



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

González Núñez, M^a Luisa; Galván Torregrosa, M^a Mercedes; Pinedo Sendagorta, Rocío; González Moreno, Alfredo; Anaya Escalonilla, M^a Auxiliadora; Peñafiel González, Cristina. Estudio de las causas del rechazo a la vacunación en la población pediátrica gitana adscrita al C.S. Polígono Sur (Sevilla). Biblioteca Lascasas, 2016; 12(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0894.php>

Estudio de las causas del rechazo a la vacunación en la población pediátrica gitana adscrita al C.S. Polígono Sur (Sevilla)

Autores:

González Núñez, M^a Luisa¹; Galván Torregrosa, M^a Mercedes¹; Pinedo Sendagorta, Rocío¹; González Moreno, Alfredo¹; Anaya Escalonilla, M^a Auxiliadora¹; Peñafiel González, Cristina².

¹ Especialidad de Enfermería Pediátrica. Proyecto de Investigación final de Residencia 2015. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

² Trabajadora Social. Máster en Atención Socio Sanitaria a la Dependencia (MASSDE).

INDICE

RESUMEN/PALABRAS CLAVES.....	3
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	4
OBJETIVO.....	12
HIPÓTESIS.....	12
METODOLOGÍA.....	12
• Diseño metodológico.....	12
• Sujetos de estudio.....	13
• Muestra.....	13
• Criterios de inclusión/exclusión.....	14
• Variable de estudio.....	14
• Recogida de datos	14
• Análisis de los datos.....	15
• Limitaciones del estudio.....	16
CONDICIONANTES ÉTICOS.....	17
PLAN DE TRABAJO.....	18
RECURSOS NECESARIOS Y MEMORIA ECONÓMICA.....	19
JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO Y UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	20
PLAN DE DIFUSIÓN.....	21
ANEXO I: Distribución de los casos de sarampión por CCAA.....	22
ANEXO II: Casos confirmados de sarampión por grupo de edad y estado vacunal.....	22
ANEXO III: Cuestionario sobre vacunas.....	23
ANEXO IV: Consentimiento Informado.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	27

RESUMEN

Hoy día se conoce que están resurgiendo movimientos contra la vacunación. Durante las tres últimas décadas, la preocupación por la seguridad de la vacuna ha crecido. Muchos padres en el mundo industrializado están optando por no vacunar a sus hijos. El rechazo a la vacunación no sólo aumenta el riesgo individual de enfermedad, sino que también aumenta el riesgo para toda la comunidad.

Objetivo: Describir las causas del rechazo a la vacunación en la población pediátrica de etnia gitana residente en las barriadas de Antonio Machado, Murillo y Martínez Montañés del Polígono Sur en Sevilla, población adscrita al C.S. Polígono Sur.

Metodología: El estudio se realizará por el investigador y una enfermera de atención primaria del Centro de Salud Polígono Sur de Sevilla. Los sujetos de estudio serán los padres o tutores legales de menores de 14 años adscritos a dicho centro que estén mal vacunado. Estimando la muestra en torno a unos 730 sujetos. El proyecto abordará una metodología de estudio mixta. Se realizará en dos fases. Una primera fase observacional-descriptiva cuantitativa, mediante cuestionario y entrevista individual a los padres que rechazan la vacunación de su hijo. Posteriormente, una segunda fase con metodología cualitativa, mediante la técnica de grupos focales, para la cual se seleccionarán parte de los sujetos participantes en la primera fase a criterio del grupo investigador. La variable principal es las causas del rechazo a la vacunación.

PALABRAS CLAVES (DECS/MESH): anti-vaccinationmovements; vaccines; *gypsies*

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La salud según la OMS, es el estado completo de bienestar físico, mental y social, no la solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; y la consecución de este estado de bienestar en el niño es responsabilidad primordial de los padres y en forma secundaria de la familia, la sociedad y la medicina; estos sectores cuentan con el apoyo de los Programas de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, un proyecto de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.¹

La medicina preventiva nació en el año 1796, cuando Edward Jenner inventó la primera vacuna contra la viruela. Este hecho constituyó un gran avance para la medicina preventiva y un método de defensa frente a una larga lista de enfermedades infectocontagiosas con gran repercusión en la salud de la población. Se puede decir que la situación epidemiológica del mundo ha cambiado paralelamente a la incorporación de vacunas. Los programas sistemáticos de vacunación han permitido, por ejemplo, la erradicación de la viruela, la interrupción de la transmisión de la polio en gran parte del mundo y en gran parte del sarampión en el hemisferio occidental con una disminución de más del 95 % y el control de enfermedades como el tétanos, la difteria, la rubeola o la enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*, entre otras. Progresivamente, la mayor eficacia y seguridad vacunal han mejorado la prevención de distintas enfermedades infecciosas que afectan a la salud de la población sobre todo la infantil y provocan gran morbilidad, mortalidad y secuelas.²

Sin embargo, el éxito de un programa de inmunización depende de dos aspectos: altos índices de aceptación y cobertura vacunal. Así pues, según la OMS, *la cobertura vacunal* mundial se mantiene con firmeza. Actualmente, la inmunización evita anualmente entre 2 y 3 millones de defunciones. No obstante, se estima que 21,8 millones de lactantes de todo el mundo aún no reciben las vacunas básicas, casi la mitad de ellos viven en tres países, a saber: la India, Nigeria y Pakistán.³

