

Trabajo final de grado

**Motivos por los cuales algunos padres
deciden no vacunar a sus hijos**

CURSO 2018-2019

Gina Gerschcovsky Rodriguez.

Estudiante de Enfermería, 4º año.

Tutor: Marina Bosque Prous.

Manresa, 17 de mayo de 2019.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Vacunas	6
2.2. Grupos antivacunas	9
2.3. Reticencia vacunal	10
2.4. Acciones a nivel mundial para concienciar sobre las vacunas	11
2.5. ¿Por qué los padres rechazan las vacunas ?	12
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	16
4. METODOLOGÍA	
4.1. Tipo de diseño	17
4.2. Participantes	17
4.3. Muestreo	17
4.4. Técnica de recogida de datos	17
4.5. Análisis de los datos	18
4.6. Criterios de rigor y validez	18
4.7. Consideraciones éticas y legales	19
4.8. Procedimiento del estudio	20
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	21
6. RECURSOS	22
7. CRONOGRAMA DEL ESTUDIO	23
8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS	24
9. PLAN DE DIFUSIÓN	25
10. CONCLUSIONES	26
11. BIBLIOGRAFÍA	28
12. ANEXOS	31

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La OMS alerta de la preocupación del crecimiento de los grupos antivacunas. Es importante desarrollar medidas de concienciación y que no vaya en aumento el porcentaje de no vacunados, sobre todo en los niños.

OBJETIVO: Profundizar en los motivos que llevan a los progenitores de Sabadell a no vacunar a sus hijos de 0 a 12 meses.

METODOLOGÍA: Diseño de teoría fundamentada (estudio de metodología cualitativa). El muestreo será teórico, obteniendo los participantes gracias a la colaboración de los pediatras y enfermeras de los CAPs de Sabadell. Participarán mínimo 6 familias y el máximo será hasta la saturación de los datos. La recogida de datos será a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a los padres.

DISCUSIÓN: El porcentaje de niños vacunados en Cataluña ronda el 96%, pero no es seguro, porque los padres reticentes a las vacunas van en aumento y cada vez hay menos efecto de inmunidad grupal. Los motivos que argumentan los padres para no vacunar a sus hijos son variados: relacionar las vacunas y el autismo, poca información o falta de credibilidad por parte de los profesionales de la salud, datos buscados por internet, miedo a los efectos adversos,...

CONCLUSIÓN: Hay mucho que hacer desde el ámbito sanitario, concretamente desde la Atención Primaria. Es muy importante que los profesionales de la salud sean la fuente de información de los padres, donde poder encontrar respuestas fiables, actualizadas y con evidencia científica. Y los padres antivacunas deben ver la importancia que tienen las vacunas en el control de epidemias y enfermedades con alta tasa de morbimortalidad en el pasado, pero que hoy en día están controladas en países desarrollados gracias a las vacunas, entre otras medidas.

PALABRAS CLAVES: Niños, padres, antivacunas, reticencia vacunal, vacunas, metodología cualitativa.

ABSTRACT

INTRODUCTION: WHO warns of the growing concern of the anti-vaccines groups. It's important to develop awareness measures and avoid the increase of non-vaccinated percentage, especially among children.

OBJECTIVE: Analyze the reasons why parents in Sabadell decide not to vaccinate their children from 0 to 12 months.

METHOD: Design of grounded theory (qualitative methodological study). The sampling will be theoretical, obtaining the participants thanks to the help from pediatricians and nurses from Primary Care Centers in Sabadell. A minimum of 6 families will participate, the maximum will be until data saturation. The collection of data will be done by the means of partially structured interviews to the parents.

DISCUSSION: The percentage of children vaccinated in Catalonia is about 96%, but it is not safe, given the vaccine reluctant parents are increasing and at the same time the group immunity effect is lower. The reasons given by parents to avoid vaccinating their children are different: relate vaccines and autism, information shortage or lack of credibility of health professionals, internet data research, fear to adverse effects,...

CONCLUSION: There is a lot to do from the health area, especially from Primary Care. It is very important that the health professionals become the parents' information source, where they can find reliable, up-to-date and scientifically-evidenced responses. And the anti-vaccination parents must see the importance of vaccines in the control of epidemics and diseases with high rate of morbidity and mortality in the past, which, today, are controlled in developed countries thanks to vaccines, among other measures.

KEY WORDS: Children, parents, anti-vaccination, vaccine reticence, vaccines, qualitative methodology.

1. INTRODUCCIÓ

La vacunació segun el calendari vacunal de Espanya, no obligatoria pero si recomendada (1), permite no sólo que el individuo esté protegido sino que genera una inmunidad global, ayudando a reducir drásticamente el porcentaje de personas afectadas por las enfermedades contra las que son vacunadas.

Actualmente se están dando casos de brotes de enfermedades que se daban por erradicadas. Por ejemplo, en Europa durante el 2016 se notificaron más de 4.000 casos de sarampión y en el 2017 se contabilizó 14.600 casos, esto implica un aumento de hasta 400% de casos en un año (2). Esta enfermedad infecciosa, que afecta especialmente a los niños y que puede prevenirse gracias a una vacuna, ha vuelto a irrumpir con fuerza en el último año llevando a la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* a dar la voz de alarma con un énfasis sin precedente. Los bebés menores de un año son particularmente vulnerables a las complicaciones del sarampión y están mejor protegidos por la inmunidad grupal que se logra cuando la cobertura de la segunda dosis de una vacuna que contiene sarampión es al menos de 95% (2). El problema surge cuando la enfermedad es eliminada gracias a los programas de vacunación, porque los efectos adversos de las vacunas se hacen mucho más aparentes en comparación con el riesgo de contraer la enfermedad, ya que la gente no convive con la enfermedad y la infravalora (3).

Esta situación de nuevos brotes de enfermedades en vía de erradicación se debe a varios motivos, como la inmigración produciendo la llegada de personas de otros países que no cumplen con el carnet vacunal de España, o niños que no son vacunados porque sus padres así lo deciden. A esto se le llama reticencia vacunal.

