sexualidades y prevención del VIH en jóvenes universitarios de Cali. Programa Editorial UNIVALLE; 2019.
8. UNFPA, World Health Organization, PATH. Condom Programming for HIV Prevention: An operations manual for programme managers. United States; 2005.
9. Centers for disease control and prevention. Reported STDs in the United States, 2019. CDC; 2019.
10. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet [Internet]. [citado el 5 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
11. Cuenta alto costo. Situación del VIH y SIDA en Colombia 2021. Bogotá: Fondo colombiano de enfermedades de alto costo; 2021 p. 143.
12. Secretaria Departamental de Salud. Análisis de situación de salud del departamento del Valle del Cauca. Valle del Cauca: Gobernación del Valle del Cauca; 2021.
13. Secretaria Distrital de Salud. Análisis de la situación integral de salud del Municipio de Santiago de Cali. Cali: Secretaria Distrital de Salud; 2021.
14. Boletín Epidemiológico, Periodo 10.pdf. Valle del Cauca: Gobernación del Valle del Cauca; 2017 p. 111. Report No.: 10.

15. Morales SA, Arboleda Álvarez OL, Segura Cardona ÁM. Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria. *Rev. Salud Pública*. 2014;16(1):27–39.
16. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales Año 2017. Palmira - Valle: Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca; 2017 p. 130. (Vigilancia en Salud pública).
17. Arango JDO, Ramírez RV. Nacimientos en niñas y adolescentes en Colombia. Bogotá: DANE; 2021 p. 36.
18. MacDonald NE, Wells GA, Fisher WA, Warren WK, King MA, Doherty JA, et al. High-risk STD/HIV behavior among college students. *JAMA*. 1990;263(23):3155–9.
19. Rotermann M. Trends in teen sexual behaviour and condom use. *Health Matters*. 2003;6.
20. Zou H, Xue H, Wang X, Lu D. Condom use in China: prevalence, policies, issues and barriers. *Sex Health*. 2012;9(1):27.
21. Berquó E, Barbosa RM, Lima LP de. Trends in condom use: Brazil 1998 and 2005. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42:34–44.
22. Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gac Sanit*. 2008;22(6):511–9.
23. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B, et al. Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2017. *MMWR Surveill Summ*. 2018;67(8):1–114.
24. Gayet C, Pedrosa LA. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública México*. 2003;45(5):s632–40.
25. Arrivillaga M, Tovar LM, Correa D. Evidencia poblacional y análisis crítico de determinación social sobre el uso del condón en Colombia. *Rev Cuba Salud Pública*. 2012;38(4):553–61.
26. Foss AM, Hossain M, Vickerman PT, Watts CH. A systematic review of published evidence on intervention impact on condom use in sub-Saharan Africa and Asia. *Sex Transm Infect*. 2007;83(7):510–6.
27. Francis DB, Noar SM, Widman L, Willoughby JF, Sanchez DM, Garrett KP. Perceptions of a campus-wide condom distribution programme: An exploratory study. *Health Educ J*. 2016;75(8):998–1011.
28. Sierra AJ. Conocimientos, actitudes y prácticas en el uso del preservativo en jóvenes de una universidad pública del sur-occidente colombiano: un estudio comparativo 2011 - 2014 [recurso electrónico] [Internet] [Thesis]. 2017 [citado el 25 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/10086>
29. Uribe AF, Orcasita LT. Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Rev. Virtual Univ. Católica Norte* [Internet]. 2009 [citado el 8 de junio de 2017];1(27). Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/99>

30. Valencia CP, Dávila DB, Moreno MS, Sierra AJ, Moreno S, Cecilia M, et al. Limitaciones y barreras en el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali – Colombia: claves para el cuidado. 2018;8.
31. Moreno R, Nababan HY, Ota E, Wariki WMV, Ezoe S, Gilmour S, et al. Structural and community-level interventions for increasing condom use to prevent the transmission of HIV and other sexually transmitted infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(7):CD003363.
32. Charania MR, Crepaz N, Guenther-Gray C, Henny K, Liao A, Willis LA, et al. Efficacy of Structural-Level Condom Distribution Interventions: A Meta-Analysis of U.S. and International Studies, 1998–2007. *AIDS Behav*. 2011;15(7):1283–97.
33. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. *AIDS Lond Engl*. 2000;14 Suppl 1: S11-21.
34. Chandra V, Lane C, Wong S. What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices. *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(3):333–40.
35. Quiroz CA, Valencia CP. Efectividad de las intervenciones estructurales para la promoción del uso del preservativo en adolescentes y jóvenes: Revisión Sistemática. *Rev. Salud Pública*. 2020;22(4):1–10.
36. Gallegos EC, Villarruel AM, Loveland-Cherry C, Ronis DL, Yan Zhou MS. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública México*. 2008;50(1):59–66.
37. García G. Evaluación del impacto del programa de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín, 2008 - Fase Cualitativa [Internet]. Medellín: Alcaldía de Medellín (Secretaría de Salud); 2008 [citado el 6 de diciembre de 2017] p. 389. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones/Salud%20sexual%20y%20reproductiva%202008.pdf>
38. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008;(337):6.
39. Petticrew M. When are complex interventions “complex”? When are simple interventions “simple”? *Eur J Public Health*. 2011;21(4):397–8.
40. Salazar L. Efectividad en Promoción de la Salud y salud Pública. Reflexiones sobre la practica en América latina y propuestas de cambio. 1a ed. Santiago de Cali: Universidad del Valle; 2009. 396 p.
41. Medina MML. Impacto social y económico del VIH en individuos y familias de Bogotá 2008-2009: Un resultante de los procesos micro y macrosociales del contexto [Doctorado Salud Pública]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2009.

42. Biglan A, Metzler CW, Wirt R, Ary D, Noell J, Ochs L, et al. Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behavior among adolescents. *J Behav Med.* 1990;13(3):245–61.
43. Suárez R, Sepúlveda R. Contextos socioculturales de riesgo para contraer VIH en Cartagena. *Antipoda.* 2008;313–30.
44. Pacheco CI, Rincón LJ, Guevara EE, Latorre C, Enríquez C, Nieto JM. Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Pública México.* 2007;49(1):45–51.
45. Mejía AF. Factores asociados al uso consistente del condón en estudiantes de una universidad pública de Cali [Maestría en Epidemiología]. [Cali]: Universidad del Valle; 2015.
46. Goesling B, Colman S, Trenholm C, Terzian M, Moore K. Programs to Reduce Teen Pregnancy, Sexually Transmitted Infections, and Associated Sexual Risk Behaviors: A Systematic Review. *J Adolesc Health.* 2014;54(5):499–507.
47. DiClemente RJ, Brown JL, Sales JM, Rose ES. Rate of Decay in Proportion of Condom Protected Sex Acts among Adolescents Following Participation in an HIV Risk-Reduction Intervention. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2013;63(0 1): S85–9.
48. Bryan AD, Aiken LS, West SG. Increasing condom use: Evaluation of a theory-based intervention to prevent sexually transmitted diseases in young women. *Health Psychol.* 1996;15(5):371–82.
49. Exner TM, Tesoriero JM, Battles HB, Hoffman S, Mantell JE, Correale J, et al. A randomized controlled trial to evaluate a structural intervention to promote the female condom in New York state. *AIDS Behav.* 2012;16(5):1121–32.
50. Calderon Y, Cowan E, Leu CS, Brusalis C, Rhee JY, Nickerson J, et al. A human immunodeficiency virus posttest video to increase condom use among adolescent emergency department patients. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* 2013;53(1):79–84.
51. Morales A, Espada JP, Orgilés M, Secades-Villa R, Remor E. The short-term impact of peers as co-facilitators of an HIV prevention programme for adolescents: a cluster randomised controlled trial. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* 2014;19(5):379–91.
52. Mogro-Wilson C, Drake A, Coman E, Sanghavi T, Martin-Peele M, Fifield J. Increasing condom usage for African-American and hispanic young fathers in a community based intervention. *Ethn Health.* 2018;1–12.
53. Mmbaga EJ, Kajula L, Aarø LE, Kilonzo M, Wubs AG, Eggers SM, et al. Effect of the PREPARE intervention on sexual initiation and condom use among adolescents aged 12–14: a cluster randomised controlled trial in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Public Health.* 2017;17(322):1–10.
54. Downs JS, Ashcraft AM, Murray PJ, Berlan ED, Bruine de Bruin W, Eichner J, et al. Video Intervention to Increase Perceived Self-Efficacy for Condom Use in a Randomized Controlled Trial of Female Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018;31(3):291-298.e2.

55. Correa S, Puerta A, Restrepo B. Investigación evaluativa. Santafé de Bogotá: ICFES; 1996. 324 p. (Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social).
56. McEvoy P, Richards D. Critical realism: a way forward for evaluation research in nursing?: *Critical realism*. J Adv Nurs. 2003;43(4):411–20.
57. Fink A. Evaluation Fundamentals: Insights into Program Effectiveness, Quality, and Value [Internet]. 2015 [citado el 28 de agosto de 2018]. Disponible en: https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc_100025343190.0x000001
58. Parra Heredia JD. Realismo crítico: una alternativa en el análisis social. Sociedad y Economía. 2016;(31):215–38.
59. Díaz M. La evaluación de programas sociales: fundamentos y enfoques teóricos. Rev de Inv Edu. 2000;18(2):289–317.
60. On Efficiency and effectiveness: some definitions. Canberra: Productivity Commission; 2013.
61. Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas salud pública y promoción de la salud. 1a ed. Santiago de Cali: Universidad del Valle; 2011. 158 p.
62. Rehle T, Hassig S. Role of evaluation in HIV/AIDS programs; Conceptual approach and framework for monitoring and evaluation. En: Evaluating programs for HIV/AIDS prevention and care in developing countries: A handbook for program managers and decision makers. Estados Unidos: Family Health International; 2001. p. 7–19.
63. Blamey A, Mackenzie M. Theories of Change and Realistic Evaluation: Peas in a Pod or Apples and Oranges? Evaluation. 2007;13(4):439–55.
64. Mukumbang FC, Marchal B, Van Belle S, van Wyk B. Using the realist interview approach to maintain theoretical awareness in realist studies. Qual Res. 2020;20(4):485–515.
65. Crinson I. A realist approach to the analysis of focus group data. En Roskilde University, Denmark; 2001. p. 17–9.
66. Stufflebeam D, Coryn C. Evaluation Theory, Models, and Applications. 2a ed. Estados Unidos: AWiley Brand; 2014. 803 p.
67. Cook T.D, Reichardt CH.S. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. 5a ed. España: Morata; 2005. 228 p.
68. Escudero T. La investigación evaluativa en el siglo XXI: un instrumento para el desarrollo educativo y social cada vez más relevante. RELIEVE - Rev. Electrónica Investig Eval Educ [Internet]. 2016 [citado el 7 de enero de 2019];22(1). Disponible en: <https://ojs.uv.es/index.php/RELIEVE/article/view/8164>
69. Mukumbang FC, Van Belle S, Marchal B, van Wyk B. An exploration of group-based HIV/AIDS treatment and care models in Sub-Saharan Africa using a realist evaluation (Intervention-Context-Actor-Mechanism-Outcome) heuristic tool: a systematic review. Implement Sci. 2017;12(1):107.

70. Majra JP. Correct and consistent use of condoms. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2009;30(1):53.
71. Canaval G, Muñoz E, Charria V, Florian B. Capítulo 4: reconociendo mi salud sexual - versión 2: componente tecnológico, desarrollo y propiedades psicométricas del instrumento. En: *Tramas de acción y de sentido en las prácticas preventivas frente al VIH/SIDA en jóvenes universitarios de Cali, Colombia*. En publicación. 2015.
72. Balch CV. *Internet survey methodology*. Cambridge Scholars Publishing; 2010.
73. Bursac Z, Gauss CH, Williams DK, Hosmer DW. Purposeful selection of variables in logistic regression. *Source Code Biol Med*. 2008;3:17.
74. Dormann CF, Elith J, Bacher S, Buchmann C, Carl G, Carré G, et al. Collinearity: a review of methods to deal with it and a simulation study evaluating their performance. *Ecography*. 2013;36(1):27–46.
75. Quintana A. Metodología de Investigación Científica Cualitativa. *Investig Cual*. 2006;47–84.
76. Sayer RA. *Method in social science: a realist approach* [Internet]. London; New York: Routledge; 1992 [citado el 4 de julio de 2022]. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=80084>
77. Astbury B, Leeuw FL. Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. *Am J Eval*. 2010;31(3):363–81.
78. Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis; 2009.
79. Bardin L. *Análisis de contenido*. Ediciones AKAL; 1991. 188 p.
80. Huberman AM, Miles MB. Data management and analysis methods. En: *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1994. p. 428–44.
81. Westhorp G. *Assessing CMOs – Criteria*. Northern Institute Charles Darwin University; 2021.
82. Renger R, Foltysova J, Becker KL, Souvannasacd E. The power of the context map: Designing realistic outcome evaluation strategies and other unanticipated benefits. *Eval Program Plann*. el 1 de octubre de 2015;52:118–25.
83. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* [Internet]. 2a ed. Barcelona: Paidós; 1994 [citado el 8 de enero de 2019]. Disponible en: https://iessb.files.wordpress.com/2015/07/05_taylor_mc3a9todos.pdf
84. Blanco N, Pirela J. La complementariedad metodológica: Estrategia de integración de enfoques en la investigación social. *Espac Públicos*. 2016;19(45):97–111.
85. Tashakkori A, Teddlie C. *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. 2a ed. Estados Unidos: Sage Publications; 2003. 892 p.

86. Creswell JW. Research design: qualitative & quantitative approaches. Sage Publications; 1994. 256 p.
87. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a Definition of Mixed Methods Research. *J Mix Methods Res.* 2007;1(2):112–33.
88. Mukumbang FC. Retroductive Theorizing: A Contribution of Critical Realism to Mixed Methods Research. *J Mix Methods Res.* 2021;15586898211049848.
89. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1981. 423 p.
90. Universidad del Valle. Reglamento interno para garantizar la protección de datos personales en la Universidad del Valle [Internet]. 1172. Sec. Rectoría mar 12, 2014 p. 22. Disponible en: http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/politicas_institucionales/r_1172_reglamento_ptotecc_datos_personales.pdf
91. Mella O. Grupos focales (“focus groups”). Técnica de investigación cualitativa. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE); 2000.
92. Evcili F, Golbasi Z. The effect of peer education model on sexual myths of Turkish university students: An interventional study. *Perspect Psychiatr Care.* 2019;55(2):239–48.
93. Mason AJ, Mathews C, Flisher AJ. Can peer education make a difference? Evaluation of a South African adolescent peer education program to promote sexual and reproductive health. *AIDS Behav.* 2011;15(8):1605–11.
94. Cupples JB, Zukoski AP, Dierwechter T. Reaching young men: lessons learned in the recruitment, training, and utilization of male peer sexual health educators. *Health Promot Pract.* 2010;11(3 Suppl):19S–25S.
95. Homøe AS, Knudsen AKS, Nielsen SB, Grynnerup AGA. Sexual and reproductive health in Greenland: evaluation of implementing sexual peer-to-peer education in Greenland (the SexInuk project). *Int J Circumpolar Health.* 2015;74:27941.
96. Parwej S, Kumar R, Walia I, Aggarwal AK. Reproductive health education intervention trial. *Indian J Pediatr.* 2005;72(4):287–91.
97. Layzer C, Rosapep L, Barr S. A peer education program: delivering highly reliable sexual health promotion messages in schools. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* 2014;54(3 Suppl):S70–77.
98. Grose RG, Grabe S, Kohfeldt D. Sexual education, gender ideology, and youth sexual empowerment. *J Sex Res.* 2014;51(7):742–53.
99. Allotey PA, Diniz S, Dejong J, Delvaux T, Gruskin S, Fonn S. Sexual and reproductive health and rights in public health education. *Reprod Health Matters.* 2011;19(38):56–68.