Por otro lado, se encuentra el *índice de aceptación* de los programas de vacunación. Desde la introducción de la vacuna contra la viruela, siempre ha habido escepticismo y actitudes críticas hacia la inmunización. Aunque, en las últimas tres décadas se está evidenciando un aumento en la negativa a la vacunación por parte de los padres en países industrializados. Tratando de explicar por qué está ocurriendo, algunos autores se refieren a estas actividades como "movimientos antivacunas"; que existen desde que surgieron la vacunas, según afirma *Robert M Wolfe*.⁴

Dentro de los "movimientos antivacunas" más importantes en la historia, se encuentran los siguientes. El *Bond ter Bestrijding van Vaccinedwang* (*Asociación en contra de la Vacunación Obligatoria*) movimiento que surgió en 1881 en Holanda, constituida por clérigos en su mayoría. Surgió como consecuencia de la imposición del Gobierno Holandés de vacunar a todos los niños escolarizados, debido a una epidemia de viruela en 1871. Su argumento se basaba en que el hecho de obligar a vacunarse representaba una violación a la libertad individual. Así pues, paralelamente en Estados Unidos se encuentra *The Anti-Vaccination Society of America* fundada en 1879, donde muchos líderes y organizadores eran médicos naturalistas. También sucedió algo similar en Inglaterra y Gales, con el nombre *The Anti-Compulsory Vaccination League* en 1867.^{5, 6}

Poco a poco estos movimientos parecen haber disminuido, para dar paso a otros movimientos que los han sustituido con asombrosas similitudes, lo que sugiere una transmisión ininterrumpida de creencias; y otros con argumentos diferentes cuyo principal vía de comunicación es vía Internet.^{7,8}

Analizando las nuevas causas o argumentos de la negación a la vacunación. *Omer, S. B. et al*⁹, afirman que con el aumento de la cobertura vacunal y en consecuencia la reducción de la incidencia de las enfermedades prevenibles, conduce a que disminuya la percepción y conciencia pública de la gravedad de dichas enfermedades infecciosas y la susceptibilidad de poder enfermar, pudiendo esto influir en el hecho de no vacunarse. Además, señalan como otro factor importante un mayor nivel de preocupación pública acerca de los efectos

adversos asociados a las vacunas, describiendo una pérdida del cálculo de riesgo-beneficio de la vacunación, percibiendo mayores riesgos que beneficios.

Por otro lado, según Marian Olpinski¹⁰ afirma que Internet parece ser el medio más influyente para los padres sobre las creencias acerca de las vacunas. En el año 2006, aproximadamente el 74% de los americanos tenían acceso a Internet de los cuales el 16% había buscado información sobre las inmunizaciones. Más de la mitad (52%) de los usuarios creen que casi toda la información sobre los sitios de salud son verídicos, sin embargo, existe una gran disponibilidad de información engañosa e inexacta en línea etiquetando Internet como una "caja moderna de Pandora"¹¹. *Kata A.*¹² analiza los argumentos referidos en los sitios web de anti-vacunación para determinar la extensión de la información errónea presente, y examinar los discursos utilizados para apoyar las objeciones de vacunación. Encuentra que la mayoría de los argumentos comunes se centran en:

- La seguridad y la eficacia - vacunas: contienen venenos, causan enfermedades de origen desconocido, erosionan la inmunidad;
- La medicina alternativa - promoción de tratamientos, superior a la vacunación (por ejemplo, la homeopatía) y "enfoques naturales";

Libertad de opinión;

- Las teorías de la conspiración;
- La moral y la religión - la vacunación está en contra de la voluntad de dios.

Otros autores comparten los argumentos de *Kata A.* pero añaden algunos que ella no cita. Así pues en la revista *British Medical Journal*¹³ añade los siguientes:

- Terrible alianza para que se aprovechen de ello.
- Los partidarios de vacunas tienen miedo de la "búsqueda de la verdad", cierran los ojos a los hechos y sus orejas a la investigación.
- La vacuna humana es temporal

Esos son los argumentos que se encuentran en la bibliografía sobre los nuevos movimientos anti-vacunas, otros autores como Blume, S.⁶ también los corrobora. Por otro lado *Ross S. Federmancita* en una de sus publicaciones que, los problemas de seguridad de los padres acerca de la relación entre las vacunas y el autismo, aunque no cuenta con el apoyo de un organismo creíble que de evidencia científica y que lo haya investigado con dichos resultados, pero aun así ha llevado a un número creciente de padres a rechazar o retrasar la vacunación para sus hijos. ^{13, 14}

Hoy día se conoce que están resurgiendo movimientos contra la vacunación. Durante las tres últimas décadas, la preocupación por la seguridad de la vacuna ha crecido. Muchos padres en el mundo industrializado están optando por no vacunar a sus hijos. La consiguiente disminución de las tasas de vacunación ha provocado una gran preocupación por parte de las autoridades de salud pública. Una vez que las tasas de vacunación caigan por debajo de un 90% el temor es que los beneficios de la "inmunidad de grupo" se perderán, circularán libremente patógenos, y los riesgos se multiplicarán, lo que significa que el rechazo a la vacunación no sólo aumenta el riesgo individual de enfermedad, sino que también aumenta el riesgo para toda la comunidad. En algunos lugares, por ejemplo en partes del Reino Unido, esto está sucediendo. También encontramos referencias sobre los EE.UU. que a pesar de que las tasas de incidencia de enfermedades prevenibles por vacunas se han reducido a un mínimo histórico, se han datado los siguientes brotes¹⁰:

- Entre 2001-2008 se establece una mediana de 56 (rango: 37-140) casos de sarampión que fueron reportados al CDC.
- El CDC publica en su sitio web que en el 2010, se reportaron 9 143 casos de tos ferina en California, el mayor número de casos notificados desde hacía 63 años. Entre ellos se encontraban 10 niños que murieron de la enfermedad. Hubo brotes en Michigan, Ohio y otros estados.
- Durante las primeras 19 semanas de 2011, se reportaron 118 casos de sarampión, siendo éste el número más alto reportado para este período desde 1996. De los citados casos, 105 (89%) venían de otros países y

además 105 (89%) no estaban vacunados. También hubo brotes de paperas y de enfermedad invasiva por Hib.

