



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/167.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Competencias y conocimiento de un grupo de adolescentes sobre las vacunas**

*Autores* Antonio Pablo *Alcaide Romero*, Ana Isabel *González Guillén*, Enrique *Muñoz Soler*

*Centro/institución* Hospital Regional Universitario de Málaga

*Ciudad/país* Málaga, España

*Dirección e-mail* [pablopery@hotmail.com](mailto:pablopery@hotmail.com)

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

En 1796 Edward Jenner descubrió la vacuna de la viruela, la primera aplicable en humanos, pero pasaron casi cien años hasta que en 1885 Pasteur descubrió la vacuna de la rabia.<sup>1</sup> Hoy en día las vacunas constituyen el instrumento más importante de la medicina preventiva y salud pública. Su aplicación en la población en forma de programas vacunaciones sistemáticas ha reducido de forma muy significativa o erradicado enfermedades que sólo hace unos decenios constituían importantísimos problemas de salud pública.<sup>2</sup>

Durante el siglo XX, especialmente en los países desarrollados, se ha producido un desarrollo espectacular de las vacunas con una reducción del 98-99% de casos de las enfermedades prevenibles mediante vacunas de uso sistemático.<sup>3</sup> En la actualidad disponemos de más de 40 vacunas para la prevención de 25 enfermedades infecciosas en humanos.<sup>4</sup> En los últimos 10 años, los avances y estudios se han centrado en las llamadas vacunas genéticas o vacunas de ADN. Con estas vacunas se administran los genes que codifican los anticuerpos inmunizantes y así se desencadena una respuesta inmunitaria frente a dichos antígenos.<sup>5</sup>

Las vacunas deben ser seguras, lo que no quiere decir que no tengan efectos secundarios. De hecho, ninguna vacuna está completamente exenta de reacciones adversas o complicaciones.<sup>6</sup> El grado de seguridad exigido a una vacuna está en relación con la gravedad de la enfermedad que se evita con su administración y, de

forma especial, con la percepción que la población tiene del impacto causado por la enfermedad en términos de morbilidad y mortalidad. Debemos tener en cuenta que las vacunas se administran a personas sanas que no tienen por qué contraer la enfermedad si no se vacunan, por lo que es difícil que la población acepte una vacuna, que aunque sea con escasa frecuencia, pueda causar mortalidad.<sup>7</sup>

Las dos propiedades fundamentales que debe tener toda vacuna son:

1. Eficacia protectora: esta propiedad se refiere a los efectos sanitarios que tiene la vacuna, aplicada en las condiciones óptimas e ideales. Se estima mediante ensayos clínicos aleatorios.<sup>8</sup>
2. Efectividad: evalúa los efectos sanitarios en los individuos vacunados cuando las condiciones de aplicación son las habituales de la práctica clínica o de los programas de salud pública, distante de las condiciones óptimas. Se estima mediante estudios epidemiológicos, ensayos aleatorios, estudios de cohortes, estudios observacionales o métodos de cribado.<sup>9</sup>

Lo normal es que para cualquier intervención de salud pública la eficacia sea superior a la efectividad, por lo que se deduce que el objetivo de cualquier política es lograr que ambas propiedades se igualen lo máximo posible.<sup>8</sup>

En España, los datos demuestran una evolución paralela con la erradicación de la mayoría de las enfermedades (99-100%) mediante las vacunas incluidas en el calendario de vacunación sistémica.<sup>10</sup> No obstante, sigue habiendo reticencias hacia la vacunación entre la población. Las familias que rechazan las vacunas han sido caracterizadas y responden generalmente al perfil de familias con un nivel cultural superior a la media, estudios superiores y, en general, con rentas más elevadas. Entre las causas que subyacen a este rechazo a la vacunación se encuentran factores como el miedo a las vacunas y sus potenciales efectos secundarios, la no percepción de riesgo debido a la enfermedad, la dificultad en situar los riesgos de la vacunación en su perspectiva real y la falta de confianza en el estado y las autoridades sanitarias.<sup>11</sup>

Dentro del ámbito de la educación aún queda mucho camino por recorrer en materia de salud y los centros educativos han de renovarse con la ayuda de las instituciones. El conocimiento de ciencias aplicadas a la salud avanza sin parar en la comunidad científica y entre los profesionales sanitarios, en cambio esta información sin dejar de ser compartida, no existe para la mayoría de la población. Especialmente el grupo de los jóvenes adolescentes, el futuro que ha de ser educado en salud institucionalmente desde los centros educativos adquiriendo estilos de vida saludables.

El objetivo de este estudio ha sido determinar el grado de conocimiento de unos adolescentes de un instituto, en materia de vacunación, salud y prevención., así como certificar la necesidad de potenciar dicha materia en los centros educativos.

## **Metodología**

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal.

El estudio se realizó durante el curso escolar 2013-2014 siendo los sujetos a estudio 117 alumnos adolescentes de 4º de ESO del I.E.S. La Zafra, dependiente de los centros de salud Motril Centro y San Antonio (Granada), ambos ubicados cerca del centro escolar.