100. Jahoda A, Pownall J. Sexual understanding, sources of information and social networks; the reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers. *J Intellect Disabil Res JIDR*. 2014;58(5):430–41.
101. Parkes A, Henderson M, Wight D. Do sexual health services encourage teenagers to use condoms? A longitudinal study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2005;31(4):271–80.
102. Society for Adolescent Health and Medicine. Condom Availability in Schools: A Practical Approach to the Prevention of Sexually Transmitted Infection/HIV and Unintended Pregnancy. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2017;60(6):754–7.
103. Ministerio de Protección social. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia; 2007.
104. Noone J, Castillo N, Allen TL, Esqueda T. Latino Teen Theater: A Theater Intervention to Promote Latino Parent-Adolescent Sexual Communication. *Hisp Health Care Int Off J Natl Assoc Hisp Nurses*. 2015;13(4):209–16.
105. McMahon S, Winter SC, Palmer JE, Postmus JL, Peterson NA, Zucker S, et al. A randomized controlled trial of a multi-dose bystander intervention program using peer education theater. *Health Educ Res*. 2015;30(4):554–68.
106. Hillman E, Hovell MF, Williams L, Hofstetter R, Burdyslaw C, Rugg D, et al. Pregnancy, STDS, and AIDS prevention: evaluation of New Image Teen Theatre. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ*. 1991;3(4):328–40.
107. Doyle AM, Ross DA, Maganja K, Baisley K, Masesa C, Andreasen A, et al. Long-Term Biological and Behavioural Impact of an Adolescent Sexual Health Intervention in Tanzania: Follow-up Survey of the Community-Based MEMA kwa Vijana Trial. *PLoS Med*. 2010;7(6):1–14.
108. Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A, et al. Impact of Stepping Stones on Incidence of HIV and HSV-2 and Sexual Behaviour in Rural South Africa: Cluster Randomised Controlled Trial. *BMJ*. 2008;337(7666):391–5.
109. García PJ, Holmes KK, Cárcamo CP, Garnett GP, Hughes JP, Campos PE, et al. Prevention of sexually transmitted infections in urban communities (Peru PREVEN): a multicomponent community-randomised controlled trial. *Lancet*. 2012;379(9821):1120–8.
110. Ross DA, Chagalucha J, Obasi AI, Todd J, Plummer ML, Cleophas-Mazige B, et al. Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial. *AIDS*. 2007;21(14):1943–55.
111. Gregson S, Adamson S, Papaya S, Mundondo J, Nyamukapa CA, Mason PR, et al. Impact and Process Evaluation of Integrated Community and Clinic-Based HIV-1 Control: A Cluster-Randomised Trial in Eastern Zimbabwe. Lange JMA, editor. *PLoS Med*. 2007;4(3):e102.

112. Feldblum PJ, Kuyoh MA, Bwayo JJ, Omari M, Wong EL, Tweedy KG, et al. Female condom introduction and sexually transmitted infection prevalence: results of a community intervention trial in Kenya: AIDS. 2001;15(8):1037–44.
113. Kamali A, Quigley M, Nakiyingi J, Kinsman J, Kengeya-Kayondo J, Gopal R, et al. Syndromic management of sexually-transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. The Lancet. 2003;361(9358):645–52.
114. Chamrathirong A, Ford K, Punpuing S, Prasartkul P. A workplace intervention program and the increase in HIV knowledge, perceived accessibility and use of condoms among young factory workers in Thailand. SAHARA J J Soc Asp HIVAIDS Res Alliance. 2017;14(1):132–9.
115. Mantell JE, Smit JA, Exner TM, Mabude Z, Hoffman S, Beksinska M, et al. Female Condom Use among Female University Students in KwaZulu-Natal, South Africa: Results of a Randomized Behavioral Trial. AIDS Behav. 2015;19(7):1129–40.
116. Zellner T, Trotter J, Lenoir S, Walston K, Men-Na’a L, Henry-Akintobi T, et al. Color It Real: A Program to Increase Condom Use and Reduce Substance Abuse and Perceived Stress. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2016 [citado el 9 de octubre de 2018];13(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4730442/>
117. Stevens R, Gilliard-Matthews S, Dunaev J, Todhunter-Reid A, Brawner B, Stewart J. Social Media Use and Sexual Risk Reduction Behavior Among Minority Youth: Seeking Safe Sex Information. Nurs Res. 2017;66(5):368–77.
118. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ. 2015;350:7.
119. Macaluso M, Demand MJ, Artz LM, Hook EWI. Partner type and condom use. AIDS. 2000;14(5):537–46.
120. Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D, Parcel G, Banspach S, Collins J, et al. Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. Public Health Rep. 2001;116(Suppl 1):82–93.
121. Chamorro F, Stocel S, Rodríguez F, De León R. Factores asociados al uso de condón en hombres y mujeres con parejas no conyugales no convivientes en Panamá. Rev Médica Panamá. 2021;2–13.
122. Manning WD, Flanigan CM, Giordano PC, Longmore MA. Relationship Dynamics and Consistency of Condom Use Among Adolescents. Perspect Sex Reprod Health. 2009;41(3):181–90.
123. Ríos E, Ferrer L, Casabona J, Caylá J, Avecilla À, Gómez I Prat J, et al. Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. Gac Sanit. 2009;23(6):533–8.
124. Fridlund V, Stenqvist K, Nordvik MK. Condom use: The discrepancy between practice and behavioral expectations. Scand J Public Health. 2014;42(8):759–65.

125. Hensel DJ, Stupiansky NW, Herbenick D, Dodge B, Reece M. When Condom Use is Not Condom Use: An Event-Level Analysis of Condom Use Behaviors during Vaginal Intercourse. *J Sex Med.* 2011;8(1):28–34.
126. Blanc A, Rojas AJ. Uso del preservativo, número de parejas y debut sexual en jóvenes en coito vaginal, sexo oral y sexo anal. *Rev. Int Andrología.* 2018;16(1):8–14.
127. Vinaccia S, Quiceno JM, Gaviria AM, Soto AM, Gil Llarío MD, Ballester Arnal R. Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. *Ter Psicológica.* 2007;25(1):39–50.
128. Stone N, Hatherall B, Ingham R, McEachran J. Oral Sex and Condom Use Among Young People In the United Kingdom. *Perspect Sex Reprod Health.* 2006;38(1):6–12.
129. Farrington EM, Bell DC, DiBacco AE. Reasons People Give for Using (or Not Using) Condoms. *AIDS Behav.* 2016;20(12):2850–62.
130. Johnson LS, Rozmus C, Edmisson K. Adolescent sexuality and sexually transmitted diseases: Attitudes, beliefs, knowledge, and values. *J Pediatr Nurs.* 1999;14(3):177–85.
131. Valencia CP, Canaval GE, Reyes LF, Hassan S, García A. Reconociendo mi salud sexual: encuesta asistida por computador para la identificación de factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Cult Cuid.* 2011;8(1):24–33.
132. Mirabal Nápoles M, Betancourt Betancour J, Prieto Cordobés Y, Fernández Franch N. Actitudes socioculturales frente a las infecciones de transmisión sexual en estudiantes de Medicina. *Humanidades Médicas.* 2013;13(1):56–71.
133. Soto V. Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. *An Fac Med.* 2013;67(2):152.
134. Reynaga C. Evaluación del impacto de una campaña de prevención del VIH e ITS en adolescentes del Perú. [Internet]. 15d. C. [citado el 3 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://eprints.rclis.org/28397/>
135. Velasquez KS a R, Taborda AT, Cardona-Arias JA. Prácticas sexuales y uso del preservativo en adolescentes escolarizados de Medellín, 2014. 2015 [citado el 3 de octubre de 2022];1. Disponible en: <http://imed.pub/ojs/index.php/biomed/article/view/1339>
136. López LXP. Nivel de Autoeficacia para el uso del condón de estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud. *Evid Multidiscip En Salud.* 2019;16–31.
137. Story CR, Gorski J. Global Perspectives on Peer Sex Education for College Students. *Int Educ.* 2013;42(2):81-94,98.
138. Chamrathirong A, Ford K, Punpuing S, Prasartkul P. A workplace intervention program and the increase in HIV knowledge, perceived accessibility and use of condoms among young factory workers in Thailand. *SAHARA J J Soc Asp HIVAIDS Res Alliance.* el 16 de octubre de 2017;14(1):132–9.
139. Fishbein M. The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care.* 2000;12(3):273–8.

140. Wulfert E, Wan CK. Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychol.* 1993;12(5):346–53.
141. Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Eval Program Plann.* 1990;13(1):9–17.
142. Lollis CM, Johnson EH, Antoni MH. The efficacy of the health belief model for predicting condom usage and risky sexual practices in university students. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ.* 1997;9(6):551–63.
143. Berges BM. Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. *Iniciación Investig [Internet]*. 2008 [citado el 27 de agosto de 2022];(3). Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/202>
144. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50(2):179–211.
145. Blankenship et al. - 2000 - Structural interventions in public health.pdf.
146. Siraj R, Najam B, Ghazal S. Sensation Seeking, Peer Influence, and Risk-Taking Behavior in Adolescents. *Educ Res Int.* 2021;2021:e8403024.
147. Yu B, Wang Y, Chen X. Perception of Peer Condom Use Buffers the Associations Between HIV Knowledge, Self-efficacy, and Condom-Use Intention Among Adolescents: a Moderated Mediation Model. *Prev Sci.* 2022;23(6):879–88.
148. Wang K, Brown K, Shen SY, Tucker J. Social Network-Based Interventions to Promote Condom Use: A Systematic Review. *AIDS Behav.* 2011;15(7):1298–308.
149. Bull SS, Levine DK, Black SR, Schmiede SJ, Santelli J. Social media-delivered sexual health intervention: a cluster randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2012;43(5):467–74.
150. Gabarron E, Wynn R. Use of social media for sexual health promotion: a scoping review. *Glob Health Action.* 2016;9(1):32193.
151. Delgado HM, Austin SB. Can media promote responsible sexual behaviors among adolescents and young adults? *Curr Opin Pediatr.* 2007;19(4):405–10.
152. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull.* 1992;111(3):455–74.
153. Schwartz SH. Basic Human Values: Theory, Measurement, and Applications. *Rev Francaise Sociol.* 47(4):929–68.
154. Van Kesteren NMC, Hospers HJ, van Empelen P, Breukelen G van, Kok G. Sexual Decision-Making in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men: How Moral Concerns and Sexual Motives Guide Intended Condom Use with Steady and Casual Sex Partners. *Arch Sex Behav.* 2007;36(3):437–49.
155. Galdas P. Revisiting Bias in Qualitative Research: Reflections on Its Relationship With Funding and Impact. *Int J Qual Methods.* el 1 de diciembre de 2017;16(1):1609406917748992.

12 ANEXOS

PRESERVA: UNA INTERVENCION ESTRUCTURAL PARA PROMOVER EL USO CONSISTENTE DEL PRESERVATIVO EN JOVENES ESCOLARIZADOS

1. Presentación

El disfrute de una sexualidad placentera, responsable y saludable, implica la conjunción de elementos de orden individual, social, cultural y político, en tanto, el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, requiere la adopción de discursos, prácticas y estrategias que posibiliten un disfrute placentero de la sexualidad y la prevención de efectos no deseados en su ejercicio.

Diferentes modelos con enfoque ecosocial^{1,2} muestran que los procesos de determinación de las ITS y el embarazo adolescente incluyen factores no solo del nivel individual (conocimientos, habilidades, actitudes) del nivel intermedio (familia, comunidad, cultura, norma social, presión de pares) sino también del nivel distal o estructural (situación de pobreza, acceso a servicios de salud de calidad, provisión de métodos de protección y anticoncepción, acceso y permanencia en la educación, políticas y fenómenos sociales como el conflicto armado, desplazamiento, etc.). Por ello, las intervenciones con más alto grado de efectividad e integralidad son aquellas que consideran los factores en los diferentes niveles de determinación de acuerdo al contexto social, cultural, político, económico y particular de las poblaciones^{3,4,5}.

Las intervenciones a nivel individual son efectivas a corto plazo e insuficientes para prevenir la incidencia del VIH⁶. Algunos estudios han demostrado que el énfasis en la implementación de intervenciones conductuales a expensas de la comprensión e intervención de factores sociales, políticos y económicos han sido la causa del mantenimiento de las altas cifras del VIH en la población mundial⁷.

Una revisión sistemática de literatura realizada por Rose, Dick y Ferguson⁸, concluye que un programa tendrá mayores posibilidades de ser efectivo y de calidad en la medida en que incluye la mayor cantidad de los componentes. La integralidad brindará al programa mayores posibilidades para incidir en la transformación de los contextos de vida que determinan las decisiones sobre salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos de los/as adolescentes.

Este documento presenta los fundamentos de una intervención integral para promover el uso consistente del preservativo y métodos de barrera en jóvenes universitarios. Está soportada en diversos modelos teóricos y conceptuales que asumen la sexualidad desde enfoques integradores⁹ y desde una mirada ecosocial que integran la teoría sociológica, biológica y una perspectiva dinámica, histórica y ecológica para obtener nuevos conocimientos acerca de los factores determinantes de la distribución de las enfermedades en la población y del efecto de las desigualdades sociales sobre la salud ².

En primer lugar, se define el concepto y características de las intervenciones estructurales. Posteriormente se presenta una descripción soportada en la literatura del enfoque de las intervenciones estructurales y su efectividad en diferentes poblaciones para mejorar el uso del preservativo. Por último, se describe la intervención del proyecto **Preserva**, con sus componentes, enfoques, población a la cual va dirigida y el marco lógico diseñado para su implementación.

2. Intervenciones Estructurales

Una intervención estructural es definida como cualquier intervención en salud pública dirigida a mejorar algún aspecto del estado de la salud de la sociedad al modificar el contexto en el cual las conductas de riesgo son llevadas a cabo¹⁰. Cuando se orientan intervenciones estructurales para promover el uso del condón existen tres conceptos claves para considerar su definición¹⁰.

El primero es la *disponibilidad* el cual se enfoca hacia las actitudes, distribución de materiales y programas que son esenciales para reducir la exposición; segundo la *aceptabilidad* la cual se orienta a modificar las creencias, mitos y preceptos en la sociedad promoviendo en las personas considerar nuevas ideas principalmente a través de la teoría del aprendizaje social ¹¹ se incluyen en este grupo programas para prevenir el estigma hacia el trabajo sexual; la educación sexual o el mercadeo social del condón¹². El tercer concepto es la *accesibilidad* mediante el cual se propone mejorar el acceso a intervenciones, recursos y servicios especialmente a aquellas personas que viven en contextos desfavorables de orden social y económico; incluyen en este caso, la distribución libre o de bajo costo de condones y la creación de estrategias de prevención en la mujer como el uso del condón femenino.

Por lo tanto, las intervenciones estructurales usualmente incluyen cambios en las políticas, contextos, creencias, preceptos sociales y el empoderamiento de minorías y otros grupos vulnerables¹³.

Las intervenciones estructurales pueden ser implementadas en tres niveles: individual, grupal y comunitario. Las intervenciones individuales y a nivel grupal están orientadas al cambio en el conocimiento de las actitudes y los comportamientos asociados con el uso del preservativo en los participantes, en los sitios donde existen o recientemente se han creado grupos minoritarios¹².

Las intervenciones de nivel comunitario han sido definidas, como aquellas que se orientan a unidades geográficas tales como ciudades o villas, aunque recientes conceptos hablan también de unidades más pequeñas como por ejemplo sitios de trabajo y escuelas¹⁴.

Las buenas prácticas para la promoción de la salud sexual y reproductiva en jóvenes, hacen referencia a su potencial de duplicabilidad, adaptación o transferencia de determinada experiencia para el mejoramiento de otras prácticas. En este sentido las mejores prácticas incorporan también el concepto de contexto y por lo tanto el resultado no sólo guarda relación con su aplicación sino con su capacidad de adaptación local¹⁵. Por tanto, mejorar estos indicadores se lograrán mediante la puesta en marcha de estrategias de prevención integrales y basadas en la evidencia.

3. Intervenciones estructurales para la promoción del uso del preservativo: la evidencia de la literatura científica.

Moreno y colaboradores¹⁶, hacen énfasis en la implementación de intervenciones integrales a través de cambios estructurales, un concepto que implica acciones de salud pública que apuntan a mejorar la salud de la sociedad a través de modificaciones en el contexto donde se produce el comportamiento de riesgo relacionado con la salud. Esta estrategia intenta aumentar el uso del condón y, a su vez, reducir la transmisión del VIH y otras ITS.

Diversas investigaciones han probado la utilidad y efectividad en el incremento del uso del preservativo y en la prevención de las ITSs a lo largo del mundo^{17,18}. Una revisión sistemática documentada por Moreno y cols¹⁶ describe en detalle las características de estas intervenciones de corte comunitario y con enfoque estructural.