Así pues, se puede comprobar que enfermedades que ya estaban controladas en algunos puntos del mundo, están volviendo a resurgir. Al tratar de explicar este fenómeno y de porque está ocurriendo esto, los expertos en salud pública hacen referencia a las actividades de los “movimientos anti-vacunas”.

Analizada la situación internacional, pasamos a centrarnos en la importancia que empiezan a cobrar estos movimientos en a nivel nacional, aunque todavía no hay estudios que cuantifiquen y analicen el problema. Aun así, en Internet hay numerosas páginas en contra de las vacunas, entre ellas se encuentra *Afectados por las Vacunas*, una asociación que está creada por un grupo de familias cuyos bebés han sufrido graves daños tras ser vacunados, según describen en la misma página web. Además están apoyados en muchas otras asociaciones como la *Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma (AAVP)*, la *Asociación Española de Afectados por Mercurio de Amalgamas Dentales y otras situaciones (Mercuriados)*, *Asociación Vencer el Autismo (AVA)*, *Autismo Huesca* o *Grupo de Reflexión sobre las Vacunas*.

Por otro lado, nos vamos a centrar en algunos brotes de enfermedades prevenibles por vacunas que se han dado en el territorio Español y su posible relación con la falta de vacunación en algunas zonas. Centrando la atención en el sarampión, ya que en los últimos años, ha habido un aumento de la incidencia.

Así pues, en el *Informe de la vigilancia del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita en España(2011)*, se data que la incidencia de sarampión en 2011 fue de 7,45 casos por 100.000 habitantes, (superando en más de once veces la incidencia en 2010, 0,66 casos por 100.000 habitantes). En el *anexo I* se puede comprobar que de los 3807 casos de sarampión en 2011, la comunidad con mayor incidencia fue Andalucía, con un total de 1990. Además en este mismo informe y según podemos observar en el *anexo II* la cobertura de vacunación deja mucho que desear, ya que en 1.415 casos confirmados de sarampión (40,2%) el estado de vacunación no se conocía y entre los 2103 casos con información sobre el estado de vacunación,

1.825 (86,7%) no estaban vacunados, 201 casos (9,6%) habían recibido una dosis y 77 (3,7%) habían recibido dos dosis de vacuna.¹⁵

A nivel local, se dio en 2011 en Sevilla un brote de sarampión que afectó a 1759 personas en Sevilla, comenzó en la barriada de Santa Isabel en San Juan del Aznalfarache, pero también se extendió a otros barrios como el de Polígono Sur, en ambos barrios la gran mayoría de la población que reside es de etnia gitana. Entre las causas de la magnitud del brote se encuentra la baja cobertura de vacunación en edades escolares que parecen coincidir con las altas incidencias de la enfermedad y viceversa.¹⁶

Centrándonos en la comunidad gitana, ésta llega a la península en el siglo XV desde la India, siendo uno de los grupos que han mantenido históricamente una cultura propia diferenciada, estructura familiar, sistema de valores, organización social, lengua y cultura. Aunque no constituye un conjunto de población homogéneo, está integrado por comunidades y grupos con características diversas que, sin embargo, mantienen unos rasgos culturales comunes.

Actualmente, se estima que viven unos 12 millones de personas en países de Europa, América y algunas áreas de Asia y Oceanía. Según el Consejo de Europa, se estima que la mayoría de gitanos y personas itinerantes (*travellers*) se encuentran en Europa. España es el país con mayor número de población gitana. Las cifras varían según la fuente, de modo que la media estimada del Council of Europe Roma and Travellers Division es de 725.000 gitanos y gitanas, mientras que la encuesta FOESSA 2008 estima un número superior de 970.000, siendo aproximadamente un 1.5% de la población española total. Se distribuyen de manera desigual por todo el territorio español, residiendo, particularmente, en las grandes ciudades como Madrid, Barcelona, Sevilla, Granada, Valencia, Zaragoza y Murcia; con una mayor concentración en las comunidades autónomas de Andalucía, Valencia y Cataluña. Siendo Andalucía la provincia con mayor número de gitanos, un 39.13% (260.571) del total de los gitanos residentes en España, con una población de 0 a 15 años de 78.429 y una población >16 años de 182.142, lo que supone que un 30% aproximadamente de la población gitana residente en Andalucía es menor de 15 años.^{17, 18}