Apenas hay datos sobre la prevalencia de la reticencia y su influencia en la no vacunación en España, como tampoco los hay para Europa ni los Estados Unidos. Según el Barómetro Sanitario de 2016, en España, un 4% de las personas no está de acuerdo con que las vacunas sean eficaces en la prevención de enfermedades, un 8% opina que conllevan más riesgos que beneficios y un 11% considera mejor “pasar la enfermedad de forma natural” en la infancia (4). En los datos estadísticos del Ministerio de Sanidad, en el 2017 el 97.4% (4) de la población había recibido las vacunas que se agrupan en el marco de la primovacunación. En el 2º año de vida el porcentaje baja al 95.5% (4). La *OMS* estima que en la última década, globalmente, un 20% de los niños no han recibido las vacunas recomendadas y que 1,5 millones mueren cada año por causas prevenibles mediante vacunas, lo que constituye el 17% de todas las muertes en menores de 5 años de edad (5). Hay países donde tienen limitado el acceso a las vacunas mientras que en nuestro entorno hay personas que se plantean su utilidad.

En este trabajo se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Por qué algunos padres deciden no vacunar a sus hijos? El proyecto se centra en conocer el o los motivos que tienen los padres que deciden no vacunar a sus hijos, si conocen los efectos secundarios que puede tener esta práctica para sus propios hijos y para el resto de la sociedad, averiguar sus fuentes de información y la relación con los profesionales de la salud. Es esencial comenzar a indagar en este tema porque el porcentaje de niños no vacunados va en aumento y es fundamental comenzar a hacer planes de actuación desde atención primaria, sobre todo desde enfermería. Los profesionales de la salud en atención primaria deben saber dar respuestas verídicas e información actualizada sobre las vacunas, los efectos que producen, la importancia de vacunar, y principalmente saber responder a las preguntas que los progenitores puedan formular así como poder facilitarles fuentes de información científicamente avaladas para que ellos mismos puedan informarse. Debe hacerse sin juzgar pero sí con la intención de generar confianza y afinidad con las familias para que sea la enfermera o el médico de familia a quien acudan en caso de dudas, no sólo sobre las vacunas sino sobre todo lo relacionado a la salud de sus hijos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Vacunas:

La primera vacuna en Occidente fue desarrollada por Edward Jenner en Inglaterra en el siglo XVIII, quien introdujo el primer instrumento para frenar las enfermedades epidémicas (3). Sin embargo, la técnica de variolización (inoculación de la viruela) era aplicada en China desde muchos siglos atrás (3). El desarrollo de la ciencia del siglo XIX permitió conocer las características y formas de transmisión de las enfermedades infecciosas, permitiendo el desarrollo de instrumentos preventivos (6). De dichos instrumentos preventivos, los de mayor impacto fueron el agua potable y las vacunas (6).

Las vacunas pueden administrarse en base a indicaciones individualizadas según distintos factores como personales o ambientales, o de forma sistemática como parte de los calendarios vacunales (7). En España, el primer calendario de vacunación infantil se implantó en 1975 y actualmente son las comunidades autónomas las responsables de establecer las recomendaciones vacunales (7-8).

Este calendario de vacunaciones, diseñado para la infancia y la adolescencia, indica las edades en las que se han de administrar las vacunas consideradas por el *Comité Asesor de Vacunas (CAV)* y la *Asociación Española de Pediatría (AEP)* con perfil de sistemáticas, es decir, las que todos los niños en España han de recibir de forma universal. Se incluyen las vacunas sistemáticas financiadas oficiales (ofrecidas gratuitamente en cada una de las comunidades autónomas) y las sistemáticas no financiadas, que el *CAV-AEP* considera deseable que todos los niños reciban, pero que por el momento no están incluidas en la financiación pública. En la figura 1, puede observarse el calendario de vacunación actual publicado por la CAV-AEP, y en la figura 2 puede observarse el calendario de vacunación publicado por la Generalitat de Catalunya, concretamente por el Departament de Salut, en el año 2016, y que se sigue actualmente. Ambos calendario son similares, y en ambos casos no entran de forma gratuita las vacunas del rotavirus ni la de meningococo B (en la figura 2 no se observan estas vacunas porque, como se ha comentado, no están financiadas).

CALENDARIO DE VACUNACIONES SISTEMÁTICAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2018										
Comité Asesor de Vacunas										
VACUNA	Edad en meses						Edad en años			
	2	4	6	11	12	15	2-4	6	12	14-18
Hepatitis B ¹	HB	HB		HB						
Difteria, tétanos y tosferina ²	DTPa	DTPa		DTPa				DTPa / Tdpa	Tdpa	
Poliomielitis ³	VPI	VPI		VPI				VPI		
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴	Hib	Hib		Hib						
Neumococo ⁵	VNC	VNC		VNC						
Meningococos C y ACWY ⁶		MenC			MenC				MenC	Men* ACWY
Sarampión, rubeola y parotiditis ⁷					SRP		SRP			
Varicela ⁸					Var		Var / SRPV			
Virus del papiloma humano ⁹									VPH 2 dosis	
Meningococo B ¹⁰	MenB	MenB	MenB		MenB					
Rotavirus ¹¹	RV	RV	(RV)							

Vacunas financiadas
 Vacunas no financiadas

Figura 1: CALENDARIO DE VACUNACIONES SISTEMÁTICAS, 2018 FUENTE: Comité Asesor de Vacunas y Asociación Española de Pediatría.

	Difteria Tétanus Tos ferina	Polio-mielitis	Malaltia per <i>Haemophilus influenzae</i> b	Hepatitis B	Malaltia per meningococ C	Hepatitis A	Xarampió Rubèola Parotiditis	Infecció pel virus del papil·loma humà	Varicel·la	Grip	Malaltia per pneumococ
2 mesos	Hexavalent										Contra el pneumococ conjugada
4 mesos	Hexavalent				Contra el meningococ C conjugada						Contra el pneumococ conjugada
11 mesos	Hexavalent										Contra el pneumococ conjugada
12 mesos					Contra el meningococ C conjugada		Triple vírica				
15 mesos						Contra l'hepatitis A			Contra la varicel·la		
3 anys							Triple vírica		Contra la varicel·la		
6 anys	DTPa-PI					Contra l'hepatitis A					
11-12 anys					Contra el meningococ C conjugada	Contra l'hepatitis A*		Contra el virus del papil·loma humà**	Contra la varicel·la*		
14 anys	Td										
Embaras-sades	dTpa***									Contra la grip	
40 anys	Td										
A partir de 60 anys										Contra la grip cada any	
65 anys	Td										Contra el pneumococ 23-valent

Figura 2: CALENDARIO DE VACUNACIONES SISTÈMICAS 2016 FUENTE: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Cabe destacar que la vacunación en España es voluntaria, ya que nuestro ordenamiento no incorpora explícitamente el deber de vacunación y nadie puede, en principio, ser obligado a vacunarse (1). Ahora bien, hay determinadas situaciones que permiten que los poderes públicos competentes impongan la vacunación forzosa, fundamentalmente en caso de epidemias.