La mayoría de ellas incluyen la promoción de servicios en SSR con enfoque amigable y diferencial¹⁹, programa de educación sexual para niños mayores de 7 años en la escuela y mercadeo social del preservativo.

Otros estudios han orientado sus intervenciones a los jóvenes para modificar los comportamientos sociales a través de la teoría del aprendizaje social consistentes en: aumentar su conocimiento sobre la prevención del VIH; Un programa dirigido a los padres y la comunidad, con el objetivo de mejorar sus conocimientos sobre salud reproductiva, mejorando la comunicación entre los padres y niños y desarrollar el apoyo de la comunidad a la salud reproductiva en adolescentes; y un programa destinado a formar enfermeras y otro personal médico, con el fin de proporcionar un mejor acceso a la atención médica para los jóvenes.

Otro estudio desarrollado por Kamali y cols ²⁰, se basó en el cambio de comportamiento con un modelo de intervención que incluyó el desarrollo de motivación, conocimiento, habilidades y actitudes. La comunidad se enfocó en una variedad de enfoques, incluyendo actividades comunitarias y personales, juegos de roles, folletos y otros. El personal de salud recibió capacitación junto con la provisión de medicamentos. Estas actividades fueron apoyadas por la educación de salud de la comunidad

La accesibilidad en varios estudios se orientó a promover la provisión de preservativos y métodos de barrera de acuerdo a las necesidades de los diferentes grupos de la comunidad; también a Deconstruir mitos y tabús en su entorno social alrededor de los preservativos y la vivencia de una sexualidad saludable placentera y saludable ^{4,21,22,23}.

Otras intervenciones comunitarias para prevenir las ITSs incluido el VIH, en poblaciones vulnerables y en población general, como la de García y cols en Perú, han incluido, la inclusión de cursos de Internet para trabajadores de la salud, el mercadeo social de condones baratos y tratamiento de ITS; estrategias de capacitación del personal de salud en el manejo de ITS, visitas regulares de «vendedores de prevención y campañas educativas para toda la comunidad y reconocimiento de ITS por parte de los empleados de farmacia ²⁴.

Otras han centrado sus intervenciones en el empoderamiento y en programas de educación para promover el conocimiento, actitudes que disminuyan prácticas de riesgo y a fortalecer la autonomía del individuo, para generar y adoptar conductas a favor de su autocuidado a partir del autoconocimiento, el respeto y el disfrute del propio cuerpo ²⁵. Para ello es importante que los jóvenes se empoderen de sí mismos, es decir, se sientan y se consideren con poder para tomar decisiones autónomas, responsables y respetuosas que lo protejan de manera integral; donde la libre expresión de su sexualidad sea una experiencia que trascienda el aspecto biológico e integre a su experiencia sexual tanto lo físico como lo emocional y lo social. De esta forma, será el promotor de su cuidado y del otro, adoptando comportamientos encaminados a conductas que lo protejan y le permitan gozar de una sexualidad placentera, segura y responsable.

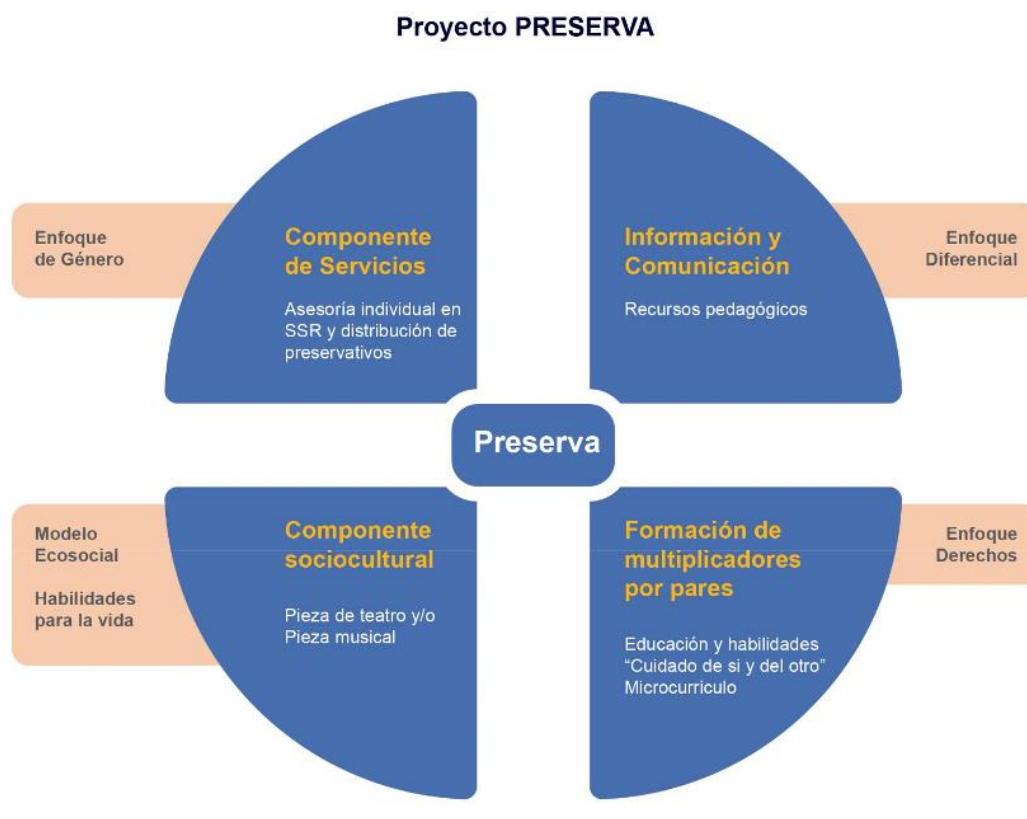
En el contexto nacional, varias políticas y programas respaldan estas iniciativas. La Política Nacional en Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSR) promueve particularmente el empoderamiento de hombres y mujeres para la utilización del condón como herramienta de protección, superando los mitos y las barreras culturales que han limitado su utilización ²⁶. Las políticas y planes nacionales para combatir el VIH/Sida, plantean que el uso del condón se promoverá especialmente entre las poblaciones vulnerables y entre los jóvenes ^{27,28} y determina que su distribución será gratuita para los usuarios de ambos regímenes — contributivo y subsidiado —, como parte de las actividades de prevención de ITS y VIH/Sida, por lo tanto, como parte integral del POS ²⁹.

Adicionalmente, se señala que se realizarán actividades de comercialización social, fomento y uso de técnicas para suministrar productos o servicios sociales a precios asequibles³⁰, a través de dispensadores que deben ser ubicados en lugares públicos como universidades, empresas, centros comerciales, escenarios deportivos, terminales de transporte, entre otros (MSPS, PARS & Fedesalud, 2006)²⁷.

4. Intervención Preserva:

La intervención propuesta para este proyecto tiene cuatro componentes que se corresponden con el enfoque estructural o ecosocial que se ha considerado en su diseño: (ver figura 1).

Fig. 1 Componentes y enfoques de la intervención – PRESERVA para la promoción de la salud sexual y uso consistente del preservativo en jóvenes universitarios



1) Componente de Servicios y Provisión de preservativos: Incluye

- a) Servicios de asesoría en Salud sexual y Salud Reproductiva a libre demanda por parte de la comunidad universitaria en la sede durante la etapa de implementación y evaluación de la intervención. Estas asesorías serán prestadas por estudiantes de último año de enfermería de la Universidad del Valle y por un médico familiar, miembros del equipo de investigación.
- b) Aprestamiento para el Montaje de un consultorio amigable para servicios de SSR en la sede

- c) Distribución de preservativos, en el campus universitario o en su entorno proximal, a través de la consulta en SSR o mediante tres dispensadores de preservativos que serán ubicados en lugares estratégicos de la sede regional.

2) Componente de Información y comunicación: este componente desarrollará una estrategia de comunicación e información masiva, a través de redes sociales en la comunidad universitaria que promueva la difusión de los diversos mensajes educativos y reflexivos sobre el uso del preservativo y la correcta utilización de los dispensadores. Se ha estipulado la creación de 5 piezas audiovisuales que aborden los factores relacionados con el bajo uso del preservativo y motiven su uso durante la duración de la intervención. Paralelamente se ubicará en la sede mensajes publicitarios para promover la consulta en SSR y el uso del preservativo

3) Componente de formación de multiplicadores: autoconocimiento, educación y ganancia de habilidades: estrategia de educación para la salud a 25 jóvenes multiplicadores, quienes posterior a su formación replicaran mediante estrategias masivas y en subgrupos la información recibida al resto de la comunidad universitaria. La capacitación se hará en el marco de una asignatura electiva, en el periodo intersemestral que les permita acumular créditos académicos en su formación universitaria aprovechando los principios que orientan el currículo de la Universidad del Valle, tales como la flexibilidad curricular. Se hará uso de métodos participativos, lúdicos, centrados en el desarrollo de conocimientos, toma de decisiones y ganancia de habilidades en el uso del preservativo. La estrategia es la educación por pares con juego de roles y animación cultural. Se utilizarán ayudas pedagógicas validadas en la población colombiana para el desarrollo de los talleres.

4) Componente sociocultural: Se propone el diseño de una pieza teatral que promueva la deconstrucción de mitos, creencias y tabús alrededor de la

sexualidad y del uso del preservativo. Se espera impactar masivamente a una mayor población de jóvenes y miembros de la comunidad universitaria, promoviendo una actitud positiva en la vivencia de una sexualidad, saludable, responsable y placentera y estimulando la consecución, porte y uso del preservativo o métodos de barrera en hombres y mujeres de diferente orientación sexual.

Se espera presentar la obra al menos en dos ocasiones en cada semestre académico, aprovechando las fechas de gran concentración de la comunidad universitaria como la bienvenida de los estudiantes de primer semestre o la semana cultural.

El diseño de la intervención esta soportada con diversos enfoques: de derechos, de género y diferencial aplicados a lo sexual y a lo reproductivo. Con ello se pretende reconocer y evitar cualquier forma de estigma o discriminación, así como a diseñar intervenciones adaptables a las particularidades de los diferentes grupos e individuos.

Enfoque de derechos: El respeto por los derechos humanos, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, conlleva el interés porque todo acercamiento a la salud, en especial a la sexualidad humana, se fundamente en unos principios éticos desde los cuales se asume que todos los seres, por el hecho de ser humanos poseen derechos que le son inherentes y que su actuar se fundamenta en dichos principios, como: la libertad, la autonomía, el autocuidado, la integridad personal, corporal, mental y social, la equidad de género, la integridad axiológica, la no-discriminación y la confidencialidad.

Los derechos humanos en el ámbito de la sexualidad son interdependientes con el derecho a la dignidad, la libertad y la igualdad, esto implica que las personas, hombres y mujeres, deben ser autónomos sobre las cuestiones relativas a su

sexualidad, tales como la actividad sexual, la orientación sexual o la identidad de género y su relación con la salud sexual y la salud reproductiva.

Enfoque de género: En esta misma perspectiva, el enfoque de género, como componente del enfoque de derechos, parte del reconocimiento de la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino que alude al sistema de relaciones sociales, a partir del cual se establecen normas, formas de comportamiento, prácticas, costumbres, atributos y actitudes sociales y psicológicas para el ser femenino y para el ser masculino; además construye un sistema de relaciones simbólicas que proveen ideas y representaciones para unas y otros.

Enfoque diferencial: El género se articula con otras categorías por ello, con el fin de atender a los principios de la salud como derecho humano y dar cuenta de las necesidades diversas que tienen algunos grupos poblacionales para el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, esta propuesta también adopta el enfoque diferencial, el cual supone una organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación. Reconoce características psico-biológicas, sociales y culturales como la pertenencia étnica, orientación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual), identidad de género, momento del ciclo vital y situaciones como la discapacidad, entre otros, que ameritan el diseño de acciones afirmativas e incluyentes para todos.

Paralelo a los enfoques que atraviesan la intervención, se ha estipulado incluir en el micro currículo de la formación de multiplicadores, la estrategia de habilidades para la vida, la cual se ha demostrado ser útiles y efectiva en el abordaje de la sexualidad y en especial en el diseño de estrategias para promover la SSR y la asunción de prácticas protectoras y preventivas.

Habilidades para la Vida

Habilidades para la Vida (HPV) se refiere a un grupo genérico de habilidades o destrezas psicosociales que les facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria³¹. En el contexto educativo y de salud, HPV guarda estrecha relación con la promoción de la salud sexual reproductiva. Es una estrategia concebida como el proceso de proporcionar a los niños, las niñas y los jóvenes los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella, se fundamenta en un concepto positivo de la salud como fuente de riqueza en la vida diaria, en el que la salud es responsabilidad de todos (las personas, la comunidad, las instituciones y los distintos sectores).

Por lo tanto, la educación en HPV busca proporcionar a niños, niñas y jóvenes herramientas específicas (habilidades psicosociales) que les permitan optar por estilos de vida y comportamientos más saludables. Lo cual contribuye a la prevención primaria de múltiples problemas psicosociales y de salud en niños, niñas y adolescentes.

La OMS clasifica las HPV en toma de decisiones/solución de problemas, pensamiento crítico/creativo, comunicación/relaciones interpersonales, conciencia de sí mismo/empatía y capacidad para enfrentar emociones/estrés³¹.

Referencias de la Teoría del programa

1. Kirby, D., Lepore, G. y Ryan, G. (2005). Sexual Risk and Protective Factors. Factors Affecting Teen Sexual Behavior, Pregnancy, Childbearing And Sexually Transmitted Disease: Which Are Important? Which Can You Change? Putting. What Works to Work. A Project of National Campaign to prevent teen pregnancy.
2. Krieger N.(2001). Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. *Int J Epidemiol*; 30:668–677.
3. Gupta GR, Parkhurst JO, Ogden JA, Aggleton P, Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. *The Lancet* 2008; Vol. 372, issue 9640:764–75. [0140–6736]
4. Sumartojo E, Doll L, Holtgrave D, Gayle H, Merson M. Enriching the mix: incorporating structural factors into HIV prevention. *AIDS* 2000;14 Suppl 1:S1–2.