En cuanto a la cultura gitana y más concretamente su visión sobre la salud, en “Salud y Comunidad Gitana” (MSC-FSG, 2005) se señala que un gran porcentaje de los gitanos y las gitanas conciben la salud como la ausencia de enfermedad, y la enfermedad como una situación invalidante ligada a la muerte.¹⁹ Esta determinada visión de la salud y la enfermedad tiene varias consecuencias: la preocupación por la salud comienza cuando aparecen síntomas, por lo que el concepto de prevención es difícil de trabajar; una vez que la persona (y su entorno familiar) percibe que ha aparecido la enfermedad, la actuación debe ser inmediata y resolutive, por la relación directa que establecen entre enfermedad y muerte; el diagnóstico supone poner nombre a lo que se tiene, por lo que la actitud ante él es ambivalente, siendo de clara evitación cuando aún no han aparecido síntomas; si gracias al tratamiento desaparecen los síntomas, pueden ser abandonadas las pautas terapéuticas, pues desde esa determinada concepción de la salud ha desaparecido la enfermedad”. Así pues, esto se corrobora en el *Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a la población gitana y población general de España, 2006*, en el que se cita que los gitanos tienen los niveles más bajos de consultas médicas provocadas por revisiones del estado de salud (las de tipo preventivo y seguimiento), mientras que aumentan las relacionadas con el diagnóstico y/o tratamiento. Otro artículo de F. Ferrer²⁰, refiere que entre los 11 trabajos (11,5%) sobre salud infantil que había revisado, en 7 se mostraba un peor estado de salud en el niño y la niña gitanos debido a carencias nutricionales e higiénicas y a una menor utilización de los programas de prevención. Asimismo, referían una menor frecuentación a los programas de niño sano y un significativo seguimiento incompleto de los programas de salud. En los programas de inmunización se evidenciaba que un alto porcentaje de niños y niñas gitanos no habían recibido vacunación alguna o ésta era incompleta. En este mismo se evidencia que la población infantil gitana presenta un grave problema de desigualdad, con una menor utilización de los servicios sanitarios que el resto de la población. En una comparación entre gitanos y payos se observó que los primeros acudían a programas de niño sano en un 58% frente al 97% en el segundo grupo; además, el 19% de los niños gitanos no había recibido vacunación alguna frente al 0% en la población caucásica. Por otro lado, en el documento de Comunidad Gitana y Salud, se

comprueba que la población de esta etnia que tiene un menor seguimiento del programa de vacunación son los que no cuentan con servicios sanitarios próximos y la población que reside en infraviviendas/chavolas. Para concluir con la salud de la comunidad gitana, se hará referencia a los resultados que se encuentran en el documento *Diagnóstico social de la comunidad gitana en España*, en el que dos meta-análisis referidos (MSC-FSG, 2005 y MTAS, 2007) afirman que la comunidad gitana se encuentra en una situación de desigualdad en salud, es decir, que está afectada por diferencias innecesarias, evitables e injustas.²¹

Los datos que se exponen para sostener esa afirmación, extraídos de los estudios disponibles en ese momento, son los siguientes:

- Mayor mortalidad infantil y menor esperanza de vida general.
- Menor seguimiento de las vacunaciones infantiles.
- Deficiente alimentación y nutrición. Mayor presencia de problemas asociados a ésta: obesidad, deficiente salud bucodental, diabetes,...
- Mayor accidentabilidad (accidentes domésticos, de tráfico,...)
- Mayor presencia en las personas adultas de enfermedades cardiovasculares y afecciones óseas y articulares.
- Alta prevalencia de enfermedades crónicas.

Como conclusión, son muchas las causas (citadas a lo largo de la introducción) que actualmente están haciendo que los movimientos contra la vacunación estén volviendo a resurgir, habiendo un aumento de la preocupación por la seguridad de las vacunas con lo que está disminuyendo las tasas de vacunación en distintos países, reapareciendo enfermedades previamente ya controladas lo que significa que el rechazo a la vacunación no sólo aumenta el riesgo individual de enfermedad sino a nivel de toda la comunidad

Así pues, debido a todo lo expuesto anteriormente y al conocimiento de que en las barriadas de Antonio Machado, Murillo y Martínez Montañés la cobertura vacunal fue de un 64.45% en 2011 y de un 72.66% en 2013 en estas barriadas

cuya población está adscrita al Centro de Salud Polígono Sur, se decidió elaborar este proyecto de investigación para buscar las causas del rechazo a la vacunación y ya que la gran mayoría de la población que reside es de etnia gitana, el estudio va centrado a analizar las causas de esa no vacunación en esta etnia y barrios concretos de Sevilla.

OBJETIVO

Objetivo general:

Describir las causas del rechazo a la vacunación en la población pediátrica de etnia gitana residente en las barriadas de Antonio Machado, Murillo y Martínez Montañés del Polígono Sur en Sevilla, población adscrita al C.S. Polígono Sur.

HIPÓTESIS

Nuestro proyecto no tiene una hipótesis, puesto que lo que se pretende es que se vayan generando y afinando conforme se recoge la información.

METODOLOGÍA

El estudio se realizará por el investigador y una enfermera de atención primaria del Centro de Salud Polígono Sur de Sevilla. El centro de salud tiene cobertura a las barriadas de Antonio Machado, Murillo y Martínez Montañés, es una zona de integración social, donde la gran mayoría de la población es de etnia gitana. La población adscrita a dicho centro es de 13492 siendo la población <14 años de 2671, y la cobertura vacunal fue de un 64.45% en 2011 y de un 72.66% en 2013.

Diseño metodológico

Una primera fase observacional-descriptiva cuanti-cualitativa, mediante cuestionario y entrevista individual a los padres que rechazan la vacunación de su hijo. Posteriormente, una segunda fase con metodología cualitativa, mediante la técnica de grupos focales, para la cual se seleccionarán parte de los sujetos participantes en la primera fase a criterio del grupo investigador.