Las vacunas se usan preferentemente para anticipar con el objetivo de prevenir de forma organizada, y no después de una exposición, y tienen un papel importante en la salud pública. Las recomendaciones de uso de cada vacuna se apoyan en argumentos basados en el riesgo infeccioso y la epidemiología de la enfermedad, las propiedades de las vacunas y su efecto en la comunidad (beneficiándose en particular de la inmunidad grupal), la relación coste/eficacia esperada y la factibilidad (9). Hay recomendaciones específicas para algunos grupos de personas debido a riesgos relacionados con el estado de salud (inmunodeprimidos,...), la profesión (profesionales de la salud, profesores, etc.) o exposiciones circunstanciales (viajeros,...). La política de vacunación debe ser enmarcada y monitorizada en particular por la evaluación de la cobertura de vacunación y de las consecuencias sobre las enfermedades prevenibles por vacunación (9).

Las cinco características fundamentales que debe reunir una vacuna para su aplicación efectiva en una población son (3): Seguridad, Inmunogenicidad, Eficacia protectora, Eficiencia y Estabilidad.

La característica principal es que las vacunas ante todo deben ser seguras, lo que no quiere decir que no puedan tener efectos secundarios. De hecho, ninguna vacuna está completamente exenta de reacciones adversas o complicaciones vacunales. 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 (3). Sin embargo, la mayoría de los efectos secundarios de las vacunas de aplicación sistemática son de tipo local (3): dolor, eritema y/o tumefacción pueden producirse en el 50% de las inyecciones de vacunas en los lactantes.

Se llama inmunogenicidad a la capacidad que tiene el sistema inmunitario de reaccionar frente a un antígeno, un estímulo bioquímico de naturaleza generalmente proteica. Cuando la inmunogenicidad es parte de la actividad farmacológica esperada, como en las vacunas, esta respuesta no se considera un efecto adverso (10).

En cualquier caso, el riesgo de complicaciones vacunales es muy inferior al riesgo de complicaciones de la enfermedad prevenida por la vacuna. El problema surge cuando la enfermedad es eliminada como consecuencia de los programas de vacunación, porque los

efectos adversos de las vacunas se hacen mucho más aparentes en comparación con el riesgo de contraer la enfermedad (3). Es el momento en el que nos encontramos actualmente en el caso de diversas enfermedades. La población no es consciente del riesgo que suponen las enfermedades que se previenen con las vacunas, se infravaloran las posibles consecuencias de dichas enfermedades, y sólo se fija en los efectos adversos de las vacunas, ya que se ha conseguido reducir casi hasta la erradicación muchas enfermedades que antes eran mortales o con secuelas importantes (11).

2.2. Grupos antivacunas:

Actualmente mucha gente cree que las vacunas no son necesarias. En 1867 se creó la primera asociación antivacunas en Londres y 20 años más tarde se extendió a EEUU (12). En España, estos grupos tienen menor influencia, aunque se espera un incremento en el futuro. La primera asociación se fundó en Barcelona en 1989: la *liga para la libertad de vacunación* (12). Los movimientos antivacunas cobraron más fuerza a partir de 1998, cuando se publicó en la revista *The Lancet* un estudio del médico británico Andrew Wakefield en el que se vinculaba a la vacuna triple viral con el autismo. La vacuna triple vírica se administra para la inmunización contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (SPR) y, aunque más tarde se demostró que existía fraude en ese estudio y la revista retiró el artículo en 2004, para entonces el daño ya estaba hecho (2, 13-17).

Surgen muchas preguntas a raíz de esta problemática social y sanitaria. Está en pleno crecimiento el rechazo a las vacunas, y con ellos la alarma sanitaria y social. Los niños no vacunados no solo crean riesgos para ellos mismos, sino que también representan un riesgo para la comunidad (18). Tanto los bebés que aún no han sido vacunados debido a su edad como los niños inmunocomprometidos que no pueden ser vacunados dependen de la inmunidad del rebaño o inmunidad de la comunidad para la protección contra enfermedades prevenibles por vacunación (18). Esta inmunidad grupal es posible si la mayoría de la población está vacunada, pero cuantos más niños no reciban vacunas, menos inmunidad colectiva y más riesgos para todos.

El rechazo vacunal no siempre es total, hay padres que rechazan parcialmente el calendario vacunal (subinmunizados) y otros que lo hacen en su totalidad (16). Según un artículo, los padres reticentes enfatizan su confianza en la inteligencia del sistema inmunitario, es decir, aquella que provee la naturaleza para hacer frente a las enfermedades y convierte, por tanto, en innecesaria una protección colectiva artificial a través de la vacunación (19). Ante la repercusión de la no vacunación sobre la organización social (rotura de la inmunidad de grupo), las personas reticentes aducen el carácter exclusivamente individual de la protección

frente a la enfermedad y se sienten exentos de responsabilidad sobre las externalidades (positivas o negativas) que su acción pueda tener sobre el resto de la colectividad (19).

2.3. Reticencia vacunal:

La extensión de las vacunas en la mayoría de los países del mundo las ha convertido en intervenciones de salud pública sistemáticas y masivas (20). Entre la aceptación vacunal, mayoritaria en las sociedades occidentales, hasta el rechazo sin matices, existe una escala de grises que se denomina “reticencia vacunal” (vaccine hesitancy) con diferentes grados de indecisión ante la vacunación con todas o determinadas vacunas (4).