5. Swerissen H, Crisp BR. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promotion International* 2004;19(1): 123–30.
6. Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *The Lancet* 2008;372(9639):669–84. [0140–6736]
7. Barnett T, Whiteside A. *AIDS in the Twenty-First Century: Disease and Globalization*. 2nd Edition. New York: Palgrave Macmillan, 2006.
8. Ross D, Ferguson J, Bruce D. (2006). Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries: UNAIDS interagency task team on HIV and young people. WHO technical report series; no. 938.
9. Rubio-Aurioles, E. (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana [Internet]. Consejo Nacional de Población; [citado el 9 de noviembre de 2016].
10. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. *AIDS* 2000;14 Suppl 1: S11–21.
11. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. 1st Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.
12. Charania MR, Crepaz N, Guenther-Gray C, Henny K, Liao A, Willis LA, et al. Efficacy of structural-level condom distribution interventions: a meta-analysis of U.S. and international studies, 1998-2007. *AIDS and Behavior* 2011;15(7):1283–97. [1573–3254: (Electronic)]
13. Adimora AA, Auerbach JD. Structural interventions for HIV prevention in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2010; Vol. 55:S132–5. [1525– 4135]
14. Atienza AA, King AC. Community-based health intervention trials: an overview of methodological issues. *Epidemiologic Reviews* 2002;24(1):72–9.
15. UNAIDS. (2006). interagency task team on HIV and young people. WHO technical report series; no. 938).
16. Moreno R, Nababan HY, Ota E, Wariki WMV, Ezoe S, Gilmour S, Shibuya K. Structural and community-level interventions for increasing condom use to prevent the transmission of HIV and other sexually transmitted infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7. Art. No.: CD003363. DOI: 10.1002/14651858.CD003363.pub3.
17. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization* 2004;82(6):454–61.
18. Matson PA, Adler NE, Millstein SG, Tschann JM, Ellen JM. Developmental changes in condom use among urban adolescent females: influence of partner context. *Journal of Adolescent Health* 2011;48(4):386–90. [1054–139X]
19. Doyle AM, Ross DA, Maganja K, Baisley K, Masesa C, Andreasen A, et al. Vijana Trial Study Group. Long-term biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: follow-up survey of the community-based MEMA kwa Vijana Trial. *PLoS Medicine* 2010;7(6):e1000287.
20. Kamali A, Quigley M, Nakiyingi J, Kinsman J, Kengeya-Kayondo J, Gopal R, et al. Syndromic management of sexually-transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *Lancet* 2003;361(9358): 645–52. [0140–6736: (Print)]
21. Feldblum PJ, Kuyoh MA, Bwayo JJ, Omari M, Wong EL, Tweedy KG, et al. Female condom introduction and sexually transmitted infection prevalence: results of a community intervention trial in Kenya. *AIDS* 2001;15(8): 1037–44. [0269–9370: (Print)]

22. Gregson S, Adamson S, Papaya S, Mundondo J, Nyamukapa CA, Mason PR, et al. Impact and process evaluation of integrated community and clinic-based HIV-1 control: a cluster-randomised trial in eastern Zimbabwe. *PLoS Medicine* 2007;4(3):e102. [1549– 1676: (Electronic)]
23. Ross DA, Chagalucha J, Obasi AI, Todd J, Plummer ML, Cleophas-Mazige B, et al. Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial. *AIDS* 2007;21(14):1943–55. [0269–9370: (Print)]
24. Garcia PJ, Holmes KK, Carcamo CP, Garnett GP, Hughes JP, Campos PE, et al. Prevention of sexually transmitted infections in urban communities (Peru PREVEN): a multicomponent community-randomised controlled trial. *Lancet* 2012;379(9821):1120–8.
25. Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A, et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2008;337:a506. [1756–1833: (Electronic)]
26. MSPS. (2014). Política Nacional de Sexualidad Derechos sexuales y derechos reproductivos, Bogotá 2014.
27. MSPS, PARS & Fundación para la investigación y el desarrollo de la salud y la seguridad social. (2006). modelo de gestión programática en VIH/Sida, Colombia. Bogotá, D.C.: Colección Publicaciones PARS.
28. MSPS. (2008). Plan Nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA, Colombia 2008 – 2011. Bogotá, D.C.: MSPS – ONUSIDA.
29. CRES. (2011). Cobertura de servicios del plan obligatorio de salud respecto de la resolución 3442 de 2006 del Ministerio de la Protección Social. Circular externa n. 004 de 2011. Bogotá, D.C
30. ONUSIDA. (2000). El preservativo masculino. Actualización técnica. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA. Agosto.
31. Fundación Edex. (2015). Habilidades para la vida. (Version Online). Recuperado de <http://www.habilidadesparalavida.net/habilidades.php>

ANEXO B. Acta de aprobación por comité de ética



FACULTAD DE SALUD
Vicedecanato De Investigaciones Y Posgrados
Comité de Ética Humana

ACTA DE APROBACION N°(019-019)

Proyecto:

"EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA PROMOVER EL USO DEL PRESERVATIVO EN JÓVENES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE PALMIRA - 2019"

Investigador Principal:

CARLOS ANDRÉS QUIROZ MORA / CLAUDIA PATRICIA VALENCIA

Código Interno: **(160-019)**

Fecha en que fue sometido:

DÍA	MES	AÑO
21	10	2019

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (**CIREH**), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2013; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica que:**

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

X	Protocolo de Investigación
	Instrumentos de recolección de datos
X	Formato de consentimiento informado
X	Soportes solicitados por el CIREH
X	Cartas de las instituciones participantes
	Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité.
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

	Sin riesgo
X	Riesgo mínimo
	Riesgo mayor del mínimo

4. Las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.

Santiago de Cali, 27 de agosto de 2019

Señores
COMITÉ DE ÉTICA
Facultad de Salud
Universidad del Valle

Cordial saludo

Me permito informar que conozco el interés del estudiante **CARLOS ANDRÉS QUIROZ MORA** de investigar acerca de la salud sexual de los jóvenes universitarios con la propuesta denominada “**Evaluación de la efectividad de una intervención para promover el uso del preservativo en jóvenes de una Universidad Pública de Palmira – 2019**”.

Manifiesto como director de la sede regional de la Universidad del Valle en Palmira, que el estudiante podrá realizar el trabajo de campo en la recolección de información de los jóvenes universitarios y podrá utilizar la misma para fines académicos, una vez la propuesta cumpla con todas las condiciones de aprobación de la Universidad del Valle y del comité de ética institucional.

Atentamente,

LUIS ALFONSO ESCOBAR, Ing. PhD.
Director Sede Regional Palmira
Universidad del valle

CC: Doctorado en Salud

ANEXO D. Consentimiento informado para los jóvenes universitarios

Proyecto: "EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA PROMOVER EL USO FRECUENTE DEL PRESERVATIVO EN JOVENES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE PALMIRA – 2019."

El presente formato es el consentimiento para participar en una Investigación liderada por el estudiante CARLOS ANDRES QUIROZ MORA del Doctorado en Salud de la universidad del valle vinculado al grupo de investigación de la Escuela de Enfermería. El presente estudio tiene como propósito conocer las percepciones de los jóvenes universitarios en temas relacionados con la protección en las relaciones sexuales y la vida sexual frente a estrategias de la Universidad del Valle para aumentar el uso del preservativo en los jóvenes universitarios. Los resultados obtenidos en este estudio permitirán orientar acciones para la promoción de la salud sexual y la prevención de ITS y el VIH en la comunidad estudiantil.

En esta investigación esperamos la participación voluntaria en promedio de 638 estudiantes activos de la Universidad del Valle en la sede Palmira, de todos los programas académicos, los cuales esperamos puedan estar durante 2 meses.

Tu participación es VOLUNTARIA y consiste en:

Responder las preguntas de la encuesta: "Cuestionario para la evaluación de la intervención PRESERVA", cuya aplicación dura aproximadamente entre 30 a 40 minutos. Puedes interrumpir la encuesta o negarte a responderla sin que esto afecte tu situación estudiantil. Aproximadamente 60 días después, participarás en una reunión de grupo donde se compartirá abierta y libremente tu opinión acerca de las estrategias que utiliza la universidad del valle en la sede de Palmira para aumentar el uso del preservativo en jóvenes como tú. Finalizando tu participación en la reunión, finaliza tu participación en la investigación. Tu participación en el estudio puede finalizar en caso de que abandones la carrera en la universidad del valle Palmira y dejes de asistir a la universidad.

Queremos aclararte que:

Tu participación favorecerá a los jóvenes universitarios por las decisiones que se puedan tomar para mejorar la salud sexual y reproductiva en la universidad. Tu participación no te demandará gasto alguno y tampoco te reportará beneficios económicos, pero sí de orden personal y social. Si aceptas participar del estudio, debes contestar con toda sinceridad las preguntas y requerimos de tu participación en el grupo de discusión.

La información que suministres es absolutamente confidencial. Solamente colocarás tu nombre y cedula en este consentimiento para participar del estudio, pero en ningún momento debes entregar tu número telefónico, dirección, lugar de nacimiento, correo electrónico. La información que suministres estará bajo custodia solo en el computador del investigador, en un documento con contraseña para su ingreso y manejo de los datos. También tienes derecho a conocer información nueva del proyecto en caso de que surja en algún momento.

Si tienes alguna duda o desearías aclarar algunos aspectos que surjan a partir de la encuesta, siéntete en la libertad de contactarme al correo electrónico: enzoandrew@gmail.com. También puedes obtener información de este proyecto llamando a la Oficina del Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, al teléfono 5185677. Puedes tener una copia de este consentimiento informado si lo deseas.

Yo, _____ identificado(a) con CC _____, de _____, después de haber leído y comprendido la información anteriormente expuesta acepto participar en este proyecto y declaro que he sido informado de los riesgos y beneficios que me representa participar en esta investigación y reconozco que mi participación es voluntaria y la información es totalmente confidencial. De igual manera autorizo hacer uso de los datos obtenidos en futuras investigaciones, previa autorización del comité de ética. Autorizo Sí _____ No _____

Firma participante: _____

Firma testigo 1: _____ CC: _____

Firma testigo 2: _____ CC: _____

Fecha: _____

ANEXO E. Consentimiento informado para directivos y operadores de la intervención

Proyecto: "EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA PROMOVER EL USO FRECUENTE DEL PRESERVATIVO EN JOVENES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE PALMIRA – 2019".

El presente formato es el consentimiento para participar en una Investigación liderada por el estudiante CARLOS ANDRES QUIROZ MORA del Doctorado en Salud de la Universidad del Valle vinculado al grupo de investigación de la Escuela de Enfermería. El presente estudio tiene como propósito conocer las percepciones de los operadores del proyecto PRESERVA y directivos de la Universidad del Valle en temas relacionados con la disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad de los preservativos en las diferentes componentes del proyecto preserva como estrategias para aumentar el uso del preservativo en los jóvenes universitarios. Los resultados obtenidos en este estudio permitirán orientar acciones para la promoción de la salud sexual y la prevención de ITS y el VIH en la comunidad estudiantil.

En esta investigación esperamos la participación voluntaria en promedio de 10 operadores y 10 directivos activos de la Universidad del Valle en la sede Palmira, los cuales esperamos puedan estar durante 2 meses.

Tu participación es VOLUNTARIA y consiste en:

Responder las preguntas de la encuesta: "Cuestionario para la evaluación institucional del condón", cuya aplicación dura aproximadamente entre 30 a 40 minutos. Puedes interrumpir la encuesta o negarte a responderla sin que esto afecte su vinculación contractual con la universidad. Aproximadamente 60 días después, se le invitará a participar de una reunión grupal donde se compartirá abierta y libremente tu opinión acerca de las estrategias que utiliza la universidad del valle en la sede de Palmira para aumentar el uso del preservativo en jóvenes universitarios. Finalizando la reunión, finaliza su participación en la investigación. Su participación en el estudio puede finalizar en caso de que no continúe vinculado al proyecto como operador o no continúe en la universidad como administrativo o directivo de la universidad del valle

Quiero aclararle que:

Su participación favorecerá a los jóvenes universitarios por las decisiones que se puedan tomar para mejorar la salud sexual y reproductiva en la universidad. Su participación no le demandara gasto alguno y tampoco le generara beneficios económicos. Si acepta participar del estudio, debes contestar con toda sinceridad las preguntas y requerimos de tu participación en el grupo de discusión.

La información que suministre es absolutamente confidencial. Solamente colocaras tu nombre y cedula en este consentimiento para participar del estudio, pero en ningún momento debes entregar su número telefónico, dirección, lugar de nacimiento, correo electrónico. La información que suministre estará bajo custodia solo en el computador del investigador, en un documento con contraseña para su ingreso y manejo de los datos. Tiene derecho a conocer información nueva del proyecto en caso de que surja en algún momento.

Si tiene alguna duda o deseara aclarar algún aspecto que surja a partir de la encuesta, siéntase en la libertad de contactarse conmigo al correo electrónico: enzoandrew@gmail.com. También puedes obtener información de este proyecto llamando a la Oficina del Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, al teléfono 5185677. Puede tener una copia de este consentimiento informado si lo deseas.

Yo, _____ identificado(a) con CC _____, de _____, después de haber leído y comprendido la información anteriormente expuesta acepto participar en este proyecto y declaro que he sido informado de los riesgos y beneficios que me representa participar en esta investigación y reconozco que mi participación es voluntaria y la información es totalmente confidencial. De igual manera autorizo hacer uso de los datos obtenidos en futuras investigaciones, previa autorización del comité de ética. Autorizo Sí _____ No _____

Firma participante: _____

Firma testigo 1: _____ CC: _____

Firma testigo 2: _____ CC: _____

Fecha: _____

ANEXO F. Cuestionario para la evaluación de la vida sexual y la participación en la intervención de los jóvenes universitarios

Encuesta # _____

Para reconocer su posible participación en el estudio, favor responda la siguiente pregunta:

¿Estudiante de la universidad pública de Palmira? SI _____ NO _____

Parte 1: Características sociodemográficas de los estudiantes

A continuación, se le preguntaran por algunas **características sociodemográficas**, pero no personales con el propósito de explicar el contexto de la población que participa en este estudio.

1. Programa: _____
2. Semestre: _____
3. Sexo: Hombre: _____ Mujer: _____
4. Lugar de nacimiento: _____
5. Edad: _____
6. Estrato socioeconómico: _____
7. Estado civil: Soltero: _____ Casado: _____ Unión Libre: _____
8. Último nivel académico alcanzado: Bachiller: _____, Técnico: _____, Tecnólogo: _____, Profesional: _____, Posgrado: _____
9. Nombre de la ciudad donde vive actualmente: _____
10. Antes de vivir en la ciudad que dice, ¿dónde vivía?:

11. ¿Hace cuánto vivió allí?

12. ¿De cuál de los siguientes grupos étnicos se considera usted?
Indígena: _____, Gitano: _____, Raizal: _____, Palenquero: _____, Negro, mulato: _____, Ninguno de los anteriores: _____.
13. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado?
Contributivo: _____, Especial: _____, Subsidiado: _____, Medicina Prepagada: _____, No sabe, no informa: _____.
14. ¿Vives con tu familia? (Marque solo una opción) Sí _____ No _____
15. ¿Los ingresos económicos para tu sostenimiento provienen de? (Puedes marcar varias opciones)
Padre: _____ Madre: _____ Ambos Padres: _____ Otro acudiente: _____
Padre(s) y Propios: _____ Solo propios: _____ Préstamo: _____

Parte 2: Preguntas acerca de la posibilidad que haya recibido la intervención:

1. ¿Ha recibido asesoría en salud sexual y reproductiva por la universidad? SI _____ NO _____
2. ¿Conoces los dispensadores de condones del campus de la universidad? SI _____ NO _____
3. ¿Usted ha recibido orientación por pares o jóvenes multiplicadores? SI _____ NO _____
4. ¿Usted ha recibido información de su universidad a través de los diferentes canales de información masiva (Facebook, Twitter, multimedia, ¿folletos, avisos, audio, WhatsApp) que motiven al uso del preservativo? SI _____ NO _____
5. ¿Usted asistió a actividades culturales (obras de teatro) acerca del preservativo? SI _____ NO _____

Parte 3: Vida sexual

Prácticas Sexuales

1. ¿Has tenido alguna de las siguientes prácticas sexuales?: boca-genitales, vagina-vagina o penetrativas (pene dentro de la vagina o pene dentro del ano) (Marque solo una opción) Sí ____ No ____

2. ¿Has tenido relaciones sexuales en el último mes? (Marque solo una opción) Si ____ No ____

3. ¿Actualmente tienes alguna persona con quien mantienes prácticas sexuales de manera estable? (Marque solo una opción)

Sí ____ No ____ No aplica ____

4. ¿Actualmente tienes prácticas sexuales con parejas ocasionales? (Marque solo una opción) Sí ____ No ____ No aplica ____

5. De acuerdo con tus vivencias y experiencia, responde los siguientes enunciados: (Marque solo una opción)

Enunciado	Sí	No	No Sé	No aplica
¿Has tenido prácticas sexuales con parejas ocasionales durante el tiempo de una relación estable con una persona? (Entendiendo ocasional como aquella persona con quien eventualmente has tenido relaciones sexuales)				
¿Has realizado prácticas sexuales en contra de tu voluntad?				

6. ¿Cuáles de las siguientes prácticas sexuales has tenido? (Puedes marcar varias opciones)

____ Pene – vagina ____ Pene – Boca ____ Pene – ano ____ Boca – vagina ____ Boca - ano

____ Pene – Pene ____ Vagina – vagina ____ Inserción del dedo a la vagina o ano ____ inserción del puño al interior de la vagina

o del ano) ____ Inserción de objetos en genitales ____ Prácticas con animales ____ Otras ¿Cuáles? _____

7. De acuerdo con tus vivencias, ¿con qué frecuencia has tenido este tipo de encuentros sexuales?

Enunciado	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Prácticas sexuales con alguna persona a la que le hayas dado retribución monetaria o material, por ejemplo: matrícula, ropa, celulares, accesorios, zapatos, calificaciones.				
Prácticas sexuales con alguna persona de quien hayas recibido retribución monetaria o material, por ejemplo: matrículas, ropa, celulares, accesorios, zapatos, calificaciones.				
Prácticas sexuales voluntarias con personas desconocidas que nunca volviste a ver.				
Prácticas o juegos sexuales con más de una persona a la vez.				
Prácticas sexuales con intercambio de parejas.				
Prácticas sexuales con personas que ejercen alguna forma de trabajo sexual.				
Prácticas sexuales usando alguna bebida alcohólica.				
Prácticas sexuales usando alguna sustancia psicoactiva (SPA).				
Prácticas sexuales virtuales (video chat).				
Prácticas sexuales presenciales con personas desconocidas concertadas virtualmente (cruising).				