El nivel socio económico de los alumnos del instituto es medio-bajo. Uno de los dos barrios de etnia gitana se encuentra adyacente al instituto que acoge a todos los jóvenes en edad escolar de esa comunidad, excepto a los más pequeños. El pueblo tiene un nivel de paro alto, correspondiente con su provincia Granada, que a día de hoy es la tercera con la mayor tasa de desempleo en el país.

En general hablamos de un grupo sano, de procedencia española la gran mayoría, pero también con población de procedencia extranjera de Europa del este, Marruecos y varios países de Sudamérica. No existe barrera idiomática, ya que los jóvenes extranjeros han crecido en España. Aunque apreciamos diferencias en el acervo cultural, indiscutiblemente podríamos afirmar que no existen problemas de convivencia.

Con respecto a los hábitos de vida de la muestra y de todo el alumnado en general por experiencias previas, aunque aún no evaluadas, podemos mantener que la mala práctica de fumar está extendida entre el alumnado del instituto. La práctica de ejercicio físico diario no es una rutina en la vida diaria de la mayoría de los sujetos. Entre las patologías detectadas en el centro podemos nombrar la obesidad.

El centro cuenta con acceso para minusválidos y ascensor en sus edificios y actualmente están matriculados seis alumnos con alguna discapacidad. No existe un perfil muy alejado del que podríamos encontrar en otro centro en cualquier punto del país con características similares.

Para la evaluación se distribuyó un cuestionario anónimo autoadministrado de variables sociodemográficas y cuestiones sobre el grado de conocimiento, obtención de información y opinión sobre las vacunas, así como información sobre la salud y la importancia que le dan a estos temas.

Más concretamente se respondió al conocimiento sobre las vacunas en general con cuatro respuestas posibles (mucho-4; algo-3; poco-2; nada-1); conocimiento sobre las vacunas del calendario (mucho-4; algo-3; poco-2; nada-1); procedencia de información adquirida con posibilidad de marcar varias de las múltiples respuestas ofrecidas: escuela, casa, familia, amigos, internet y otros; opinión sobre las vacunas con cuatro posibles respuestas (muy buena-4; buena-3; regular-2; mala-1); interés en adquirir más información (mucho-4; algo-3; poco-2; ninguno). Asimismo, se les preguntó si en los últimos 12 meses habían visto o escuchado información que les hubiera aportado consejos acerca de cómo impedir enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) y sobre los riesgos de fumar y el uso de otras sustancias.

La recogida de datos se realizó en febrero de 2014.

Se calcularon frecuencias absolutas y relativas. La frecuencia absoluta se expresa por el número de sujetos representados en el estudio. El análisis de datos se realizó mediante el programa informático SPSS V 17.

## Resultados

La población sujeta a estudio fue de 117 adolescentes, con una tasa de participación del 96%, 24 hombres con media de edad de 16,45 (D.E.=0,77) y 15 mujeres con una edad media de 16,27 (D.E.=0,57). Todos los cuestionarios obtenidos fueron válidos faltando una respuesta en siete de ellos y dos respuestas en tres más. En la Tabla 1 se recogen las puntuaciones medias  $\pm$  D.E. de las preguntas efectuadas a los adolescentes sobre conocimientos y competencias.

El 65,9% de las mujeres refiere tener conocimientos sobre las vacunas en general frente al 61,35 de los hombres. Cabe destacar que un 19,8% de los hombres no sabe nada frente al 7,5% de mujeres.

La fuente de información más frecuente es la escuela con un 48,27% para las mujeres y un 36,58 % para los hombres, seguido de la familia con un 34,48% para mujeres y con igual puntuación a la anterior, 36,58%, para los hombres. Cuando la fuente de información es Internet, se observan diferencias significativas por sexo, 17,07% de los hombres frente al 3,44% de las mujeres. Sería interesante recabar información sobre el uso de Internet por parte de los adolescentes más profundamente.

La opinión sobre las vacunas es buena en ambos sexos con 71,6% en hombres y 70,2% en mujeres.

En relación a la necesidad de adquirir más información sobre este tema, el 61,88% de los hombres estaba de acuerdo frente al 49,54% de mujeres, existiendo diferencias significativas (Chi cuadrado 7,09, P= 0,05).

El 96,1% de las mujeres refiere haber recibido información sobre ETS frente al 90,7% de los hombres.

En cuanto a la información recibida sobre los riesgos del tabaco y el consumo de otras sustancias la respuesta es positiva en el 88,4% de las mujeres y en el 78,46% de los hombres.