En 2015, el *Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la Organización Mundial de la Salud* definió la reticencia vacunal como un comportamiento influido por cuestiones de confianza (en la eficacia y la seguridad de las vacunas, en las autoridades de salud pública, en los profesionales y en la industria farmacéutica), complacencia (baja percepción del riesgo de enfermedad inmunoprevenible y de la necesidad de vacunarse) y conveniencia (accesibilidad y disponibilidad de las vacunas) (11). Así, la reticencia no es exclusiva de activistas antivacunas, sino que aparece en una diversidad de perfiles sociales (11).

La reticencia vacunal viene determinada por la confluencia de diversos determinantes factores contextuales (pertenencia ideológica, políticas de vacunación, entorno socioeconómico, etc.), factores individuales y colectivos (creencias sobre la salud, sobre el papel del Estado, percepción del riesgo, experiencias previas de vacunación, etc.) y factores relacionados con cada vacuna (modo de administración, efectos adversos atribuidos, etc.) (4).

Los datos sobre la prevalencia de la reticencia y su influencia en la no vacunación en España son escasos, como sucede en Europa y en los Estados Unidos. Según el Barómetro Sanitario, en España durante el 2016 un 4% de las personas no estaba de acuerdo con que las vacunas sean eficaces en la prevención de enfermedades, un 8% opinaba que conllevan más riesgos que beneficios y un 11% consideraba mejor “pasar la enfermedad de forma natural” en la infancia (4). Según datos estadísticos del Ministerio de Sanidad, en el 2017 el 97.4% de la población había recibido las vacunas que se agrupan en el marco de la primovacunación (4). La primovacunación se considera la vacunación a los menores de 12 meses que deben ser vacunados de poliomielitis (VPI), difteria, tétanos y tosferina (DTPa), Haemophilus influenzae tipo b (Hib), hepatitis B (HB), meningococo C y neumococo), porcentaje que baja al 95.5% en el segundo año de vida (4).

2.4. Acciones a nivel mundial para concienciar sobre las vacunas:

El rechazo a las vacunas no solo es importante a nivel estatal sino que es un tema relevante a nivel global, y concierne a toda la población. El *Proyecto del Milenio* es un grupo de expertos de participación global establecido en 1996 bajo el *Consejo Americano para la Universidad de las Naciones Unidas* que se independizó en 2009 y ha crecido a 63 nodos en todo el mundo (un nodo es un grupo de instituciones e individuos conectados a nivel local y pero con perspectivas globales) (11). Su propósito es mejorar las perspectivas de la humanidad para construir un futuro mejor (11). Para ello proponen 15 desafíos globales (11):

1. ¿Cómo puede lograrse el desarrollo sostenible haciendo frente al cambio climático global?
2. ¿Cómo podrían todos tener agua suficiente sin conflicto?
3. ¿Cómo pueden balancearse el crecimiento de la población y los recursos?
4. ¿Cómo puede emerger una democracia genuina de regímenes autoritarios?
5. ¿Cómo hacer que la formulación de políticas sea más sensibles ante las perspectivas globales a largo plazo?
6. ¿Cómo puede servir a todos la convergencia de las tecnologías de la información y las comunicaciones?
7. ¿Cómo pueden promoverse economías éticas de mercado para ayudar a reducir la brecha entre ricos y pobres?
8. ¿Cómo puede reducirse la amenaza de enfermedades nuevas y reemergentes y de los microorganismos inmunes?
9. ¿Cómo puede mejorar la capacidad de decisión acorde a los cambios en la naturaleza del trabajo y de las instituciones?
10. ¿Cómo pueden los valores compartidos y las nuevas estrategias de seguridad reducir los conflictos étnicos, el terrorismo y el uso de armas de destrucción masiva?
11. ¿Cómo puede ayudar el cambio en el Estatus de la Mujer a mejorar la condición humana?
12. ¿Cómo se pueden detener la transformación de las redes transnacionales del crimen organizado en empresas globales cada vez más poderosas y sofisticadas?
13. ¿Cómo puede ser satisfecha la creciente demanda de energía en forma segura y eficiente?
14. ¿Cómo se pueden acelerar los avances científicos y tecnológicos para mejorar la condición humana?
15. ¿Cómo podrían incorporarse consideraciones éticas a las decisiones globales, de modo cada vez más rutinario?

Una de las acciones para alcanzar el desafío número 8 es implementar el *Plan de Acción Mundial de Vacunas 2011-2020 (GVAP, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial para la Salud (OMS)* (11). El *GVAP*, que fue respaldado por los 194 Estados miembros de la *Asamblea Mundial de la Salud* en mayo de 2012, es un marco de actuación

para prevenir millones de muertes a través de un acceso más equitativo a las vacunas existentes para las personas en todas las comunidades, y debe ser implementado antes del 2020 (11).

La *Colaboración de la Década de Vacunas (DoV)* reunió a diversas partes interesadas para desarrollar el *GVAP*, cuyo objetivo era estimular el descubrimiento, desarrollo y suministro de vacunas que salvaran vidas (11). Los líderes de la *Fundación Bill y Melinda Gates*, *GAVI Alliance*, *UNICEF*, el *Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos* y la *OMS*, junto con más socios: gobiernos y funcionarios electos, profesionales de la salud, academia, fabricantes, agencias globales, socios para el desarrollo, la sociedad civil, los medios de comunicación y el sector privado están comprometidos con el logro de los ambiciosos objetivos del *GVAP* y se espera que muchos más agreguen su apoyo en el futuro (11).

La *European Paediatric Association (Unión Europea de Sociedades Pediátricas: EPA/UNEPSA)*, de la que forma parte la *Asociación Española de Pediatría*, ha publicado en la *Journal of Pediatrics*, un comunicado alertando de los peligros de la creciente desconfianza y el rechazo de las vacunas (5). Según la *EPA*, los pediatras, especialmente en el ámbito de la atención primaria, observan con preocupación el incremento de la desconfianza y el rechazo a las vacunas. Un número creciente de personas las perciben como inseguras e innecesarias, pese a que la evidencia existente que acredita su extraordinaria efectividad y seguridad es inmensa (5).

2.5. ¿Por qué los padres rechazan las vacunas?