Frecuencia del uso del preservativo

1. ¿Con qué frecuencia usas el preservativo o método de barrera cuando tienes prácticas sexuales con tu pareja estable? (Marque solo una opción) Siempre ____ Algunas veces ____ Nunca ____ No Aplica ____
2. ¿Con qué frecuencia usas el preservativo o método de barrera cuando tienes prácticas sexuales con tu pareja ocasional? (Marque solo una opción) Siempre ____ Algunas veces ____ Nunca ____ No Aplica ____
3. ¿Por cuáles de las siguientes razones usas el preservativo o métodos de barrera? (Puedes seleccionar varias opciones)
____ Permite tener sexo seguro contra infecciones ____ Por higiene ____ Ayuda en tener mejor lubricación
____ Ayuda a evitar embarazos no deseados ____ Porque es útil cuando se tiene relaciones anales
____ Otras ¿Cuáles? _____
4. ¿Por cuáles de las siguientes razones NO usas preservativo o métodos de barrera? (Marque solo una opción)
____ Disminuye la sensibilidad ____ Es señal de desconfianza ____ Al momento de colocarlo interrumpe la relación
____ Sólo es necesario cuando no se tiene una relación estable ____ Estábamos muy excitados ____ Siempre lo uso
____ No aplica o no tiene relaciones sexuales ____ Otras ¿Cuáles? _____

Intensión de uso del preservativo

1. ¿Cuántos preservativos o métodos de barrera llevas contigo en este momento? (Marque solo una opción)
____ Ninguno ____ Uno ____ Dos ____ Tres o más
2. Generalmente, ¿dónde consigues los preservativos o métodos de barrera? (Marque solo una opción).
____ Amigo ____ Familiar ____ Farmacia o droguería ____ Dentro de la universidad (compra o en máquinas dispensadoras) ____ Servicio de salud
____ Taller o campaña educativa ____ Tienda o supermercado ____ Dispensador público ____ La pareja lo llevaba ____ Nunca he utilizado preservativo ____ Otra ¿Dónde? _____

Aceptación del uso del preservativo

Marca con una X, el grado en que estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Aceptable	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
Es muy difícil hablar del tema del uso de condones para mi pareja.					
Siempre me siento incómodo cuando compro condones.					
Cuando sugiero usar un condón casi siempre me siento avergonzado.					
Es muy embarazoso comprar condones.					
Es difícil sugerir a mi pareja que usemos un condón.					
Sería vergonzoso que te vieran comprar condones en una tienda.					
Me siento incómodo hablando de condones con mi pareja.					
Siento temor cuando necesito condones.					

Actitudes hacia el preservativo					
Marca con una X, el grado en que estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones:					
Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
Me gusta usar preservativo					
Usar preservativo es fácil					
Usar preservativo significa desconfianza en tu pareja					
Usar preservativo “daña el momento”					
Usar preservativo le quita placer al acto sexual					
Me avergüenza comprar preservativos					
El usar preservativo intensifica el placer sexual					
Cuando una relación se transforma de informal a seria, no es necesario continuar usando preservativo					
Conocimientos acerca del preservativo					
Marca una opción de respuesta para cada ítem: (Marque solo una opción)					
Enunciados	Sí	No	No Sabe		
El preservativo tiene fecha de vencimiento.					
Debe usarse preservativo para las prácticas sexuales genitales y anales.					
Debe usarse preservativo para las prácticas sexuales buco-genitales					
El preservativo se puede utilizar como película de látex en la relación buco-vaginal.					
Un mismo preservativo se puede utilizar varias veces.					
El preservativo debe colocarse antes de la penetración.					
El preservativo debe retirarse antes de que el pene se ponga blando.					
El preservativo se puede guardar en la billetera.					
El calor afecta al preservativo.					
El empaque del preservativo debe estar sin aire.					
En Colombia todos los preservativos requieren del registro del “INVIMA”.					
Disponibilidad de preservativos					
Enunciados	No disponible en absoluto	Poco disponible	Algunas veces disponible	Parcialmente disponible	Totalmente disponible
	0	1	2	3	4
¿Están disponibles máquinas dispensadoras de condones en el campus?					
¿Qué disponibilidad tienen los condones en el campus?					
¿Están disponibles los condones justo antes de las relaciones sexuales?					

Accesibilidad a los preservativos						
Enunciados	Muy difícil	difícil	Ni fácil - Ni difícil	fácil	Muy fácil	
	1	2	3	4	5	
Si estuviera buscando un condón hoy en el campus, ¿qué tan difícil o fácil sería obtener uno?"						
Si estuviera buscando una maquina dispensadora de condones en el campus, ¿qué tan difícil o fácil sería encontrar una?						

Fecha: _____ Lugar: _____ Hora: _____

Moderador: _____ Código dado (aleatorio): _____

Presentación de la entrevista

El tema que vamos a tratar en esta entrevista es la coherencia y funcionamiento de forma general de la intervención Preserva. Como bien usted sabe, la intervención que usted como directivo implemento, se pensó bajo ciertas circunstancias y ahora quiero saber su opinión acerca de lo que se desarrolló. Para saber acerca del desempeño de la intervención y el funcionamiento, le realizaré una serie de preguntas que tú puedes responder libremente. Si no quiere responder a alguna pregunta simplemente puedes decir “paso” o “no sé”. Le recuerdo que estos datos son totalmente confidenciales y anónimos, y que se utilizarán únicamente para la realización de esta investigación.

Inicio de la sesión: Preguntas orientadoras para el entrevistador

1. Hábleme un poco de cómo nace la intervención preserva, e intente detallarme como se crean los componentes y las actividades
2. ¿Se articula la intervención a planes o políticas institucionales?
3. ¿Cree usted que se logró abarcar las necesidades de los jóvenes universitarios?, por qué?
4. ¿Porque cree usted que se cumplieron los objetivos de la intervención?
5. ¿Cómo cree usted que el contexto influyo en los resultados obtenidos?
6. ¿La intervención preserva se pensó para impactar a los jóvenes, la universidad y el contexto?
7. ¿Qué cree usted que funcionó de la intervención preserva?, ¿Que cree que no?
8. ¿Qué contexto cree usted favoreció o no la intervención Preserva?
9. ¿Quiénes cree usted fueron los principales beneficiarios de la intervención?
10. ¿Qué ajustes le realizó a la intervención durante su implementación?, por qué?
11. ¿Cuáles cree usted que fueron las causas, razones o lógicas que hicieron que la intervención funcionara o no?

Identificación del participante

Fecha: _____ Lugar: _____ Hora: _____

Moderador: _____ Código dado (aleatorio): _____

Presentación de la entrevista

El tema que vamos a tratar en esta entrevista es la percepción que tienes acerca del funcionamiento de la intervención Preserva. Como bien usted sabe, la intervención se dirigió a jóvenes que tienen una vida sexual activa. Para saber acerca del desempeño de la intervención y el funcionamiento, le realizaré una serie de preguntas que tú puedes responder libremente. Si no quiere responder a alguna pregunta simplemente puedes decir “paso” o “no sé”. Le recuerdo que estos datos son totalmente confidenciales y anónimos, y que se utilizarán únicamente para la realización de esta investigación.

Inicio de la sesión: Preguntas orientadoras para el entrevistador

1. Cuénteme un poco cual fue su papel como operador en la intervención Preserva
2. ¿Tenía una ruta de trabajo claramente definida o se apoyaba en un marco lógico de la intervención?
3. Hábleme un poco de los componentes de la intervención. ¿En su opinión, los componentes que se planearon fueron los que se desarrollaron?
4. ¿Usted cree que se lograron abarcar todos los contenidos previstos?
5. ¿Qué opinión tienen usted frente a la frecuencia con que se realizaron las intervenciones?
6. ¿Considera usted que se abarco la población que se esperaba?
7. ¿Cree usted que el tiempo en que desarrollaron las actividades era el tiempo estimado?
8. ¿En cuánto a las actividades que te tenían diseñadas, se les realizó adecuaciones?
¿Si, no por qué?
9. ¿Qué cree usted que funcionó de la intervención preserva?, ¿Que cree que no?
10. ¿Qué contexto cree usted favoreció o no la intervención Preserva?
11. ¿Quiénes cree usted fueron los principales beneficiarios de la intervención?
12. ¿Qué ajustes le realizó a la intervención durante su implementación?, por qué?
13. ¿Cuáles cree usted que fueron las causas, razones o lógicas que hicieron que la intervención funcionara o no?

Identificación del participante

Fecha: _____ Lugar: _____ Hora: _____

Moderador: _____ Código dado (aleatorio): _____

Presentación de la entrevista

El tema que vamos a tratar en esta entrevista es la percepción que tienes acerca de la intervención Preserva. Como sabrás, la intervención está dirigida a jóvenes como tú que tienen una vida sexual activa. Para saber tus percepciones, te realizaré una serie de preguntas que tú puedes responder libremente. Si no quieres responder a alguna pregunta simplemente puedes decir “paso” o “no sé”. Te recuerdo que estos datos son totalmente confidenciales y anónimos, y que se utilizarán únicamente para la realización de esta investigación.

Inicio de la sesión: Preguntas orientadoras para el entrevistador

1. ¿Cuándo usted asistió a las actividades de la intervención, como se sentía al principio y como se siente ahora?
2. ¿Qué cree que ha cambiado en usted después de haber pasado por esta intervención?
3. ¿En esos cambios que usted me nombra, cómo ve usted a los otros jóvenes?
4. ¿Qué aprendizajes le ha dejado la intervención Preserva a su vida?
5. ¿Qué experiencia usted destacaría de su participación en la intervención Preserva?
6. ¿Qué cree usted que hizo que la intervención funcionara o no?
7. ¿Cree usted que la intervención responde a sus necesidades?
8. ¿Ahora después de la intervención, que piensas?
9. ¿En qué aspectos crees, que la intervención preserva no alcanzo impactar en los jóvenes de acuerdo a la realidad sexual que viven?
10. ¿Crees que el enfoque de la intervención si era para todos los jóvenes o cree que su enfoque era solo para unos cuantos?
11. ¿En qué aspectos (creencias, actitudes, practicas, conocimientos) crees que influyo más en ti la intervención Preserva?

Identificación de participantes

Sesión Nro. _____ Fecha: _____ Lugar: _____

Participantes (códigos):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Moderador: _____ Observador: _____

Tema(s): _____

Presentación del proyecto

Están convocados a este grupo de focal para conocer sus opiniones acerca de su vivencia como directivas de la intervención Preserva y también para comprender las situaciones, aspectos o características que se dieron durante la intervención. Este es un espacio de discusión abierto que permitirá comprender los aspectos que facilitaron y limitaron la implementación de la intervención. La participación de ustedes como directivos y tomadores de decisiones servirá para comprender mejor los resultados globales de la evaluación.

Inicio de la sesión: Preguntas para el grupo focal

Aquí se presenta la TIP reconstruida: y se hacen preguntas

- ¿Se identifican con la descripción de la intervención?
- ¿Qué evidencias sustentan la teoría del programa al que ustedes diseñaron?
- Las actividades planteadas ¿dan respuesta a las planteadas por ustedes?
- ¿Qué mecanismos creen ustedes, están implícitos en esta teoría que les mostro?
- Analicemos los contextos, ¿creen ustedes que estos contextos definen la intervención Preserva?
- ¿Qué cambios se generaron en los jóvenes
- ¿Qué impidió el desarrollo de los componentes de la intervención?

Pregunta Clave: ¿Desde su perspectiva, que aspectos de las vidas de los jóvenes y de la salud sexual y reproductiva impactó este programa?

Hora de inicio: _____

Hora de finalización: _____

Identificación de participantes

Sesión Nro. _____ Fecha: _____ Lugar: _____

Participantes (códigos):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Moderador: _____ Observador: _____

Tema(s): _____

Presentación del proyecto

Están convocados a este grupo focal para conocer sus experiencias durante el proceso de implementación de la intervención. El interés fundamental de esta actividad es comprender las situaciones, aspectos o características que permitieron o no la implementación de la intervención. Este es un espacio de discusión abierto que permitirá comprender los aspectos que facilitaron o limitaron la implementación de la intervención. La participación de ustedes como operadores del programa permitirá conocer el cómo se dieron estos aspectos de la intervención.

Inicio de la sesión: Preguntas para el grupo focal

Aquí se presenta la TIP reconstruida: y se hacen preguntas

- ¿Se identifican con la descripción de la intervención?
- ¿Qué evidencias sustentan la teoría del programa al que ustedes diseñaron?
- Las actividades planteadas ¿dan respuesta a las planteadas por ustedes?
- ¿Qué mecanismos creen ustedes, están implícitos en esta teoría que les muestro?
- Analicemos los contextos, ¿creen ustedes que estos contextos definen la intervención Preserva?
- ¿Qué cambios se generaron en los jóvenes
- ¿Qué impidió el desarrollo de los componentes de la intervención?
- ¿Qué factores políticos o sociales facilitaron o impidieron el desarrollo de la intervención?
- ¿En quienes funcionó la Intervención?

Pregunta Clave: ¿Desde su perspectiva, que aspectos de las vidas de los jóvenes y de la salud sexual y reproductiva impactó este programa?

Hora de inicio: _____

Hora de finalización: _____

Identificación de participantes

Sesión Nro. _____ Fecha: _____ Lugar: _____

Participantes (códigos):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Moderador: _____ Observador: _____

Tema(s): _____

Presentación del proyecto

Están convocados a este grupo de discusión para conocer sus opiniones acerca de su vivencia como estudiantes universitarios acerca de la intervención Preserva y también para comprender las situaciones, aspectos o características que se dieron durante la intervención.

Inicio de la sesión: Preguntas para el grupo focal

Impacto de la intervención sobre los estudiantes:

- ¿Qué palabra consideran ustedes que identifica o se asocia con el programa Preserva?
- ¿ustedes creen que el programa Preserva responde a las en las necesidades de los estudiantes, porque si o porque no?

En cuanto a las asesorías en salud sexual y reproductiva

- ¿En la percepción de ustedes, que creencias creen que han cambiado después de pasar por las asesorías individuales del programa?
- ¿Si no han cambiado, que explicación le darían ustedes a eso?
- ¿Qué piensan ustedes de los profesionales que les brindaron la asesoría?
- ¿Qué piensan ahora del preservativo?
- ¿Me gustaría saber, después de este programa, que uso le están dando al preservativo?

En cuanto a los canales de información y comunicación

(Se colocará una diapositiva con la información que el programa envió a los estudiantes)

- ¿Por qué medios y redes sociales se enteran ustedes de la información en salud sexual y reproductiva?
- ¿Qué tipo de información es la que contienen estos mensajes?
- ¿Qué opinión tienen ustedes de esos mensajes?
- ¿Ustedes como creen que funcionó lo que observan en la diapositiva desde su experiencia?

En cuanto a las actividades culturales

- ¿Cuáles son los mitos y creencias que ustedes lograron cambiar luego de ver la obra de teatro?

Aquí se presenta la TIP reconstruida: y se hacen preguntas

- ¿Cuál es el papel de la universidad en la salud sexual de los jóvenes?
- ¿En su opinión, cuáles son los beneficios de que exista un programa, intervención o estrategias para aumentar el uso del preservativo en la universidad?

Preguntas Clave:

¿Qué aspectos de sus vidas y de su salud sexual y reproductiva ha impactado este programa?

¿Creen ustedes que el objetivo del programa se cumple?, Porque sí? ¿Porque no?

¿Si ustedes fueran los directivos, que indicadores propondrían para saber si funciona o no funciona?

¿De la intervención, qué fue lo que mejor funcionó y por qué? ¿Cómo funcionó? ¿Y qué fue lo que menos funcionó y por qué?

(Aquí se les colocará una diapositiva explicando que es el contexto, que significa y algunos ejemplos)

¿Qué del contexto, ha influido positivamente o negativamente en el desarrollo de la intervención?

