



Original breve

Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes

Laia Nebot^a, Elia Díez^{b,c,d,e,*}, Sílvia Martín^b, Lluïsa Estruga^b, Joan R. Villalbí^{b,c,d,f}, Glòria Pérez^{b,c,d,f}, Mireia G. Carrasco^b y María José López^{b,c,d,f}

^a CEPS Salut (Associació per la Prevenció i la Promoció de la Salut), Barcelona, España

^b Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^d Institut d'Investigacions Biomèdiques Sant Pau, Barcelona, España

^e Programa de Doctorat en Salut Pública, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^f Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de mayo de 2015

Aceptado el 31 de julio de 2015

On-line el 28 de octubre de 2015

Palabras clave:

Conducta contraceptiva

Intervención

Inmigración

Efectividad

Evaluación

Determinantes sociales de la salud

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención de consejo contraceptivo en adolescentes según sexo y origen.

Métodos: Diseño pre-post con entrevista a los 3 meses. Participaron adolescentes de tres barrios desfavorecidos de Barcelona que recibieron una intervención de consejo contraceptivo. Se compararon el uso de contracepción en la última relación sexual, y diversos conocimientos, creencias y autoeficacias, estratificando por sexo y origen (autóctono o inmigrante), con pruebas de McNemar y χ^2 .

Resultados: 138 adolescentes completaron el seguimiento (76%). El 55% eran chicas, el 85% tenían 16-19 años y el 71% eran inmigrantes. Tras la intervención mejoraron los conocimientos y diversas autoeficacias. El uso de contracepción efectiva aumentó en todos los grupos. En la muestra total, el uso de preservativo aumentó un 5,4% y la ausencia de método se redujo un 7,7%.

Conclusiones: Tras la intervención mejoró el uso de contracepción y sus determinantes en los adolescentes, particularmente en los inmigrantes.

© 2015 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Effects of a contraceptive counselling intervention in adolescents from deprived neighbourhoods with a high proportion of immigrants

A B S T R A C T

Objective: To evaluate the effectiveness of a contraceptive counselling intervention among adolescents by sex and origin.

Methods: A pre-post study with a 3-month follow-up was conducted in adolescents from three disadvantaged neighbourhoods. Participants received a counselling session at a community centre. Contraception use at last intercourse and knowledge, beliefs and self-efficacy before and after the intervention were compared with χ^2 and McNemar tests, stratified by sex and origin (autochthonous or immigrant).

Results: A total of 138 (76%) participants completed the follow-up. Fifty-five percent of the participants were girls, 85% were aged 16-19 years and 71% were immigrants. Knowledge and several self-efficacies increased after the intervention. Condom use increased by 5.4% and the proportion not using any method declined by 7.7%.

Conclusions: Contraceptive counselling in the community setting increased the use of contraception and improved psychosocial determinants, especially in immigrant adolescents.

© 2015 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Contraceptive behaviour

Intervention

Immigration

Effectiveness

Evaluation

Social determinants of health

Introducción

En la pasada década, la fecundidad adolescente aumentó en Barcelona¹. De manera similar a lo ocurrido en el resto del Estado,

el incremento se relacionó en buena medida con el flujo migratorio en ese periodo². Además de relacionarse con los determinantes sociales de la salud, la fecundidad adolescente se asocia al uso de contracepción, que a su vez presenta desigualdades según sexo, nivel socioeconómico y estatus migratorio²⁻⁴.

La prevención del embarazo adolescente debe abordar el comportamiento sexual y sus determinantes sociales⁵. Se ha recomendado el consejo en adolescentes vulnerables para prevenir los

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ediez@aspb.cat (E. Díez).

embarazos y las infecciones de transmisión sexual (ITS)^{6,7}, pero falta evidencia sobre su efectividad en el ámbito comunitario⁸ y en la población inmigrante⁶.

Con el propósito de reducir las desigualdades en salud reproductiva entre los barrios de Barcelona¹ desarrollamos una intervención comunitaria de consejo en adolescentes de zonas con alta proporción de inmigrantes. Este estudio evalúa sus efectos en el uso de contracepción y diversos mediadores según sexo y origen.