La *OMS* estima que en la última década a nivel global un 20 % de los niños no han recibido las vacunas recomendadas y que 1,5 millones mueren cada año por causas prevenibles mediante vacunas, lo que constituye el 17 % de todas las muertes en menores de 5 años (5). La desconfianza injustificada y el rechazo vacunal amenaza con empeorar estas cifras, a base del descenso de las tasas de coberturas vacunales en los países más desarrollados. Mientras que los países con recursos limitados sufren la carencia de vacunas, los países desarrollados sufren el riesgo de los grupos que las rechazan.

Pero, ¿por qué este aumento del porcentaje de padres que rechazan las vacunas para sus hijos? Según los estudios, los motivos son varios: miedo a las agujas (por parte del niño o de los padres) (20), temor a los efectos secundarios de las vacunas (13, 18), falta de información por parte de los profesionales de la salud (13), motivaciones religiosas, creencias personales, conocimientos naturistas, influencias familiares y anecdóticas (21), la creencia de que las enfermedades objetivo no son perjudiciales (18), preocupaciones por la seguridad de las vacunas (18), el exceso de vacunas administradas al mismo tiempo (18), la corta edad a la

que se les administra la gran mayoría de las vacunas (19, 21), relación entre la vacunación y el autismo (18) o que las grandes farmacéuticas son las únicas beneficiadas (21).

La preocupación por el riesgo teórico de exposición al mercurio (timerosal) contenido en las vacunas surgió en 1999, tras constatar la *Environmental Protection Agency* que la dosis administrada durante el primer trimestre de vida podría exceder el límite establecido de metilmercurio si se sigue el calendario vacunal de los lactantes (14). Como medida preventiva se recomendó cauteladamente la eliminación progresiva del timerosal contenido en las vacunas. A partir de esta recomendación, en el año 2000, la *OMS* a través del *Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas (GACVS)*, evaluó la seguridad de tales vacunas y sigue evaluando toda la información que se genera al respecto y en todo momento ha mantenido la conclusión de que no hay evidencia de toxicidad directa del timerosal en lactantes, niños o adultos expuestos al timerosal contenido en las vacunas por lo que el *GACVS* acepta el uso de timerosal en las vacunas (14). Conclusiones del *GACVS*:

- El autismo es un trastorno de base genética en el que es muy probable que estén implicados múltiples factores epigenéticos ambientales. Sin embargo, se requieren más estudios para dilucidar cuáles y en qué medida.
- No existe evidencia científica de que la vacuna antisarampionosa esté implicada en la fisiopatología del autismo.
- No existe evidencia científica respecto a efecto tóxico de timerosal en la cantidad contenida en el conjunto de vacunas recomendadas en el calendario vacunal.
- No existe evidencia científica de que la toxicidad del mercurio, incluso en altas dosis, tenga relación con el autismo.
- Los síntomas de la intoxicación por mercurio son esencialmente distintos de los del autismo.
- Existe una extensa y sólida evidencia epidemiológica respecto a la ausencia de relación entre las tasas de vacunación con timerosal y la prevalencia de autismo en la población.

Se genera una controversia entre 3 factores: el temor de los efectos secundarios de las vacunas, la creencia de que las enfermedades objetivo no son perjudiciales y la preocupación por la seguridad de las vacunas. Ante esta controversia, se debe tener claro que ninguna vacuna está completamente exenta de reacciones adversas o complicaciones vacunales. 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. Sin embargo, la mayoría de los efectos secundarios de las vacunas de aplicación sistemática son

de tipo local (3): dolor, eritema y/o tumefacción pueden producirse en el 50% de las inyecciones de vacunas en los lactantes. Como ya hemos dicho, el riesgo de complicaciones vacunales es muy inferior al riesgo de complicaciones de la enfermedad prevenida por la vacuna. El problema surge cuando la enfermedad está controlada, porque se infravalora la enfermedad y las posibles complicaciones. Esto provoca que los efectos adversos de las vacunas se hagan mucho más visibles en comparación con el riesgo de contraer la patología. En ocasiones, se argumenta que los lactantes son demasiado pequeños para recibir tantas vacunas (21). Sin embargo, la edad de vacunación se establece teniendo en cuenta el equilibrio entre dos factores: la maduración del sistema inmunitario y el riesgo de contraer la enfermedad. Si se ponen demasiado pronto, a veces no son efectivas, porque el sistema inmunitario del bebé todavía no responde; si se ponen demasiado tarde, aumenta el riesgo de que el niño enferme antes de vacunarlo. Pero, en general, el calendario de inmunizaciones de todos los países del mundo es muy similar, además que ya ha sido examinado y se ha evaluado la viabilidad de poner tantas vacunas en tan poco tiempo, por lo que es factible y seguro (21). Eso no quiere decir que estos niños sufran algún efecto adverso menor y local. Es aceptable el hecho de que niños menores de un año presenten mayor probabilidad de desarrollar eventos adversos post vacunación en relación a las otras edades, ya que éstas reciben muchas vacunas de rutina en poco tiempo, además de las campañas y bloqueos puntuales (22).

Sin entrar en temas éticos o morales, las farmacéuticas son una empresa por lo tanto siempre obtendrán beneficios económicos, pero no solo es beneficioso para ellas vacunar, también lo es para el propio individuo y para la sociedad (inmunidad individual y grupal) (21).

La información previa a la toma de decisión sobre vacunar o no a los niños puede ser obtenida de diversas fuentes. Según un estudio sobre vacunación infantil en Vermont, EEUU, (14) su proveedor de atención primaria fue catalogado como la principal fuente de información sobre vacunaciones por los encuestados, con tasas del 98% de los que enumeraron a sus hijos como totalmente vacunados y del 95% de aquellos cuyos niños no estaban vacunados. Los encuestados en el grupo totalmente vacunado mencionaron a la familia como su segunda fuente de información más común sobre vacunaciones (58%), mientras que los del grupo no vacunado enumeraron libros y revistas o Internet (80% y 65%, respectivamente) (14). Deberían ser los profesionales de la salud la principal fuente de información, ya que internet no siempre proporciona datos contrastados y las páginas o fóruns que se consultan no siempre son fiables. Los profesionales sanitarios, especialmente las enfermeras, deben argumentar e intentar guiar a los padres para conseguir resultados saludables para sus hijos, siempre manteniendo el respeto hacia los mismos. Es importante el

tiempo dedicado a los padres que presentan dudas ya que su opinión es difícil de modificar, y la información debe ser real, clara y científicamente contrastada (8). Según otro estudio reciente (19), padres y madres consideran que la información que reciben en los servicios sanitarios es escasa, se centra en el calendario vacunal y no está exenta de valores. Así, refieren intentos de convencerles para que vacunen a sus hijos/as utilizando estrategias que califican de culpabilizadoras y estigmatizantes, y que producen incluso un efecto contrario al pretendido. Por este motivo estos padres solicitan más diálogo y respeto hacia su decisión (19).