Hora de inicio: _____

Hora de finalización: _____

ANEXO M. Modelos de regresión: resultados de regresión por categorías

ANEXO IV. Modelos de regresión. Resultados de regresión por categorías								
Variables explicativas		Categoría	% Frecuencia uso del preservativo		OR	I.C. 95%		Sig.
			Nunca - Algunas veces	Siempre		Inf	Sup	
Sociodemográficos	Sexo	Mujer	74	26	1	-	-	-
		Hombre	66	34	1,44	1,04	2,01	0,031
	Percibe ingresos por otras fuentes	No	70	30	1	-	-	-
		Si	88	12	3,05	0,90	10,33	0,073

Variables explicativas		Categoría	% Frecuencia uso del preservativo		OR	I.C. 95%		Sig.
			Nunca -			Inf	Sup	
			Algunas veces	Siempre				
Prácticas sexuales	con pareja estable en la actualidad	No	61	39	1	-	-	-
		No aplica	96	4	0,33	0,08	1,37	0,127
		Si	72	28	0,56	0,39	0,81	0,002
	con parejas ocasionales en la actualidad	No	66	34	1	-	-	-
		No aplica	94	6	0,61	0,20	1,89	0,396
		Si	77	23	0,41	0,20	0,84	0,014
	en contra de la voluntad	No	67	33	1	-	-	-
		No aplica	98	2	0,13	0,02	1,03	0,053
		Si	77	23	0,47	0,16	1,35	0,162
	Pene - Vagina	No	88	12	1	-	-	-
		Si	66	34	3,35	1,79	6,27	0,000
	Boca - Ano	No	70	30	1	-	-	-
		Si	77	23	0,42	0,20	0,86	0,018
	Pene - Pene	No	71	29	1	-	-	-
		Si	45	55	6,29	2,01	19,67	0,002
	con alguna persona a la que le hayas dado retribución monetaria o material, por ejemplo: matrícula, ropa, celulares, accesorios, zapatos, calificaciones.	Nunca - Algunas veces	70	30	1	-	-	-
		Casi siempre - Siempre	100	0	0	0,00	0,00	0,999
		con más de una persona a la vez.	Nunca - Algunas veces	71	29	1	-	-
	Casi siempre - Siempre		43	57	11,30	1,32	96,49	0,027

Variables explicativas		Categoría	% Frecuencia uso del preservativo		OR	I.C. 95%		Sig.
			Nunca - Algunas veces	Siempre		Inf	Sup	
Razones de uso del preservativo	Ayuda a evitar embarazos no deseados	No	81	19	1	-	-	-
		Si	65	35	1,88	1,10	3,24	0,022
Razones de NO uso del preservativo	Al momento de colocarlo interrumpe la relación	No	70	30	1	-	-	-
		Si	100	0	0,00	0,00	0,00	0,998
	Alergia, irritación	No	70	30	1	-	-	-
		Si	100	0	0,00	0,00	0,00	0,999
	Disminuye la sensibilidad	No	66	34	1	-	-	-
		Si	93	8	0,03	0,01	0,06	0,000
	Estábamos muy excitados	No	67	33	1	-	-	-
		Si	92	8	0,02	0,01	0,06	0,000
	Otros métodos	No	70	30	1	-	-	-
		Si	89	11	0,04	0,01	0,33	0,003
	Sólo es necesario cuando no se tiene una relación seria	No	67	33	1	-	-	-
		Si	96	4	0,01	0,00	0,05	0,000
Intención de uso del preservativo	Preservativos o métodos de barrera que lleva consigo en este momento	Ninguno	80	20	1	-	-	-
		Uno	66	34	1,88	1,03	3,42	0,039
		Dos o más	49	51	2,54	1,42	4,56	0,002

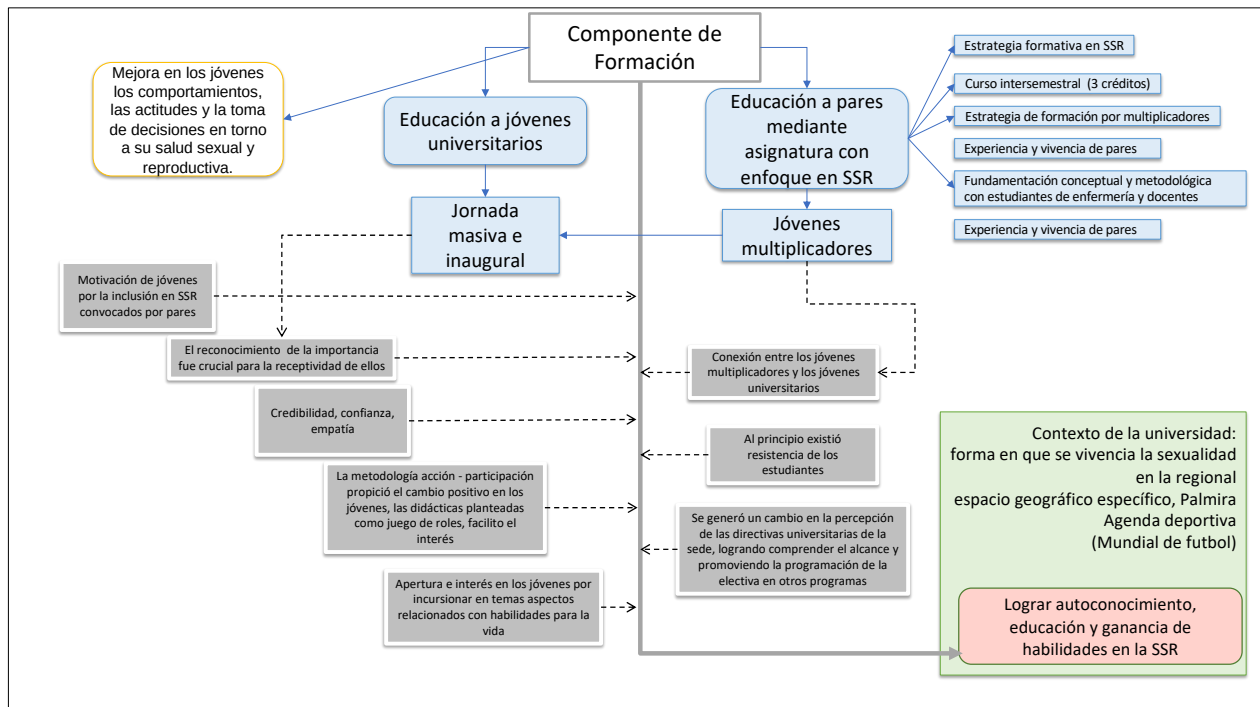
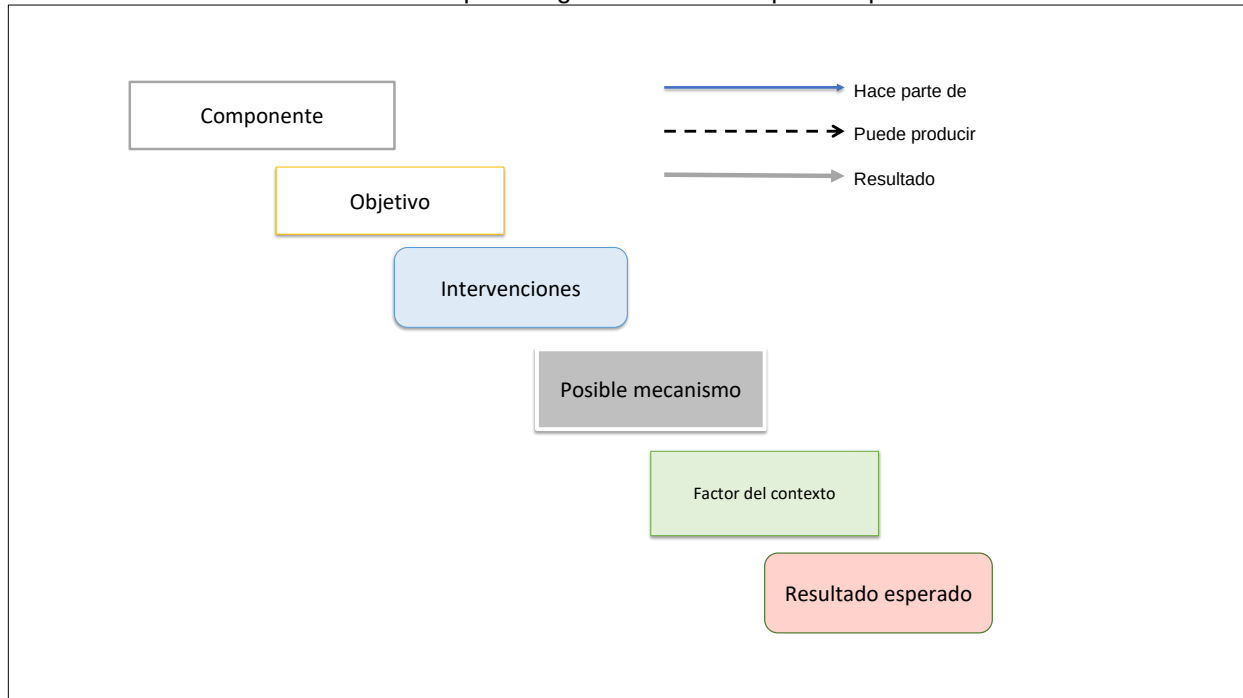
Variables explicativas		Categoría	% Frecuencia uso del preservativo		OR	I.C. 95%		Sig.
						Inf	Sup	
			Nunca - Algunas veces	Siempre				
Actitudes hacia el preservativo	Me gusta usar preservativo	En desacuerdo	90	10	1	-	-	-
		De acuerdo	68	32	3,74	1,75	8,01	0,001
	Usar preservativo significa desconfianza en tu pareja	En desacuerdo	69	31	1	-	-	-
		De acuerdo	90	10	0,29	0,09	0,89	0,030
	Usar preservativo le quita placer al acto sexual	En desacuerdo	66	34	1	-	-	-
		De acuerdo	78	22	0,71	0,48	1,05	0,084
Conocimientos acerca del preservativo	Cuando una relación se transforma de informal a seria, no es necesario continuar usando preservativo	En desacuerdo	67	34	1	-	-	-
		De acuerdo	82	18	0,52	0,33	0,81	0,004
	Un mismo preservativo se puede utilizar varias veces	No	71	29	1	-	-	-
		Si	33	67	13,31	0,76	234,0	0,077
	El preservativo debe colocarse antes de la penetración	No	92	8	1	-	-	-
		Si	70	30	7,52	0,62	91,77	0,114
	El empaque del preservativo debe estar sin aire	No	75	25	1	-	-	-
		Si	66	34	1,40	0,99	1,98	0,054

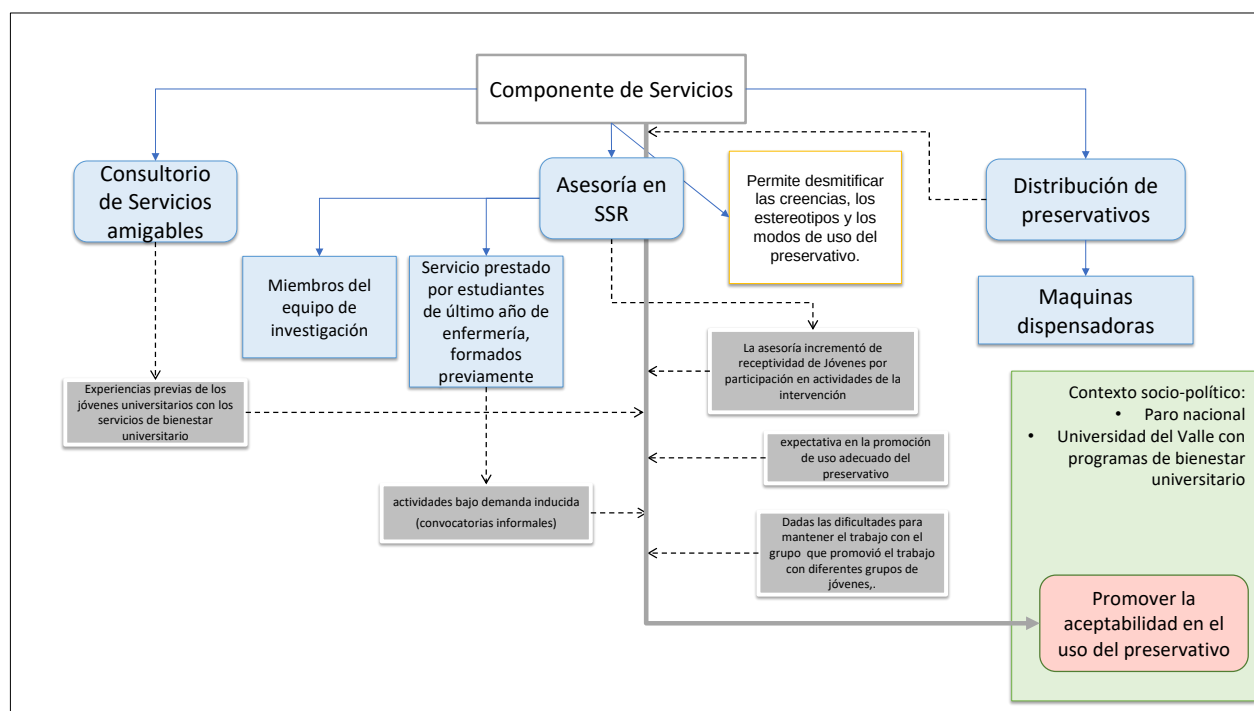
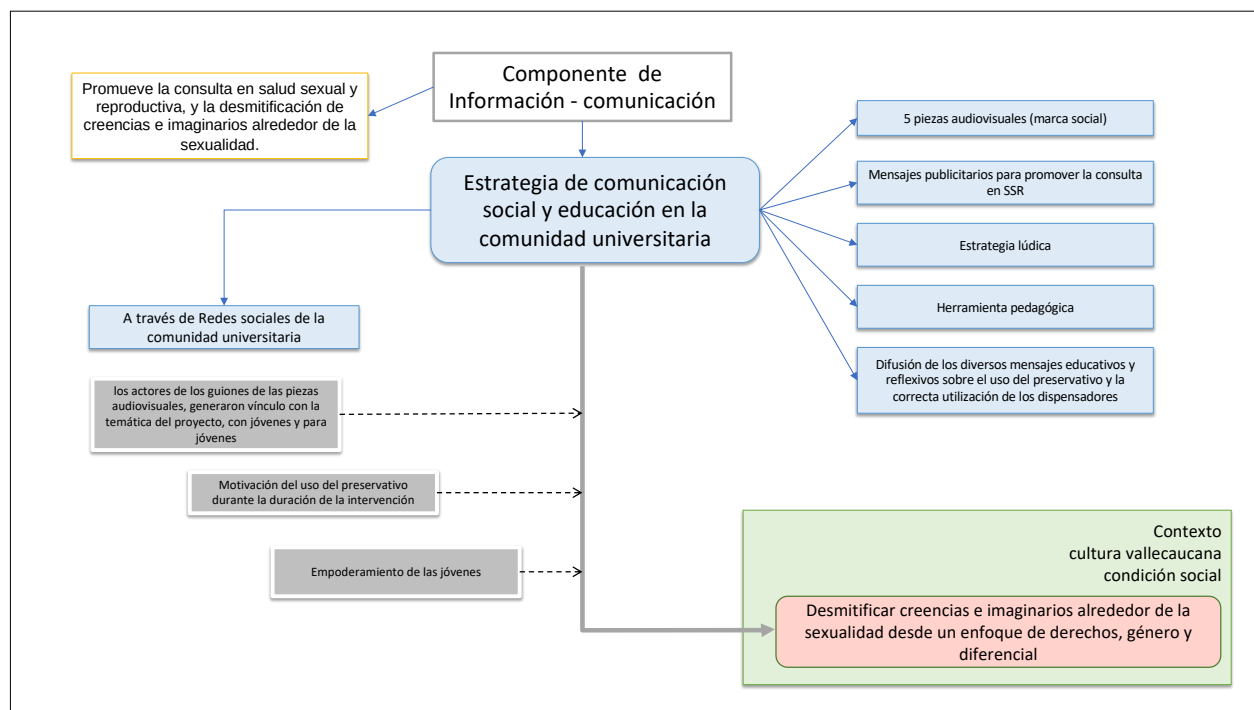
Variables explicativas		Categoría	% Frecuencia uso del preservativo		OR	I.C. 95%		Sig.
			Nunca - Algunas veces	Siempre		Inf	Sup	
Aceptación de uso del preservativo	Es difícil sugerir a mi pareja que usemos un condón	En desacuerdo	69	31	1	-	-	-
		De acuerdo	88	12	0,35	0,16	0,75	0,007
Disponibilidad de preservativos	¿Están disponibles los condones justo antes de las relaciones sexuales?	No disponible	80	20	1	-	-	-
		Disponible	61	39	2,42	1,71	3,41	0,000