El *cuestionario* consta de 20 preguntas (Anexo III). Dentro del cuestionario tendremos 14 preguntas que serán de naturaleza cualitativa, 7 politómicas y 7

dicotómicas; y tendremos 6 preguntas de naturaleza cuantitativa, 5 discretas y 1 continua.

La *entrevista* se realizará a continuación de haber cumplimentado el cuestionario, basada en 3 preguntas abiertas:

-¿Por qué motivos no vacuna a su hijo?

-¿Está interesado/a en adquirir más conocimientos sobre vacunas?

-¿De qué manera se le podría ayudar a adquirir más conocimientos?

Los *grupos focales* se constituirán por 5-7 personas, serán llevados a cabo por un enfermero y el investigador principal, el enfermero será el moderador y el investigador será observador. Tendrá una duración de 60 min y será audio/video grabado previo consentimiento de los participantes. Se realizará un guion de temas diseñado partiendo de los resultados obtenidos en las entrevistas.

Sujetos de estudio

Los sujetos de estudio del proyecto se centrarán en los padres o tutores legales de los niños que se encuentren mal vacunados y sean residentes de las barriadas de Antonio Machado, Murillo y Martínez Montañés del Polígono Sur de Sevilla, población que tiene como centro de salud de referencia Polígono Sur. Se estima que hay cerca de 730 niños menores de 14 años que se encuentran mal vacunados en esta zona geográfica, cuyos padres serán nuestra población de estudio.

Muestra

La muestra será escogida por dos tipos de muestreos. Para la primera fase se utilizará un muestreo aleatorio simple. Mientras que en la segunda fase, se utilizará un muestreo a criterio o intencional, en el que el investigador principal seleccionará a aquellas madres o padres que considere más apropiados para formar parte de un grupo focal.

Criterios de inclusión/exclusión

Criterios inclusión:

Residentes en las barridas Antonio Machado, Murillo y Martínez Montañés de Sevilla.

Adscritos al C.S. Polígono Sur.

Tener hijos de entre 0-14 años mal vacunados.

Comprensión oral de la lengua castellana.

Criterios de exclusión

Niños de hasta 14 años que se encuentren fuera del núcleo familiar (institucionalizados/casas de acogida/ centro de menores).

No dar el consentimiento informado para la participación en el proyecto.

Variable de estudio

- *Causas del rechazo a la vacunación:* esta es la variable principal del proyecto que se medirá a través del *cuestionario y la entrevista* elaborados por la investigadora y *la técnica de grupos focales*. A través de estos medios explicados anteriormente, se pretende conseguir descubrir las causas de la negación a la vacunación en la población de etnia gitana adscrita al centro de salud Polígono Sur de Sevilla.

Recogida de datos

Los datos se recogerán a través de tres medios, un cuestionario, una entrevista y grupos focales, todos serán llevados a cabo por el investigador principal y un enfermero del centro.

En primer lugar, tras la selección de la muestra por el estadístico, se llamará por teléfono a la población escogida y se les informará de las condiciones del estudio para que decidan si quieren participar. Si aceptan, se les dará la oportunidad de poder hacerles el cuestionario y la entrevista en casa o en el centro de salud, previo a la firma del consentimiento informado (Anexo IV). Una vez hayan aceptado y decidido dónde realizarlo, serán el investigador o el enfermero los encargados de recoger dicha información, ya que parte de la población adscrita a este centro es analfabeta. Posteriormente se reunirán el investigador y el enfermero encargado y decidirán quién de las personas que

han participado formarán parte de los grupos focales, cumpliendo los criterios de inclusión/exclusión y únicamente a los que sean de etnia gitana. Esta segunda etapa, será llevada a cabo en el centro de salud y se realizarán los grupos focales que el investigador estime necesarios para poder recopilar la información pertinente para desarrollar unas conclusiones.

Análisis de los datos

El análisis de datos del cuestionario se hará de la siguiente manera, las variables cuantitativas se expresarán con medias y desviaciones típicas o con medianas y percentiles 25 y 75 en caso de distribuciones asimétricas, y las variables cualitativas con porcentajes.

Mientras que el análisis de las entrevistas y los grupos focales, se realizarán de forma paralela al desarrollo del proyecto de investigación. Al finalizar la investigación el análisis se llevará a cabo mediante el diseño de Taylor y Bodgan compuesto por las siguientes etapas:

- Descubrimiento (FASE I)

Tras lectura de la totalidad de los datos obtenidos durante la investigación se localizarán los temas emergentes. A partir de éstos se elaborarán tipologías o esquemas de clasificación, que con las cuales, será más sencillo identificar y desarrollar conceptos y proposiciones teóricas.

- Codificación (FASE II)

Se realizará una sistematización de toda la información recogida a través de los siguientes pasos:

1. Desarrollo de categorías de codificación (“elementos que comprende una variable cualitativa”)
2. Se clasificarán o indexarán todos los datos obtenidos en la investigación a una y sola categoría. Se concibe que conforme se indexen los datos de la investigación las categorías puedan ir variando (aumentando en número, redefiniendo su alcance o incluso desapareciendo).
3. Se procederá al análisis de los datos obtenidos y ya clasificados.

- Relativización de los datos (FASE III)

Donde se interpretarán los datos recogidos teniendo siempre presente el contexto y la forma o modo en que han sido obtenidos. Para ello se tendrá en cuenta lo siguiente:

-Qué datos obtenidos se han solicitado por el investigador y cuáles se ha obtenido sin ser solicitados.