Métodos

Diseño no experimental pre-post, con entrevista basal y 3 meses después. En 2011-2012 se reclutaron chicos y chicas adolescentes no gestantes de 13 a 19 años de tres barrios con alta proporción de inmigración. Se calculó que una muestra de 126 personas permitiría detectar cambios del 10% estimando un uso de contracepción del 80%³ y pérdidas del 25%⁹.

La participación se ofreció mediante carteles, folletos, entidades y servicios locales. El consejo, de 45 minutos, se realizó por profesionales de salud pública en espacios comunitarios. Basado en la entrevista motivacional¹⁰ y la teoría cognitivo-social¹¹, incluía una presentación práctica de métodos, especialmente del preservativo, discusión personalizada¹² y entrega de preservativos, un díptico y una tarjeta de transporte multiviaje como incentivo.

El cuestionario, previamente pilotado, se basó en buena parte en el cuestionario FRESC³ y en el cuestionario del programa PRESSEC de la Agència de Salut Pública de Barcelona. Incluía preguntas para recoger información sobre las siguientes variables:

- Conocimiento de lugares en los que encontrar anticoncepción de emergencia, ayuda en caso de embarazo y preservativos (sí/no).
- Creencias sobre el preservativo y la fecundidad (grado de acuerdo): a) los jóvenes deben utilizar preservativo; b) evita la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las ITS; c) evita el embarazo; d) mis amigos creen que se tiene que utilizar preservativo; e) con preservativo se siente menos placer; y f) es mejor tener el primer hijo tras los 20 años.
- Autoeficacia (sentirse capaz de) sobre el preservativo (grado de acuerdo): a) comprar; b) llevar; c) convencer a la pareja; d) ponerlo; y e) rechazar una relación sin preservativo.
- Conductas: frecuencia de uso de preservativo (siempre o casi siempre *versus* resto) y método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual.

Se describieron y compararon los participantes seguidos con los perdidos con pruebas de χ^2 . Los resultados se analizaron según sexo y origen con las pruebas de McNemar para datos apareados y de χ^2 con SPSS 17.0.

Los adolescentes o sus tutores firmaron un consentimiento informado. El comité de ética institucional autorizó el estudio.

Resultados

Participaron 181 adolescentes, de los que 138 completaron el seguimiento (76%). La **tabla 1** describe sus características socio-demográficas, sin diferencias entre los que completaron el seguimiento y los que no lo hicieron. El 55% eran chicas, el 85% tenía entre 16 y 19 años de edad, y el 71% era de origen inmigrante. Entre los perdidos, un 62,8% no se localizó tras cinco intentos, un 16,2% cambió de domicilio y el 20,9% no quiso continuar. Del total de la muestra seguida, el 21,7% eran chicas autóctonas, el 33,4% chicas inmigrantes, el 7,2% chicos autóctonos y el 37,7% chicos inmigrantes.

La **tabla 2** muestra que, tras la intervención, aumentaron los conocimientos. Las creencias no se modificaron. Las chicas

Tabla 1

Características sociodemográficas de los/las adolescentes participantes seguidos/as (con entrevista pre y post) y perdidos/as (solo entrevista pre) (N = 181). Barcelona, 2011-2012

	Adolescentes seguidos/as (n = 138) %	Adolescentes perdidos/as (n = 43) %	p
Sexo			
Mujer	55,1	52,1	0,731
Hombre	44,9	48,8	
Grupo de edad (años)			
13-15	15,2	9,3	0,450
16-19	84,8	90,7	
Barrio de residencia			
Ciutat Meridiana	79,0	74,4	0,833
Torre Baró	13,1	18,6	
Vallbona	7,9	6,9	
País de nacimiento			
España	29,0	30,0	0,613
Ecuador	26,1	32,5	
Marruecos	19,6	16,2	
Paquistán	5,1	6,9	
Perú	5,1	6,9	
Otros	15,1	4,6	
Estudios finalizados			
Sin estudios	1,4	0,0	0,887
Primarios	41,3	41,8	
Secundarios	42,0	48,8	
Ciclos formativos	2,2	2,3	
Bachillerato	11,6	6,9	
Otros	1,4	0,0	
Situación laboral			
Estudia	79,0	74,4	0,313
Trabaja	7,2	6,9	
Parado/a	5,8	2,3	
Ama de casa	4,3	9,3	
Otros	3,6	6,9	
Tiene pareja	44,2	55,8	0,139
Número de hijos o hijas			
Ninguno	96,4	93,0	0,205
1	2,9	2,3	
2	0,7	4,6	