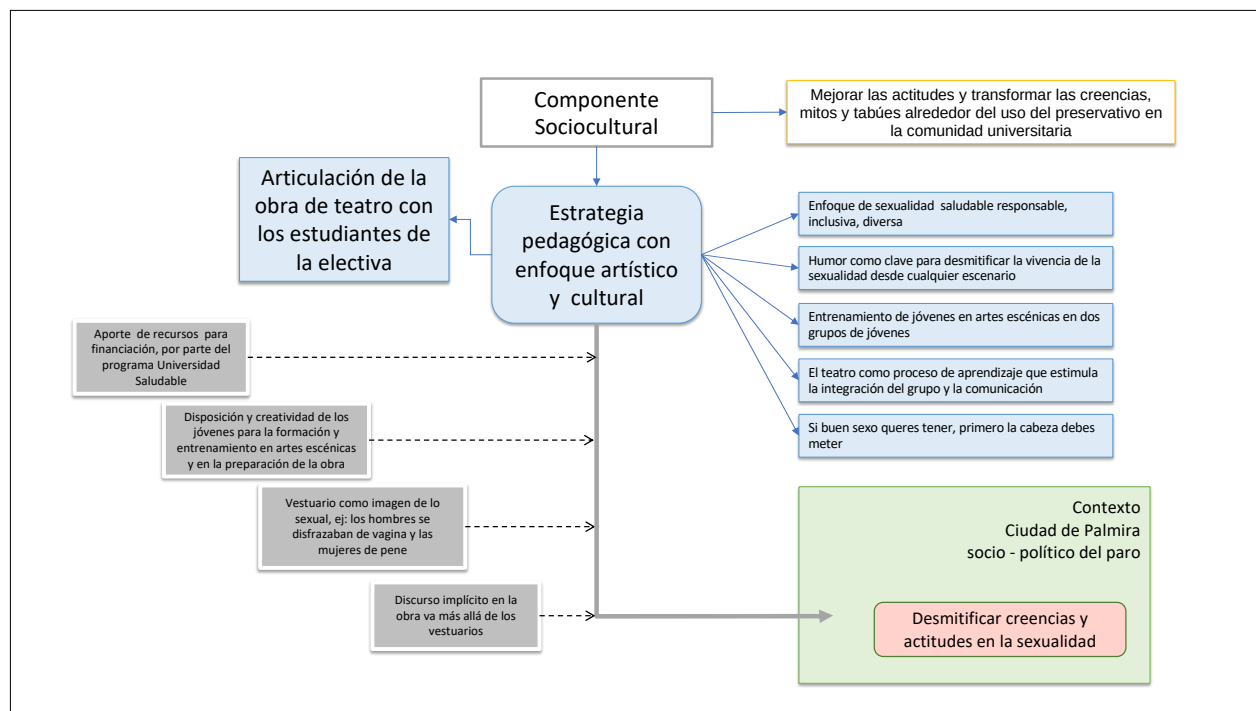
ANEXO N. Análisis de colinealidad

Correlaciones	Rho de Spearman	Sexo	Prácticas sexuales con parejas ocasionales en la actualidad	Práctica sexual (Pene - Vagina)	Razones de NO uso del preservativo (Disminuye la sensibilidad)	Razones de NO uso del preservativo (Estábamos muy excitados)	Razones de NO uso del preservativo (No aplica o no tiene relaciones sexuales)	Razones de NO uso del preservativo (Otros métodos)	Razones de NO uso del preservativo (Sólo es necesario cuando no se tiene una relación seria)	Preservativos o métodos de barrera que lleva consigo en este momento	Actitudes hacia el preservativo [Me gusta usar preservativo]	Actitudes hacia el preservativo [Cuando una relación se transforma de informal a seria, no es necesario continuar usando preservativo]	Aceptación de uso del preservativo [Es difícil sugerir a mi pareja que usemos un condón.]	Disponibilidad de preservativos [¿Están disponibles los condones justo antes de las relaciones sexuales?]
Sexo	Coefficiente de correlación	1	-0,039	-0,1	-0,053	-0,006	0,136	-0,001	-0,054	-0,207	-0,036	-0,134	0,03	-0,038
Prácticas sexuales con parejas ocasionales en la actualidad	Coefficiente de correlación	-0,039	1	-0,32	-0,058	-0,033	0,274	-0,024	-0,022	-0,074	-0,024	-0,029	0,012	-0,022
Práctica sexual (Pene - Vagina)	Coefficiente de correlación	-0,1	-0,32	1	0,179	0,168	-0,654	-0,001	0,16	0,213	0,034	0,103	0,041	0,047
Razones de NO uso del preservativo (Disminuye la sensibilidad)	Coefficiente de correlación	-0,053	-0,058	0,179	1	-0,171	-0,233	-0,05	-0,158	-0,013	-0,176	0,094	0,037	0
Razones de NO uso del preservativo (Estábamos muy excitados)	Coefficiente de correlación	-0,006	-0,033	0,168	-0,171	1	-0,214	-0,046	-0,145	0,017	0,055	-0,033	-0,014	-0,027
Razones de NO uso del preservativo (No aplica o no tiene relaciones sexuales)	Coefficiente de correlación	0,136	0,274	-0,654	-0,233	-0,214	1	-0,063	-0,198	-0,249	0,049	-0,153	0,013	-0,036
Razones de NO uso del preservativo (Otros métodos)	Coefficiente de correlación	-0,001	-0,024	-0,001	-0,05	-0,046	-0,063	1	-0,042	0,025	-0,036	-0,008	0,049	0,041
Razones de NO uso del preservativo (Sólo es necesario cuando no se tiene una relación seria)	Coefficiente de correlación	-0,054	-0,022	0,16	-0,158	-0,145	-0,198	-0,042	1	-0,045	-0,074	0,28	0,065	-0,139
Preservativos o métodos de barrera que lleva consigo en este momento	Coefficiente de correlación	-0,207	-0,074	0,213	-0,013	0,017	-0,249	0,025	-0,045	1	0,122	0,026	-0,077	0,207
Actitudes hacia el preservativo [Me gusta usar preservativo]	Coefficiente de correlación	-0,036	-0,024	0,034	-0,176	0,055	0,049	-0,036	-0,074	0,122	1	-0,064	0	0,12
Actitudes hacia el preservativo [Cuando una relación se transforma de informal a seria, no es necesario continuar usando preservativo]	Coefficiente de correlación	-0,134	-0,029	0,103	0,094	-0,033	-0,153	-0,008	0,28	0,026	-0,064	1	0,106	-0,145
Aceptación de uso del preservativo [Es difícil sugerir a mi pareja que usemos un condón.]	Coefficiente de correlación	0,03	0,012	0,041	0,037	-0,014	0,013	0,049	0,065	-0,077	0	0,106	1	-0,113
Disponibilidad de preservativos [¿Están disponibles los condones justo antes de las relaciones sexuales?]	Coefficiente de correlación	-0,038	-0,022	0,047	0	-0,027	-0,036	0,041	-0,139	0,207	0,12	-0,145	-0,113	1