-La posible influencia del investigador y otras personas sobre los datos obtenidos.

-Las fuentes de donde se han obtenido los datos.

-Los presupuestos teórico-morales del entrevistador.

Para el tratamiento de la información obtenida se utilizará el programa para análisis de datos cualitativos Atlas Ti. No es un programa para analizar, esa tarea continúa siendo del investigador principal, sirve únicamente para facilitar la tarea a la hora de ordenar la información.

A lo largo de la investigación se desarrollará un proceso de triangulación y contraste de la información obtenida en las entrevistas por todos los integrantes del equipo investigador.

Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio es la dificultad de que la población de etnia gitana acepte participar en el estudio, esto lo podríamos solucionar ayudándonos de un mediador de esta etnia que se podría conseguir a través de la Fundación Secretariado Gitano de Sevilla. La realización del cuestionario, así como las entrevistas no son tan preocupantes, ya que se puede ir a captar a sus hogares; pero los grupos focales tienen mayor probabilidad de fracasar.

Como otra limitación del estudio cabe señalar que el uso de metodología cualitativa no permitirá extrapolar las conclusiones a otras etnias y otras zonas geográficas, pero permitirá profundizar en las causas que producen el rechazo a la vacunación en dicha etnia y barriadas.

CONDICIONANTES ÉTICOS

El proyecto está orientado a buscar la realidad sobre los factores que influyen en el incumplimiento del calendario vacunal en la población pediátrica gitana residente en las barriadas de Antonio Machado, Murillo y Martínez Montañés del Polígono Sur de Sevilla. Por lo tanto como en todas las investigaciones se tiene como propósito fundamental recopilar información verídica, pertinente y clara; datos que posteriormente serán analizados e interpretados, para dar lugar a la elaboración de un informe que estará apoyado en la realidad y será emitido con criterio imparcial y ético sobre el problema investigado, con la finalidad de establecer unas estrategias de mejora.

Por otro lado, hay que tener en cuenta las consideraciones éticas hacia las personas que van a participar en este proyecto. Nos vamos a basar en los principios éticos que se rigen en la *Declaración de Helsinki* y en el *Informe Belmont*.

Así pues, el proyecto se va a desarrollar siguiendo los principios éticos recogidos en la establecidos en la *Declaración de Helsinki*, declaración sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos realizada en Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008), incluyendo la solicitud de *consentimiento informado* a todos a todos los padres de la población pediátrica gitana mal vacunada que se encuentre incluidos en el estudio.

También se desarrollará siguiendo los principios éticos establecidos en el *Informe Belmont*, creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, el 18 de Abril de 1979, titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”. En él se recogen los principios éticos básicos en los que también nos vamos a basar:

- *respeto a las personas*, protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado

- *beneficiencia* maximizar los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación
- *justicia* usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente.

Por otro lado, el estudio ha sido presentado para su valoración por el Comité Ético del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Además, se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes en el estudio cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

PLAN DE TRABAJO

La duración del proyecto será de 20 meses, con la siguiente distribución de tareas:

Actividad 1 Presentación al comité de ética del Hospital Virgen del Rocío

Actividad 2 Establecer el tamaño muestral y seleccionar la muestra para el cuestionario.

Actividad 3 Pasar cuestionario y entrevista

Actividad 4 Escoger la muestra para los grupos focales

Actividad 5 Técnica de grupos focales

Actividad 6 Análisis e interpretación de datos, elaboración de resultados y conclusiones, difusión de los mismos, elaboración de la memoria del proyecto, elaboración del artículo científico del proyecto y publicación del estudio en revistas científicas.

Meses	Responsable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Actividad 1	Investigador principal	X																				
Actividad 2	Estadístico del hospital	X																				
Actividad 3	Investigador principal Enfermero del centro		X	X	X	X	X	X														
Actividad 4	Investigador principal Enfermero del centro								X													
Actividad 5	Investigador principal Enfermero del centro									X	X	X	X	X	X							
Actividad 6	Investigador principal Enfermero del centro Estadístico								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

RECURSOS NECESARIOS Y MEMORIA ECONÓMICA

1. GASTOS DE PERSONAL	EUROS (€)
Personal de apoyo a la investigación para análisis estadísticos de los datos	0
2. GASTOS DE EJECUCIÓN	
Inventario:	
• 2 Ordenadores portátiles	2000
• 1 Impresora láser	200
• 1 Cámara de video	250
• Programa Atlas Ti	100
TOTAL	2550
Material fungible:	
• Material fungible de uso informático	500
• Material de papelería	150

TOTAL	650
VIAJES Y DIETAS	
• Congresos y dietas	1000
TOTAL	1000
TOTAL AYUDA SOLICITADA	4450

El presupuesto requerido no es excesivamente elevado, y cuenta únicamente con los gastos mínimos y precisos. Prácticamente todo el presupuesto se centra en el material informático, muy preciso en nuestro proyecto para poder almacenar toda la información recopilada y también para obtenerla como lo es la cámara de video. También incurren en gasto los materiales de papelería, puesto que es preciso imprimir los cuestionarios. Para poder darle difusión a este proyecto, se ha concedido una parte del presupuesto a su difusión en congresos tanto nacionales como internacionales. Puesto que la investigadora principal será la encargada de aportar el proyecto al comité de ética y en el caso de que sea aprobado, la recogida de datos del estudio será llevada a cabo por ella, no se incurrirá en gastos en este sentido.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO Y UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Son muchas las causas (citadas a lo largo de la introducción) que actualmente están haciendo que los movimientos contra la vacunación estén volviendo a resurgir, habiendo un aumento de la preocupación por la seguridad de las vacunas, con lo que está disminuyendo las tasas de vacunación en distintos países, reapareciendo enfermedades previamente ya controladas lo que significa que el rechazo a la vacunación no sólo aumenta el riesgo individual de enfermedad sino a nivel de toda la comunidad