incrementaron un 11,9% (p = 0,049) y un 18,5% (p = 0,009) su autoeficacia de comprar y llevar preservativos. Los chicos aumentaron un 9,9% su autoeficacia de ponerlos (p = 0,031), los autóctonos un 20% la de llevarlos (p = 0,039) y los inmigrantes un 10,2% (p = 0,041) la de rechazar relaciones sin preservativo. El uso frecuente de preservativo aumentó un 8,2% entre los chicos (p < 0,001) y un 6,3% en los inmigrantes (p < 0,001). El uso de contracepción aumentó significativamente en todos los grupos. En la muestra total, el uso de preservativo en la última relación sexual aumentó un 5,4% (p < 0,001), un 9,3% en las chicas (p < 0,001) y un 7,4% en inmigrantes (p < 0,001). El uso de *coitus interruptus* aumentó en todos los grupos: un 9,1% en los autóctonos y un 3,3% en la muestra total. La proporción que no utilizó ningún método en la última relación sexual se redujo en todos los grupos, con un 7,7% (p < 0,001) en la muestra total. El grupo inmigrante es el que experimentó más cambios significativos en el conjunto de variables analizadas.

Discusión

Los resultados sugieren que la intervención evaluada mejoraría el uso de métodos y modificaría diversos determinantes psicosociales en adolescentes de barrios desfavorecidos, especialmente entre inmigrantes.

Tabla 2
Determinantes psicosociales (conocimientos, creencias y autoeficacia) y uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual por sexo y origen. Entrevista basal y entrevista a los 3 meses. Barcelona, 2011-2012