ANEXO O. Esquemas gráficos de la TIP por componente



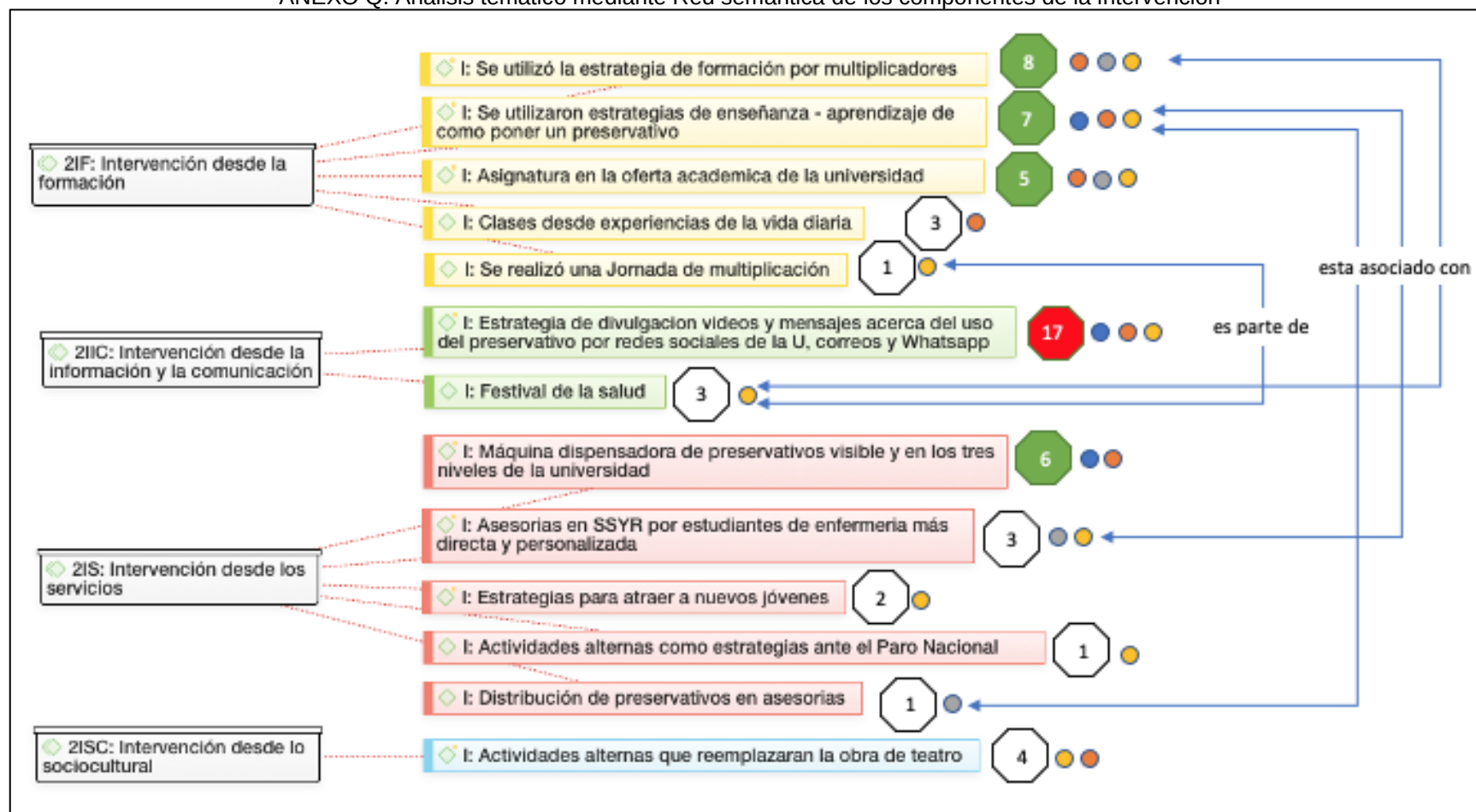


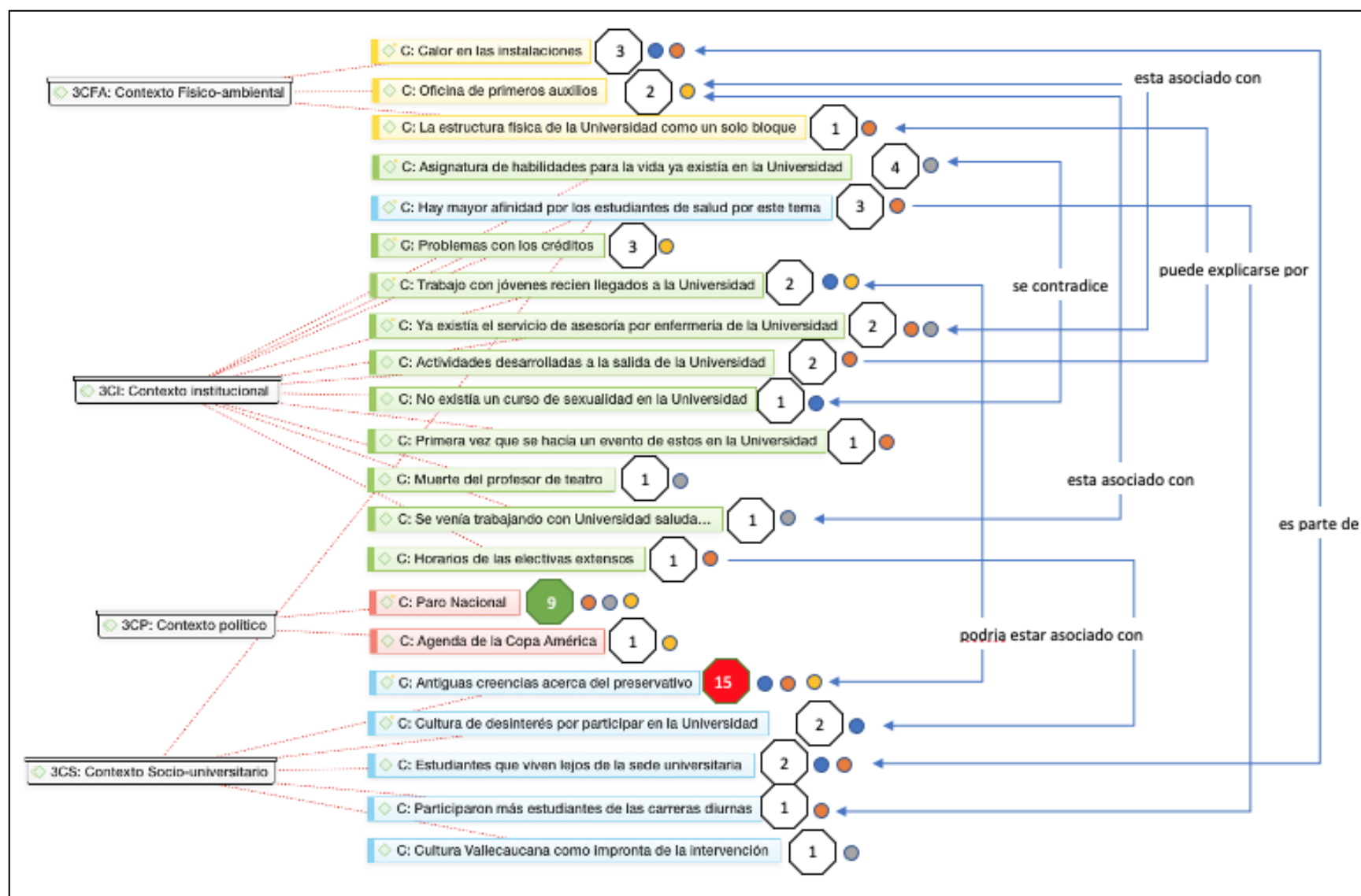


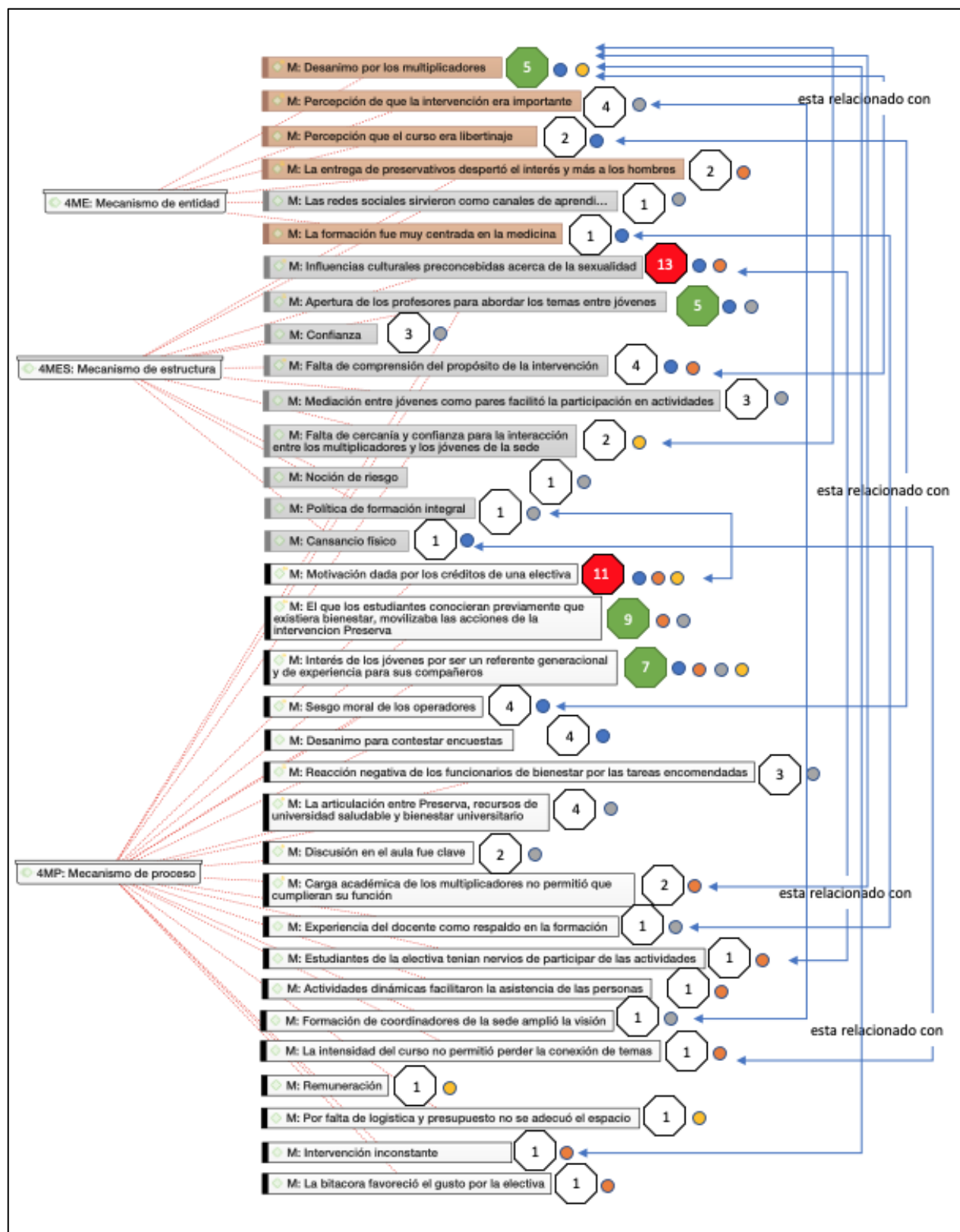
ANEXO P. Codificación del grupo focal realista para la reconstrucción de la teoría

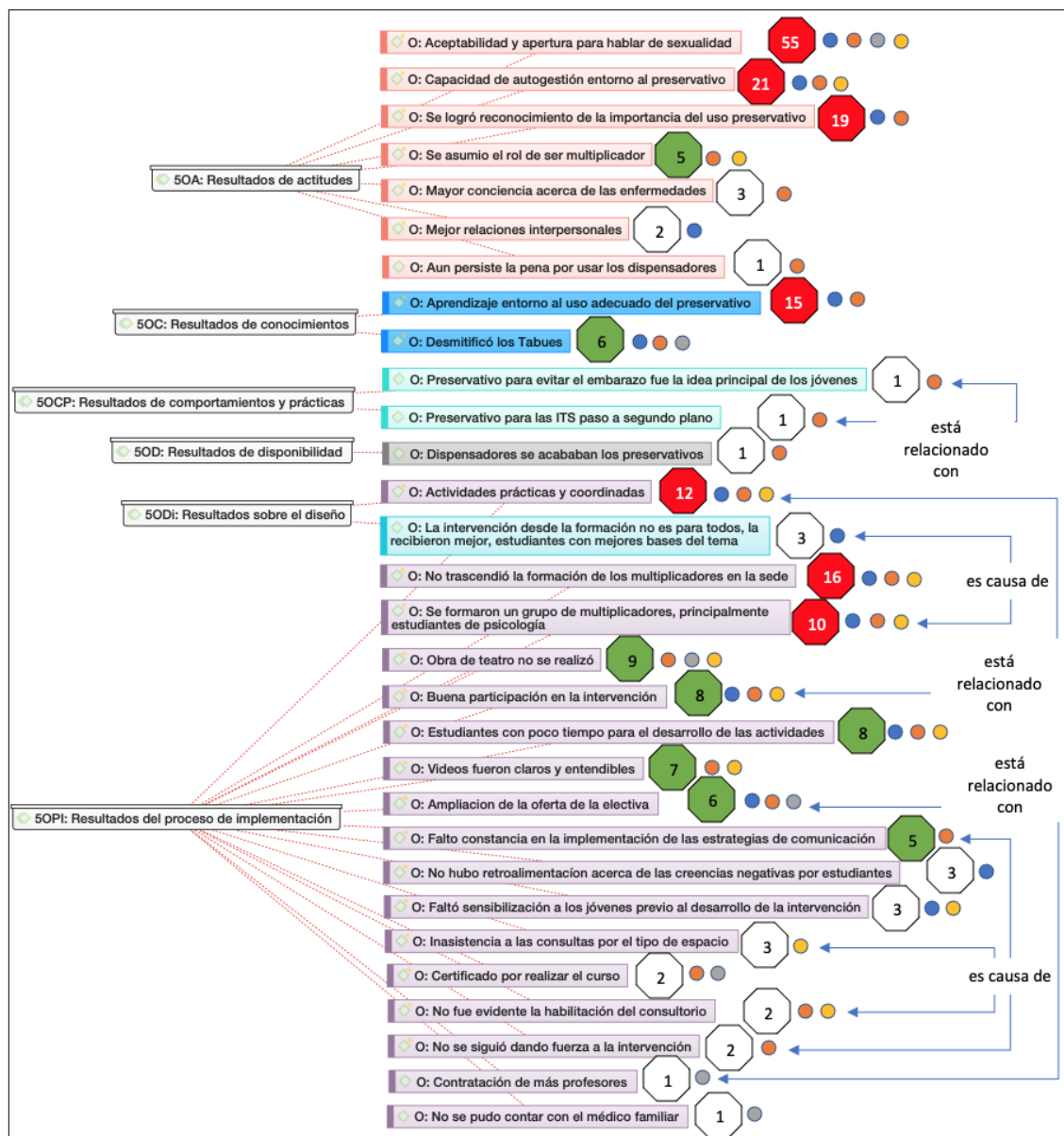
		5 Transcripcion grupo focal directivos.docx " 116	Totales
● C1: Antiguas creencias acerca del preservativo e imaginarios sociales	" 18	1	1
● C2: Las redes sociales como canales de aprendizaje y de interacción	" 10	1	1
● C4: Asignatura de habilidades para la vida pre existente en la Universidad, ahora,...	" 7	5	5
● C11: Ya existía el servicio de asesoría por enfermería de la Universidad	" 1	1	1
● I1: Estrategia de divulgación videos y mensajes acerca del uso del preservativo p...	" 18	1	1
● I2: Se utilizó la estrategia de formación por multiplicadores	" 7	5	5
● I4: Máquina dispensadora de preservativos visible y en los tres niveles de la univ...	" 8	1	1
● I7: Asesorías en SSYR por estudiantes de enfermería más directa y personalizada	" 4	3	3
● I8: Obra de teatro: "si buen sexo querés tener primero la cabeza debés meter"	" 5	1	1
● I9: Aprestamiento montaje de consultorio amigable	" 4	1	1
● I13: Distribución de preservativos en asesorías	" 1	1	1
● M1: Interés y empoderamiento de los jóvenes multiplicadores para asumir el pap...	" 33	11	11
● M3: Motivación dada por los créditos de una asignatura	" 10	1	1
● M4: La articulación entre Preserva, recursos de universidad saludable y bienesta...	" 8	7	7
● M5: Conciencia acerca de la proximidad con problemas reales en SSYR de su cul...	" 8	5	5
● M6: Jóvenes del sexo masculino mas interesados y desinhibidos para participar...	" 8	4	4
● M7: Confianza	" 7	5	5
● O1: Aceptabilidad y apertura para hablar de sexualidad	" 60	10	10
● O2: Capacidad de autogestión entorno al preservativo	" 22	1	1
● O3: Aprendizaje entorno ITS/VIH y conocimientos acerca del uso del preservativo	" 22	1	1
● O5: Se logró reconocimiento de la importancia del uso preservativo	" 14	1	1
● O17: Mayor conciencia acerca de las enfermedades	" 4	1	1
Totales		68	68

ANEXO Q. Análisis temático mediante Red semántica de los componentes de la intervención









ANEXO R. Criterios de evaluación de configuraciones CMO en la Evaluación Realista

Assessing CMOs – Criteria

Criteria - Outcomes	O/C 1	O/C 2	O/C 3
Clearly described			
'Belongs' to a particular actor or component of system			
Evaluable – Single outcome OR can be separated from other outcomes AND indicators/processes for assessing could be developed.			

Criteria - Mechanisms	Mech 1	Mech 2	Mech 3
Not program activity			
Explains <i>how</i> A causes B (B = immediate outcome)			
Same 'actor' for mechanism and outcome			
Invisible			
Different level of system (higher or lower) than outcome			
Applies one of the 5 constructs of mechanism appropriately			
Middle range			
Includes name/title and clear description of process			

Criteria - Context	C 1	C 2	C 3
Specific/detailed feature of context (not just 'setting')			
Includes features 'other than' implementation of program			
Includes for whom or for whom not			
Clearly described (possible to work out indicators or reliable ways to assess)			
Apparent why the context would affect whether the mechanism would operate			

Westhorp Gill. Realist Research and Evaluation (Online Program). (RREALI) Realist Research Evaluation and Learning Initiative Northern Institute, Charles Darwin University - Australia. March - April 2011.

ANEXO S. Integración de resultados Cuanli - Cuanti bajo la complementariedad metodológica

Categoría/Variable	Cuantitativo	Cualitativo
Categoría: Aceptación de uso del preservativo y apertura para hablar de sexualidad	El 32,3% de los jóvenes que les gusta usar el preservativo, siempre lo usan	2:68 ¶ 61 (Fragmento discursivo de operadores) <i>“...digamos que los chicos se mostraron muy receptivos a hablar sobre derechos sexuales y reproductivos, sobre mitos, sobre el uso del preservativo”</i>
Variable: Aceptación de uso del preservativo	Los jóvenes a quienes les gusta usar el preservativo, tienen 2,03 veces la oportunidad de usar siempre el preservativo con respecto a los jóvenes que no les gusta (OR=3,03) El 30,6% de los jóvenes que consideran que es embarazoso comprar preservativos, siempre lo usan	4:18 ¶ 231 (Fragmento discursivo de jóvenes beneficiarios) <i>“.. me ayudó a quitarme un poco como ese sesgo y esa pena pues de uno adquirir un preservativo, de que uno tenga que ir a una farmacia y preguntar por uno o digamos de ir al dispensador”</i>

Categoría/Variable	Cuantitativo	Cualitativo
Categoría: Capacidad de autogestión entorno al preservativo	El 97,2% de los jóvenes expuestos a la intervención considera que usar el preservativo es fácil en comparación con los no expuestos en un 95,5%	1:5 ¶ 205 (Fragmento discursivo de informante clave) <i>“...digamos se pierde como esa pena de hablar acerca del preservativo y también justamente por esa formación algo que cambió fue el hecho de que como ya aprendí como esas cositas y ya como solté el miedo y pena de hablar o de conseguir un preservativo en cualquier momento, que creo que es necesario antes o después, hay que conseguirlo siempre y es esto hay que decírselo a otras personas”</i>
Variable: Actitudes hacia el preservativo	El 29,8% de los jóvenes que consideran que usar el preservativo es fácil, siempre lo usan.	

Categoría/Variable	Cuantitativo	Cualitativo
Categoría: A pesar que se agotan los preservativos en los dispensadores, su uso aún es reservado	Entre el 70 y 60% de los jóvenes que estuvieron expuesto a la intervención, consideran que existen máquinas dispensadoras y que los preservativos están disponibles justo antes de las relaciones sexuales.	3:16 ¶ 77 (<i>Fragmento discursivo de jóvenes</i>) <i>“... sí las conocí y a veces si veía como personas ahí al lado, creo pues que, si las usaban porque a veces estaban como vacías, tenían letreros como que “en mantenimiento” o la gente contaba que ya están vacías”</i>
Variable: Disponibilidad de preservativos	Los jóvenes universitarios que tienen disponibles preservativos justo antes de las relaciones sexuales, tienen 1,03 veces la oportunidad de usar siempre el preservativo (OR=2,03).	5:1 ¶ 67 (<i>Fragmento discursivo directivos</i>) <i>“...algunos jóvenes empezaron a anunciar que tal dispensador no funcionaba “profe mira el dispensador del tercer piso para que avisen que no funciona”</i> 3:3 ¶ 212 (<i>Fragmento discursivo de jóvenes</i>) <i>“...cuando nosotros ingresamos no había un dispensador de condones entonces ya luego, incluso ahora, los dispensadores siguen estando ahí, entonces en este momento tú vas a la sede, te dejan ingresar y vas a encontrar en los tres niveles que están los dispensadores, aún después de paro y después de pandemia fue algo que llegó y se quedó y sigue estando ahí”</i>

Categoría/Variable	Cuantitativo	Cualitativo
Categoría: Aprendizaje entorno a las ITS/VIH	Entre un 95,3% de los jóvenes no expuestos y un 95,6% de los jóvenes expuestos a la intervención, existe claridad en que un preservativo debe usarse en prácticas sexuales genitales y anales. El 56% de los jóvenes expuestos a la intervención consideran que el preservativo debe usarse para las prácticas sexuales buco-genitales comparado con el 41,8% de los jóvenes no expuestos.	4:34 ¶65 (<i>Fragmento discursivo de jóvenes</i>) <i>“...después de la intervención me di cuenta de que se puede usar en todas las relaciones tanto oral como la penetración y todo lo que tenga que ver con la parte de la sexualidad, ya que una enfermedad no solamente se transmite por penetración sino también por fluidos corporales de todo tipo”</i>
Variable: Conocimientos acerca del preservativo	El 30,5% de los jóvenes que consideran que el preservativo se usa en las prácticas sexuales bucogenitales, siempre usa el preservativo	1:96 ¶178 (<i>Fragmento discursivo de informante clave</i>) <i>“...esto era algo que yo no había tomado en cuenta, la verdad solamente por la penetración pene – vagina, sino que ya luego de esta orientación que recibí y empecé a ver que tenía otros usos, pero antes de? no lo concebía o no lo imaginaba, no pensaba en que otros usos le podía dar”</i> 1:108 ¶401 (<i>Fragmento discursivo de informante clave</i>) <i>“...pues las clases para conocer del VIH uno las ve, pero cuando uno se choca de frente con una persona que te cuenta su experiencia así, yo me quedaba, así comoque e incluso vivir la discriminación y el prejuicio, entonces ahí es donde uno dice, “uy no hay que protegerse con el preservativo independiente de lo que sea”</i>

Categoría/Variable	Cuantitativo	Cualitativo
Categoría: Se logró reconocimiento de la importancia del uso preservativo	El 29,9% de los jóvenes que consideran que el preservativo se debe colocar antes de la penetración, siempre lo usan	1:2 ¶ 186 – 187 (<i>Fragmento discursivo de informante clave</i>) <i>“...del entender de que las relaciones sexuales en muchas ocasiones pueden ser con muchas parejas y el hecho de nosotras y nosotros no utilizar un condón así estemos en una relación estable o no es supremamente necesario”</i>
Variable: Conocimientos acerca del preservativo Razones de NO uso del preservativo	Los jóvenes que consideran que cuando una relación se transforma de informal a seria, no se requiere usar preservativo, tienen 47% menos oportunidad de usar siempre el preservativo (OR=0,53)	1:109 ¶ 193 (<i>Fragmento discursivo de informante clave</i>) <i>“antes tenía una pareja y el que usaba los condones era él y ya luego después de que aprendí yo tengo condones y no me importa si los tiene o no, pero en el caso de que yo quiera estar con él, ahí tienes un condón o sea ahí está, bien en buenas condiciones y yo le digo que esto no va a pasar sin el condón”</i>