Por eso es muy importante que los profesionales sanitarios lean artículos científicos, estén al día sobre avances médicos y realicen formación continua para poder responder a las preguntas que les plantean los padres. Así también se crea más confianza con los padres, y será más fácil que acudan a ellos en caso de dudas con respecto a la salud de sus hijos.

Varios estudios mencionan la importancia de atajar el problema desde la salud pública con más campañas, educación sanitaria, mejores estrategias de comunicación (culpan a los medios de comunicación de amplificar estereotipos, miedo y culpar por no vacunar) (19), mejor formación de los profesionales, tener un enfoque multiprofesional a través del cual todos los profesionales utilicen el mismo lenguaje, a fin de que no surjan informaciones contradictorias confundiendo a quienes buscan la prevención por medio de la vacunación (23-24). Es importante promocionar la vacunación infantil desde todos los ámbitos. Otro estudio (18) sugiere que las campañas de salud deberían centrarse en contrarrestar la información errónea sobre el autismo y la percepción de poca seguridad de las vacunas mediante la utilización del proveedor de atención primaria. Además, ofrecer fuentes alternativas a los medios populares para obtener información sobre las vacunas puede ayudar a abordar las fuentes comunes de información errónea sobre las vacunas.

Es de suma importancia la actuación del enfermero en todas las acciones desarrolladas entorno a las vacunas: desde su conservación y mantenimiento del stock, administración, registros de administración, notificación de efectos adversos, capacitación profesional para poder responder a las dudas que se le planteen, empatía y buena comunicación con los progenitores y los niños, etc. (22, 25)

Otro artículo reciente (23), sugiere que la Administración tiene responsabilidad en la actitud antivacunación. Argumentan que se ha permitido que la vacuna, como concepto de salud pública, comunitaria y de todos a partir de la participación responsable e inexcusable de cada uno de los miembros de la comunidad, pierda en parte este valor solidario y grupal para convertirse en una opción individual. La vacuna y en consecuencia la salud quedan a criterios de la política y no de quienes estudiaron medicina (23).

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Como objetivo general para el estudio:

- Profundizar en los motivos que llevan a los progenitores de Sabadell a no vacunar a sus hijos de 0 a 12 meses.

Los objetivos específicos planteados para este trabajo son los siguientes:

- Conocer la información previa de la que disponen los padres de Sabadell antes de tomar la decisión de no vacunar a sus hijos de 0 a 12 meses.
- Investigar las fuentes de información que respaldan la decisión de los padres de Sabadell de no vacunar a sus hijos de 0 a 12 meses.
- Averiguar si han hablado con su pediatra y enfermera de Atención Primaria de los CAPs de Sabadell sobre su postura y que respuesta han tenido al respecto antes de tomar la decisión de no vacunar a sus hijos de 0 a 12 meses.
- Valorar si son conscientes del impacto sanitario y las consecuencias (individual y grupal) que podría tener en Sabadell no vacunar a los niños de 0 a 12 meses.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de diseño:

Se llevará a cabo un diseño de teoría fundamentada, que es un tipo de metodología cualitativa. Con este tipo de diseño se busca interacción continua entre investigador y datos. A través de sucesivas recogidas de información y análisis, y un desarrollo conceptual, se construyen teorías que están fundamentadas en los datos. Es un método de comparación constante con enfoque inductivo (26). La finalidad es generar una teoría sobre porque los padres de Sabadell deciden no vacunar a sus hijos de 0 a 12 meses de vida.

4.2. Participantes:

Padres de niños no vacunados dentro de la franja de edad de 0 a 12 meses que realicen las visitas de seguimiento con médico y enfermera pediátricos en los CAPS de Sabadell durante la recogida de datos del estudio. El estudio tendrá lugar entre septiembre de 2018 y noviembre de 2019.

Criterios de inclusión: padres de niños menores de un año que no vacunen al niño.

Criterios de exclusión: que uno o ambos padres sean inmigrantes desde hace menos de 10 años en el momento que comienza el estudio y/o que hayan residido en el extranjero en los últimos 10 años.

4.3. Muestreo:

El muestreo será teórico, ya que es el más habitual en la Teoría Fundamentada. Se utiliza para generar teorías de un proceso de investigación (27). Serán seleccionados a partir de los datos que faciliten los médicos y enfermeras de los Centros de Atención Primaria de Sabadell. La muestra debe contar, como mínimo, con 6 participantes, y el máximo lo marcará la saturación de datos.

4.4. Técnica de recogida de datos:

Se recopilará información a partir de entrevistas semiestructuradas con uno de los progenitores de 1h de duración cada una (anexo 1). Tendrán lugar en un local proporcionado por el Ayuntamiento de Sabadell, en una sala habilitada para dicha entrevista, donde estarán presentes el entrevistador, un observador y la familia entrevistada. Serán grabadas en video para poder analizar los datos posteriormente (previa autorización de los participantes). En caso de no acceder a la grabación en video, la grabación será solo de audio.

Simultáneamente a las entrevistas se generarán notas de campo que también proporcionarán información. Estas notas de campo serán registradas en una libreta por el observador, que además ayudará en la manipulación de la grabadora. Además, durante el desarrollo del estudio se apuntarán percepciones e ideas que se generen durante la recogida y el análisis de los datos en el diario del investigador.

4.5. Análisis de los datos:

El análisis de datos se hará en el menor tiempo posible transcurrido desde la recogida de datos. El software utilizado para analizar los datos recopilados será el MAXQDATA, apropiado a la teoría fundamentada. Es importante tener en cuenta que en la Teoría fundamentada el proceso de comparación es constante.