Debido a todo lo expuesto anteriormente y al conocimiento de que en las barriadas de Antonio Machado, Murillo y Martínez Montañés la cobertura vacunal fue de un 64.45% en 2011 y de un 72.66% en 2013, en estas barriadas cuya población está adscrita al Centro de Salud Polígono Sur, se decidió elaborar este proyecto de investigación y puesto que la mayoría de la población

residente es de etnia gitana, se decidió centrar la población de estudio en esta etnia.

Lo que se pretende con este proyecto, es poder analizar y descubrir las causas de la negación a la vacunación en esta población, con el objetivo de poder establecer unas estrategias de mejora y aumentar la cobertura vacunal de dichas barriadas Sevillanas, para así evitar que aumenten los brotes de enfermedades que ya estaban controladas y que la población infantil tenga una buena cobertura vacunal para evitarle pasar enfermedades que pueden ser muy perjudiciales para su salud.

PLAN DE DIFUSIÓN

Se pretende presentar el proyecto a algún congreso nacional o internacional, así como su publicación en revistas de alto rigor científico. Cuando se tengan las conclusiones del proyecto se difundirá a todos los profesionales del centro para que puedan comenzar a buscar estrategias de mejora.

ANEXOS

Anexo I

Tabla 2

Distribución de los casos de sarampión por Comunidades Autónomas. España, año 2011.

CCAA	Total	Confirmados				Descartados	Incidencia casos confirmados (*)	Incidencia casos sospechosos (*)
		Laboratorio	Vínculo	Compatibles	Total			
Andalucía	1990	977	273	739	1989	1	23,61	23,62
Aragón	55	27	0	1	28	27	2,08	4,09
Asturias	35	20	0	3	23	12	2,13	3,24
Baleares	44	31	4	0	35	9	3,14	3,95
Canarias	51	42	8	0	50	1	2,35	2,40
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Castilla- La Mancha	35	22	2	1	25	10	0,98	1,37
Castilla y León	38	14	0	0	14	24	0,66	1,80
Cataluña (**)	349	234	16	25	275	74	3,65	4,63
C. Valenciana	246	146	60	25	231	15	4,51	4,81
Extremadura	176	62	79	2	143	33	12,89	15,86
Galicia	10	7	0	0	7	3	0,25	0,36
Madrid	689	510	40	73	623	66	9,60	10,62
Murcia	4	1	1	1	2	2	0,14	0,27
Navarra	4	1	1	0	2	2	0,31	0,62
Pais Vasco	40	29	5	1	35	5	1,60	1,83
La Rioja	9	7	0	0	7	2	2,17	2,79
Ceuta	23	12	3	6	21	2	25,49	27,92
Melilla	9	8	0	0	8	1	10,19	11,47
Total	3807	2149	492	877	3518	289	7,45	8,07

Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Datos: Plan de Eliminación del Sarampión y de la Rubéola

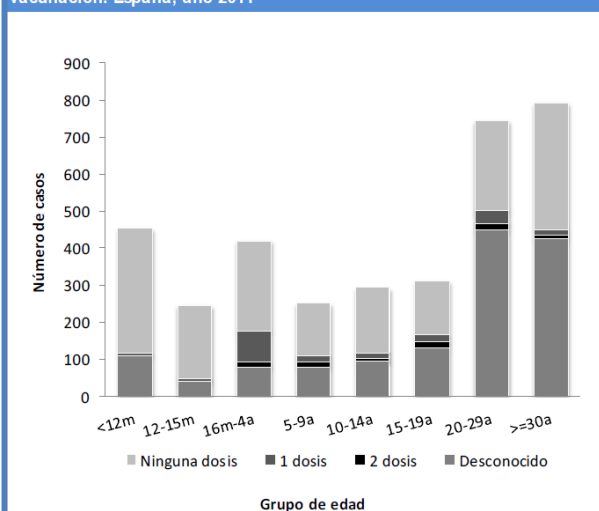
(*) Tasa *100.000 habitantes

(**)La Comunidad Autónoma de Cataluña notificó datos consolidados a 26 de octubre de 2012, que varían ligeramente de los recogidos en la tabla adjunta: Casos clínicamente compatibles (27), casos confirmados por laboratorio (234), casos confirmados por vínculo epidemiológico (16), casos descartados (75).

Anexo II

Gráfico 6

Casos confirmados de sarampión por grupo de edad y estado de vacunación. España, año 2011



Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Datos: Plan de Eliminación de Sarampión y de la Rubéola

Anexo III

CUESTIONARIO SOBRE VACUNAS

Parentesco con el menor: Madre Padre Abuelo/a Otros Especificar _____

Edad de los padres: MADRE ____ años

PADRE ____ años

Nivel de estudios: Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios

Situación laboral: Activo Parado

Etnia: Occidental Gitana Latinoamericana Africana Otras Especificar _____

Espiritualidad y creencias: Cristiano Evangelista Ateo

Otras Especificar _____

Nº de hijos: 1 2 3 4 ≥5 Edad: _____

Nº de personas que conviven en la vivienda: _____

Distancia entre la vivienda y el centro de salud: ____ metros

¿Conoce qué es una vacuna? Sí No

¿Conoce el calendario de vacunas? Sí No

¿Qué opina sobre las vacunas? Que son muy necesarias

Que son necesarias

Que no son necesarias

¿Ha sufrido alguna reacción adversa a alguna vacuna algún miembro de la familia?