	Sexo						Origen						Total		
	Chicas (n = 76)			Chicos (n = 62)			Autóctonos (n = 40)			Inmigrantes (n = 98)			(n = 138)		
	Pre %	Post %	p	Pre %	Post %	p	Pre %	Post %	p	Pre %	Post %	p	Pre %	Post %	p
<i>Sabe dónde encontrar:</i>															
Anticoncepción de emergencia	81,6	98,7	<0,001	74,2	93,5	<0,001	92,5	100	NC	72,4	94,9	<0,001	78,3	96,4	<0,001
Apoyo en caso de embarazo	77,6	92,1	0,003	77,4	93,5	0,013	90,0	95,0	0,625	72,4	91,8	<0,001	77,5	92,8	<0,001
Preservativos	92,1	96,1	<0,001	88,7	96,8	0,063	97,5	100	NC	87,8	94,9	0,016	90,6	96,4	0,008
<i>Creencias sobre el preservativo:</i>															
Los jóvenes deben usarlo	97,4	98,7	1	96,8	93,5	0,687	97,5	97,5	1	96,9	95,9	1	97,1	96,4	1
Evita la transmisión de VIH/sida	92,0	89,3	0,727	93,5	96,8	0,687	95,0	97,5	1	91,8	90,7	1	92,7	92,7	1
Evita el embarazo	96,1	92,1	0,453	90,3	98,4	0,063	97,5	95,0	1	91,8	94,9	0,508	93,5	94,9	0,774
Los amigos creen que se debe usar	53,9	59,2	0,597	54,8	64,5	0,286	50,0	57,5	0,629	56,1	63,3	0,324	54,3	61,6	0,220
Se siente menos placer	32,9	25,0	0,263	41,9	48,4	0,503	25,0	17,5	0,549	41,8	42,9	1	37,0	35,5	0,875
<i>Creencia de que la edad ideal para tener hijos es de 20 o más años</i>	91,7	94,4	0,625	98,3	96,7	1	97,4	94,7	1	93,6	95,7	0,687	94,7	95,5	1
<i>Autoeficacia sobre el preservativo:</i>															
Comprarlo	68,4	80,3	0,049	87,1	88,7	1	75,0	82,5	0,375	77,6	84,7	0,230	76,8	84,1	0,099
Llevarlo	53,9	72,4	0,009	91,9	93,5	1	60,0	80,0	0,039	75,5	82,7	0,167	71,0	81,9	0,011
Convencer a la pareja de usarlo	89,5	88,2	1	88,7	90,3	1	97,5	82,5	0,070	85,7	91,8	0,210	89,1	89,1	1
Ponerlo	64,5	64,5	1	88,5	98,4	0,031	62,5	77,5	0,109	80,4	80,4	1	75,2	79,6	0,345
Rechazar relación sin preservativo	80,3	88,2	0,210	74,2	77,4	0,754	95,0	90,0	0,687	70,4	80,6	0,041	77,5	83,3	0,169
<i>Conductas sexuales:</i>															
Han tenido relaciones sexuales	57,9	60,5	0,625	79,0	85,5	0,125	57,5	55,0	1	71,4	78,6	0,016	67,4	71,7	0,070
Uso frecuente del preservativo ^{a,b}	81,8	87,0	0,300	67,3	75,5	<0,001	78,3	86,4	0,862	72,9	79,2	<0,001	74,2	80,8	<0,001
<i>Método usado en la última relación:^a</i>															
Preservativo masculino	79,1	88,4	<0,001	73,5	75,5	<0,001	77,3	77,3	0,030	75,5	82,9	<0,001	76,1	81,5	<0,001
Contracepción oral	2,3	0,0		8,2	8,2		9,1	9,1		4,3	2,9		5,4	4,3	
Inyectables	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		1,4	1,4		1,1	1,1	
Coitus interruptus	4,7	7,0		6,1	10,2		4,5	13,6		5,7	7,1		5,4	8,7	
Ninguno	14,0	4,7		10,2	4,1		9,1	0,0		12,9	5,7		12,0	4,3	

NC: no calculable porque una de las variables es una constante.

^a Porcentaje sobre los que han tenido relaciones sexuales.

^b Utiliza el preservativo siempre o casi siempre.

Esta intervención de una sola sesión, sólidamente basada en modelos teóricos, obtuvo resultados similares a los de intervenciones multisesión⁶. Con el consejo los conocimientos aumentaron considerablemente, aunque las creencias no se modificaron, posiblemente debido al efecto techo y a que su modificación, de acuerdo con el modelo teórico, requeriría varias sesiones¹¹. Como en otros estudios, mejoraron diversas autoeficacias¹³. El uso del preservativo aumentó y la proporción de adolescentes que no utilizó ningún método se redujo. El aumento del uso de *coitus interruptus* mejoró el perfil contraceptivo, porque aunque este método no evita las ITS, es cuatro veces más efectivo en la prevención del embarazo que la ausencia de método¹⁴.

Este es uno de los primeros estudios que estima la efectividad de una intervención en los determinantes psicosociales y las conductas de adolescentes inmigrantes. La retención, del 77% a los 3 meses, fue la esperada⁹⁻¹⁵. Aunque los participantes constituían el 19% de la población local del mismo grupo de edad, hay que valorar la posibilidad de que exista un sesgo de selección. Por otra parte, el pequeño tamaño de la muestra impidió el análisis estratificado por sexo y por origen autóctono e inmigrante.

La principal limitación del estudio radica en el diseño no experimental que, al carecer de grupo de comparación, no permite descartar ciertas amenazas a la validez interna. Sin embargo, el periodo dilatado de reclutamiento, la ausencia de intervenciones simultáneas y la magnitud de la mejora llevan a considerar que los cambios se deben a la intervención. Finalmente, se recomienda realizar estudios experimentales o cuasiexperimentales para estimar su efectividad e impacto.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La población adolescente de barrios desfavorecidos con alta inmigración presenta tasas de fecundidad adolescente más elevadas y menor uso de contracepción que la población adolescente del resto de la ciudad. Se ha recomendado el consejo individual para promover la contracepción en la población adolescente vulnerable. Falta evidencia sobre sus efectos en el ámbito comunitario y en inmigrantes.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El estudio muestra que, en nuestro entorno, una intervención comunitaria de consejo contraceptivo aumenta el uso de contracepción efectiva en la última relación sexual, y mejora diversos conocimientos y autoeficacias relacionadas con el preservativo en la población adolescente de estas zonas, especialmente la inmigrante.