Tabla 1. Puntuaciones medias  $\pm$  D.E. del cuestionario sobre competencias y conocimientos en hombres y mujeres

	Hombres (Media $\pm$ D.E.)	Mujeres (Media $\pm$ D.E.)
Conocimiento sobre vacunas	6,12 $\pm$ 6,31	8,5 $\pm$ 8,66
Información	8,2 $\pm$ 6,69	5,8 $\pm$ 5,89
Opinión	7,25 $\pm$ 7,59	4,5 $\pm$ 4,80
Necesidad de aprender	7,5 $\pm$ 6,86	4,5 $\pm$ 4,12
Recibida información sobre ETS	32,5 $\pm$ 37,47	26 $\pm$ 33,94
Recibida información sobre riesgos de tabaco	32,5 $\pm$ 26,16	26 $\pm$ 28,28

## **Discusión**

Con los resultados de este estudio podemos afirmar que en esta muestra aleatoria en general se tienen conocimientos básicos sobre las vacunas pero que coexisten adolescentes (16% hombres y 6% mujeres) que refieren no saber nada. Estudios similares como el realizado por un grupo de enfermeras del centro de salud de Gros en San Sebastián (4) reflejan datos más altos en relación a los conocimientos generales (77% vs. 63,62% con conocimientos) y la opinión (94% vs. 67% buena opinión). El 65,6% referían como fuente de información la familia frente al 35,53 de nuestros encuestados. El 31% decía recibir la información de la escuela frente a nuestro 42,42%. En el artículo en cuestión vemos que el 18% reflejaba la televisión como medio donde adquirió la información que podríamos comparar con la respuesta “otros” en nuestra encuesta con un 6%, aunque probablemente sea más acertado cotejarlo con Internet, donde tenemos un valor del 10%.<sup>12</sup> Es fácil comprender que las nuevas tecnologías han hecho grandes cambios en nuestro estilo de vida, y hoy día es fácil ver adolescentes que usan los móviles modernos y los ordenadores como principales herramientas de consulta. Se han de tener en cuenta las diferencias socioeconómicas existentes en la población diana, el número de participantes y la variabilidad geográfica.

## **Conclusión**

La información y la educación proporcionada junto con el alto índice de vacunación existente en nuestro país reflejan un nivel alto en materia de salud. Aun así, los tiempos cambian y los conocimientos avanzan, por lo que se hace necesario renovarse. La poca necesidad apreciada en los adolescentes de adquirir nuevos conocimientos de salud deja claro que la educación para la salud es y seguirá siendo vital para nuestro desarrollo.

Muchos de los problemas actuales de salud parecen tener un origen más social que individual, por eso, una de las acciones más importantes de promoción de la salud es impulsar la participación de la comunidad desde un trabajo conjunto con los profesionales implicados (educadores y profesionales sanitarios) para facilitar la adopción de estilos de vida más favorables a la salud. La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación.<sup>13</sup>

Los centros educativos del futuro necesariamente habrán de reinventarse e incluir la educación para la salud en un pilar básico, que facilite la capacidad de adquirir estilos de vida saludables con conciencia, a través del aprendizaje. Se refleja que los talleres en materia de salud impartidos en el instituto han sido beneficiosos para el alumnado.

## **Bibliografía**

1. Barquet N, Domingo P. Smallpox: the triumph over the most terrible of the ministers of death. *Ann Intern Med* 1997; 127: 635-642.

2. Salleras L. Eliminación-erradicación de enfermedades infecciosas transmisibles prevenibles mediante vacunaciones. *Vacunas Inves Pract* 2000; 1: 151-152.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Ten great public health achievements, 1990-1999: impact of vaccines universally recommended for children. *MMWR*. 1999;241:243-8.
4. Donnelly JJ, Ulmer AB, Liu MA. DNA vaccines. *Life Sci* 1997; 60: 163-172.
5. Salleras L. Concepto, clasificación y características generales de las vacunas. En: Salleras L, editor. *Vacunaciones preventivas*. Barcelona: Masson, 1998; 3-14.
6. Parkman PD, Hardgree MC. Regulation and testing of vaccines. En: Plotkin SA, Mortimer EA, editors. *Vaccines*. 2.a ed. Philadelphia: WBaunders, 1994; 889-901.
7. Ada GL. The ideal vaccine. *W J Microbiol Biotechnol* 1991;7:105-9.
8. Borrás E, Domínguez A, Salleras L. Evaluación de la efectividad de los programas de vacunación. *Gac Sanit*. 2011;25(Supl 1):49-55.
9. Salleras L, Domínguez A, Navas E, et al. Evaluación de la eficacia y la efectividad de las intervenciones preventivas y de los programas de salud. En: Piédrola Gil. *Medicina preventiva y salud pública*. 11ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 1209-16.
10. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. *Bol Epidemiol Semanal*. 2009;17:160-1.
11. Van Esso DL. Los padres frente a la vacunación. *Vacunas*. 2010;11(4):133-4.
12. Dorronsoro Barandiaran, MO; Gamboa Moreno, E. Actitud y conocimiento sobre vacunas de una agrupación de adolescentes. *ENE* 2009;3(2):41-45.
13. Serrano González MI. *La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 2002.