No

Sí ¿Quién? _____ ¿Qué ocurrió? _____

¿Conoce los beneficios de estar vacunado?

No

Sí ¿Cuáles? _____

¿Conoce los perjuicios de no estar vacunado?

No

Sí ¿Cuáles? _____

¿Usted acude a la consulta de vacunas? Sí No

Si no acude, indique el motivo:

Falta de tiempo

No lo recuerda

No lo considera necesario

Enfermedad del niño

Trabajo

Cultura

Temor a reacciones adversas ¿Cuáles? _____

Pérdida de la cartilla de vacunas

Dificultad para llegar al centro de salud ¿Cuáles? _____

Otras Especificar _____

Si el niño se vacuna, ¿quién es el encargado de acompañarlo? Madre Padre Abuelo/a

Otros Especificar _____

Nº de hijos bien vacunados: 1 2 3 4 ≥5 No sabe/no contesta

Nº de hijos mal vacunados: 1 2 3 4 ≥5 No sabe/no contesta

ENTREVISTA INDIVIDUAL

-¿Por qué motivos no vacuna a su hijo?

-¿Está interesado/a en adquirir más conocimientos sobre vacunas?

-¿De qué manera se le podría ayudar a adquirir más conocimientos?

Anexo IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por _____, del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). La meta de este estudio es analizar las causas del rechazo a la vacunación.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario, esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Posteriormente, si el investigador lo considera, será llamado de nuevo para la realización de una técnica de grupo que será grabada con una cámara de video, con una duración de 60 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____ . He sido informado (a) de que la meta de este estudio es analizar las causas del rechazo a la vacunación.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y quizás en una técnica de grupo, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos y 60 minutos respectivamente.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con el C.S Polígono Sur y preguntar por la investigadora principal _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora principal al teléfono del C.S. Polígono Sur.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. OMS (Organización Mundial de la Salud), 1948.
2. Comité Asesor de Vacunas. Manual de Vacunas en línea de la AEP [Internet] Madrid: AEP; 2014 [actualizado en 2014]; [consultado el 06/04/2015]. Disponible en:
<http://vacunasaep.org/documentos/manual/manual-de-vacunas>
3. OMS. Cobertura vacunal [Internet]. [actualizado en noviembre 2014]; consultado el 06/04/2015]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/es/>
4. RM Wolfe, LK Sharp. Anti-vaccinationists past and present. *British Medical Journal*. 2002. 325 (7361):430–2.
5. Poland, G. A., & Jacobson, R. M. The clinician's guide to the anti-vaccinationists' galaxy. *Human immunology*. 2012; 73(8): 859-866.
6. Tafuri, S., Gallone, M. S., Cappelli, M. G., Martinelli, D., Prato, R., & Germinario, C. Addressing the anti-vaccination movement and the role of HCWs. *Vaccine*. 2014; 32(38):4860-4865.
7. Lieu, T. A., Ray, G. T., Klein, N. P., Chung, C., & Kulldorff, M. Geographic Clusters in Underimmunization and Vaccine Refusal. *Pediatrics*. 2015; 135(2): 280-289.
8. Omer, S. B., Salmon, D. A., Orenstein, W. A., deHart, M. P., & Halsey, N. Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases. *New England Journal of Medicine*. 2009; 360(19):1981-1988.
9. Blume, S. Anti-vaccination movements and their interpretations. *Social science & medicine*. 2006; 62(3):628-642.
10. Ołpiński M. Anti-vaccination movement and parental refusals of immunization of children in USA. *Pediatrapiolska*. 2012; 87(4): 381-385.

11. Kata, A. A postmodern Pandora's box: Anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*. 2010; 28(7): 1709-1716.
12. Kata, A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm—An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*. 2012; 30(25): 3778-3789.
13. Vasconcellos-Silva, P. R., Castiel, L. D., & Griep, R. H. The media-driven risk society, the anti-vaccination movement and risk of autism. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2015; 20(2):607-616.
14. Federman, Ross S. Understanding Vaccines: A Public Imperative. *The Yale journal of biology and medicine*. 2014. 87(4):417.
15. López-Perea, N., Calles, J. M., Ruiz, T. C., Isla, J. A., & de Mier, M. T. Vigilancia del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. España 2011. *Boletín epidemiológico semanal*. 2013; 21(6):55-64.
16. Sánchez, A. L., Benjumeda, L. M. R., & Sanchez, P. C. O. Análisis de un brote de sarampión en una barriada de la provincia de Sevilla, España. *RevEsp Salud Pública*. 2013; 87(3): 257-266.
17. Sordé T, Flecha R and Alexiu TM. El pueblo gitano: una identidad global sin territorio. *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. 2013; (7): 3
18. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. [Consultado el 06/04/2015]. Población gitana. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/poblacionGitana/home.htm>
19. La Parra, D. Hacia la equidad en salud: Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006. *Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, y Fundación Secretariado Gitano*. 2009.
20. Ferrer, F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gac Sanit*. 2003; 17: 2-8.

21. Laparra, Miguel. Diagnóstico social de la comunidad gitana en España; Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a Hogares de Población Gitana 2007. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011.