Primero el investigador tendrá que hacer, lo antes posible, una transcripción de los datos recogidos. Para esta tarea se utilizará el sistema Silverman.

El siguiente paso a realizar es la inmersión en los datos recogidos, donde el investigador debe “vivir con estos datos”, familiarizarse con los datos recogidos, releer y volver a ver las entrevistas. Luego se lleva a cabo la reducción de los datos para poder simplificar y eliminar lo que se considera irrelevante.

Posteriormente, se realiza la fase de análisis de los datos, que es un proceso complicado. Dentro de esta fase, primero se realiza la codificación del texto y luego se dan códigos a las palabras o frases. Se realiza una reflexión por parte del investigador, que debe quedar escrita ya que las suposiciones del estudio son importantes para que pueda ser entendido el análisis por personas externas al proceso. El investigador debe dejar de lado las experiencias que ya conoce del estudio. Y para finalizar este apartado, se debe identificar los temas, es decir, una vez identificados los códigos se identifican los temas deducidos a partir de éstos códigos. Tiene que ser riguroso porque a veces es difícil relacionar los temas con los datos originales.

El último apartado del análisis de los datos es la interpretación de los datos obtenidos. Comienza con la identificación de los temas o la descripción de las experiencias vividas, y el investigador debe relacionar diferentes temas entre sí. Por lo que se acaba con la redacción de los resultados obtenidos.

4.6. Criterios de rigor y validez:

Los criterios de rigor y validez (28) fueron definidos por Guba y Lincoln en 1985: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad, 4 conceptos que cumple este proyecto.

Para asegurar la credibilidad se realiza una triangulación de los datos mediante la obtención de datos de diferentes fuentes con la finalidad de obtener diferentes puntos de vista. Se obtienen datos a partir de las entrevistas, las notas de campo y el diario del investigador. Criterios que aseguran que los resultados y conclusiones del estudio sean creíbles.

Para garantizar la transferibilidad se explica y controla el tipo de representación escogida (muestreo teórico) y una descripción exhaustiva del estudio, de los participantes, el contexto, la situación, etc. Todo lo necesario para el estudio pueda ser repetido en características similares.

Para la dependencia, es decir, garantizar que la investigación es estable y se pueda repetir, se debe explicar todo: identificar el estatus y el rol del investigador, delimitar contexto físico, social e interpersonal, describir técnicas de análisis y recogida de datos, triangular situaciones, personas y técnicas de recogida de información, especificar la toma de decisiones y contar con la colaboración de un investigador externo.

Para la confirmabilidad, que es el criterio que vela porque los resultados estén confirmados, es necesaria la neutralidad del investigador. Esto lo garantiza la recogida mecánica de la información (en este caso se graban en video las entrevistas), se debe explicar la posición del investigador, comprobar las suposiciones con los participantes y recoger registros concretos, transcripciones textuales, citas directas, etc.

4.7. Consideraciones éticas y legales:

El proyecto será evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitari Parc Tauli, luego aceptado por el Ayuntamiento de Sabadell y los Centro de Atención Primaria de Sabadell, además del CER UVic-UCC (anexo 2). Se informará y pedirá la firma en el consentimiento informado de los usuarios que decidan participar en el estudio (anexo 3).

Este estudio sigue los principios éticos de la Declaración de Helsinki y cumple los cuatro principios de bioética del Informe de Belmont 1979: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Con el fin de respetar el principio de autonomía será imprescindible firmar el consentimiento informado para poder participar en el estudio. En todo momento se respetará el anonimato de los participantes, se les asignará un código alfanumérico de manera que su

entrevista será identificada con el código y no con el nombre del participante. Previa firma se informará a todos los participantes que este estudio no implica ningún tipo de riesgo que los pueda afectar o perjudicar y se les pedirá su colaboración y participación voluntaria sin ningún tipo de presión, pudiéndose negar a participar en el estudio o abandonarlo si en algún momento lo desean sin tener que dar ninguna explicación.

Después de darles la posibilidad de realizar preguntas y/o aclarar dudas, se les ofrecerá el consentimiento informado donde deberán firmar ellos y el investigador y donde se garantizará la privacidad y confidencialidad de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).

4.8. Procedimiento del estudio:

Primero se realizará la búsqueda bibliográfica (exhausta investigación sobre las vacunas y los motivos para ser rechazadas), luego el diseño del estudio (marco teórico) y la aprobación por parte de los diferentes comités de investigación y ética.

A partir de aquí se pasa a la fase de trabajo de campo. Se seleccionará a los participantes a partir de la colaboración de médicos y enfermeras pediátricos de los CAPs de Sabadell. Se pretende contactar con los padres que han decidido no vacunar a sus hijos de 0 a 12 meses, informándoles del motivo del estudio, los objetivos y finalidad, para pedirles su participación. Deberán firmar el consentimiento informado para participar en el estudio y se realizarán las entrevistas. Además de otros métodos de recogida de datos, que en este caso son las notas de campo y la redacción del diario reflexivo.

Finalmente, se realizará la fase de análisis de los datos (transcripción de las entrevistas, inmersión y reducción de datos, codificación e interpretación de los datos, y resultados y discusiones). Y por último, sacar conclusiones y llevar a cabo el plan de difusión del estudio.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se podría dar el caso que algunos padres no quieran participar en el estudio porque se sientan juzgados por los investigadores. Estos participantes quedarían excluidos antes de comenzar las entrevistas, por lo que no serán contados como parte de la muestra y se buscará a otros participantes.

Al hacer la selección de la muestra y posteriormente las entrevistas se podría no llegar a captar todos los motivos que tengan los padres para no vacunar a sus hijos, pero al realizar un muestreo teórico se minimizará este sesgo.

Además, se podría dar un cambio de opinión por parte de los padres, por el motivo que sea, y que decidan vacunar a sus hijos durante el transcurso del estudio. Si las entrevistas ya tuvieron lugar, no afectaría al estudio.