Editora responsable del artículo

M. Felicitas Domínguez-Berjón.

Declaración de transparencia

El/la autor/a principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Financiación

El estudio recibió financiación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 05/2727): «Promoción de la salud reproductiva en mujeres inmigrantes mediante acercamiento y visitas domiciliarias. Un ensayo clínico aleatorizado». También se financió parcialmente por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS MD 07/285): «Desarrollo de un modelo en salud pública para reducir las desigualdades sociales en salud en núcleos urbanos de Barcelona que requieren atención especial».

Contribuciones de autoría

L. Nebot y E. Díez desarrollaron la concepción y el diseño del trabajo, y contribuyeron al análisis y la interpretación de los datos, la escritura y la revisión del artículo. L. Nebot, E. Díez, L. Estruga, S. Martín, J. Ramon Villalbí, G. Pérez, M.G. Carrasco y M.J. López colaboraron en la interpretación de los resultados, la escritura del artículo y su revisión crítica. L. Nebot, E. Díez, L. Estruga, S. Martín, J.R. Villalbí, G. Pérez, M.G. Carrasco y M.J. López aprobaron el documento final para su publicación.

Conflicto de intereses

M.J. López y G. Pérez son miembros del comité editorial de GACETA SANITARIA, pero no han participado en el proceso editorial del manuscrito.

Bibliografía

- Agència de Salut Pública de Barcelona. Informació de salut als territoris (districtes, barris, ABS). Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2013. Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/sisalutinfoabs/SISalutLibresIndicadors/InfoABS_SalutReproductiva_2013.html
- Ruiz-Muñoz D, Pérez G, García-Subirats I, et al. Social and economic inequalities in contraception use among women in Spain. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20:403-11.
- Pérez A, García-Continente X, Grup col·laborador enquesta FRESC 2012. Informe FRESC 2012: 25 anys d'enquestes a adolescents escolaritzats de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2013. Disponible en: <http://www.aspb.cat/quefem/docs/Informe.FRESC.2012.pdf>
- Puente D, Zabaleta E, Rodríguez-Blanco T, et al. Gender differences in sexual risk behaviour among adolescents in Catalonia, Spain. *Gac Sanit*. 2011;25:13-9.
- Harden A, Fletcher A, Oakley A, et al. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ*. 2009;339:1182-5.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. One to one interventions to reduce the transmission of sexually transmitted infections including HIV, and to reduce the rate of under 18 conceptions, especially among vulnerable and at risk groups. London: NICE; 2007. 58 p.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Contraceptive services with a focus on young people up to the age of 25. NICE guidelines [PH51]. London: NICE; 2014. 70 p.
- Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *J Adolesc Health*. 2015;56:S22-41.
- Brücker H, Martin A, Bearman SP. Ambivalence and pregnancy: adolescents' attitudes, contraceptives use and pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004;36:248-57.
- Petersen R, Albright J, Garrett JM, et al. Pregnancy and STD prevention counseling using an adaptation of motivational interviewing: a randomized controlled trial. *Perspect Sex Reprod Health*. 2007;39:21-8.
- Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall; 1986. p. 617.
- World Health Organization. Introducing WHO'S sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes. Geneva: WHO; 2007. p. 37.
- Vasilenko SA, Kreager DA, Lefkowitz ES. Gender, contraceptive attitudes, and condom use in adolescent romantic relationships: a dyadic approach. *J Res Adolescence*. 2015;25:51-62.
- Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83:397-404.
- Sikkema KJ, Andersin SE, Kelly AJ, et al. Outcomes of a randomized, controlled community-level HIV prevention intervention for adolescents in low-income housing developments. *AIDS*. 2005;19:1509-16.