Otro motivo de limitación podría ser la imparcialidad de los entrevistadores y que dificulte el registro real de las respuestas a las cuestiones durante la entrevista. Es un aspecto que no puede pasar porque todo el equipo de trabajo sabe cómo actuar y que respuestas dar para mantener la neutralidad. Además, la entrevista esta revisada para facilitar la neutralidad.

6. RECURSOS

Los recursos para el estudio provienen de una partida presupuestaria destinada por el Ayuntamiento de Sabadell, concretamente del Departamento de Sanidad, por la preocupación que les despierta la decisión de muchos padres de no vacunar a sus hijos. Esta partida presupuestaria pagará todos los gastos del estudio.

Personal:

- Investigador principal (entrevistador): dedica 20h semanales al proyecto, con un sueldo de 1000€ mensuales.
- Observador: 20h semanales, 800€ mensuales. Junto con el investigador principal se encargan de las entrevistas, transcripción y análisis de los datos.
- Personas intermediarias: Médicos y enfermeras de los CAP's de Sabadell que nos facilitarán la información necesaria para recopilar información y seleccionar los participantes del estudio: será voluntario. Posterior al estudio se les hará entrega de un obsequio (aproximadamente 40€ por persona).

A nivel logístico:

- Será necesario pagar la licencia para poder utilizar el software para analizar los datos recopilados. El programa se llama MAXQDA: 700€.
- Se realizarán las entrevistas en una sala proporcionada por el Ayuntamiento de Sabadell. Es gratuito.
- Ordenadores: propio del entrevistador y colaboradores.

Material necesario:

- Grabadora de video para las entrevistas: 60€.
- Comida y bebida para invitar a los participantes en las entrevistas: 100€
- Fotocopias y bolígrafos: 10€

7. CRONOGRAMA DEL ESTUDIO

	2018				2019										
CRONOGRAMA	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUN	JUL	AGOST	SEPT	OCT	NOV
MARCO TEORICO															
Revisión bibliográfica															
Diseño del estudio															
Aprobación comité															
TRABAJO DE CAMPO															
Contacto CAPs y familias															
Entrevistas															
Notas de campo															
Diario reflexivo															
ANALISIS DE LOS DATOS															
Transcripción entrevistas															
Inmersión y reducción															
Codificación e Interpretación															
Resultados y discusiones															
Conclusiones															
PLAN DE DIFUSIÓN Y APLICABILIDAD															

8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

La finalidad de este estudio es conocer los motivos por los que algunos padres deciden no vacunar a sus hijos, indagar en sus fuentes de información, que conocimientos tienen sobre las vacunas y si creen que tiene consecuencias la elección que han tomado, tanto a nivel individual como grupal. También nos guía sobre la labor de enfermeras y pediatras de Atención Primaria, ya que deberían ser la principal fuente de información para estas familias.

Este proyecto ayudará a crear una teoría del porqué algunos padres deciden no vacunar a sus hijos y poder actuar desde Atención Primaria para reducir al mínimo posible los casos de niños no vacunados. Para conseguir este objetivo se debe realizar educación sanitaria con los padres, aportando información contrastada y real, de forma clara y cercana. Es importante que los progenitores confíen en los médicos y enfermeras del CAP como fuente de información pero para ello es primordial tener formación continua, tener una correcta comunicación verbal y no verbal, disponer de todos los medios, recursos y datos necesarios para que las familias los tengan en cuenta a la hora de informarse y tomar la decisión de vacunar o no.

Es en Atención Primaria donde más utilidad se le dará a los resultados del estudio para poder mejorar y atender a las demandas de la población en materia de salud, concretamente en vacunación. A partir de estos resultados se puede mejorar las campañas de vacunación, la información dada, la forma de aproximación a las familias y saber responder a sus inquietudes.

Además, se debería reproducir el estudio en más poblaciones con el fin de ampliar la información y extrapolar los resultados, así poder ampliar la zona de actuación y reducir el porcentaje de niños no vacunados.

9. PLAN DE DIFUSIÓ

Una vez realizado el estudio y analizado los resultados, se realizará un protocolo de actuación para reducir el porcentaje de niños no vacunados dentro de la población de Sabadell, que es donde se lleva a cabo el estudio. La idea principal es que los planes de mejora puedan aplicarse en otras poblaciones.

Los resultados se darán a conocer desde el Departamento de Sanidad del Ayuntamiento de Sabadell en una conferencia donde estarán presentes representantes de sanidad de la *Generalitat de Catalunya* y representantes de los Equipos de Atención Primaria de los CAPs de Sabadell, así como profesionales de la salud interesados en asistir. Se expondrán los resultados y las conclusiones en un poster y mediante una presentación en formato PowerPoint a cargo del investigador principal del estudio.

Más tarde, las conclusiones serán expuestas en todos los CAP de Sabadell a través del poster informativo. Intentaremos publicarlo en una revista nacional como la Gaceta Sanitaria o Atención Primaria y en una revista internacional como Pediatrics o New England Journal of Medicine. Se realizará una nota de prensa y se intentará publicar en la Asociación Española de Pediatría.

En cuanto a la difusión de los nuevos protocolos de actuación y las mejoras para aumentar el índice de niños vacunados, se realizarán cursos formativos a los equipos pediátricos de Atención Primaria de todos los CAPs de Sabadell.

10. CONCLUSIÓN DEL PROYECTO

Una vez se lleve a cabo el proyecto, se verá si los objetivos planteados son reales, si se pueden cumplir y si realmente el planteamiento es correcto.

Teniendo en cuenta la información extraída de la bibliografía consultada, se puede comprender los motivos por los que algunos padres deciden no vacunar a sus hijos, y que la labor de los profesionales de la salud es muy importante a la hora de aconsejar a los padres. Desde sanidad no siempre se hace bien el trabajo, ya sea por falta de tiempo, de recursos, de conocimientos, falta de motivación o comunicación, según se reflejaba en los artículos analizados.

Otra causa pueden ser las fuentes de información, ya que si se consulta base de datos erróneos pueden hacer mucho daño a la hora de tomar decisiones importantes porque aportan información incorrecta. Hoy en día toda la información se busca en internet pero no se busca en fuentes fiables y los medios de comunicación no siempre ayudan. Por este motivo es fundamental la actuación desde Atención Primaria, para poder desmentir falacias con información correcta, verificable, y con una buena comunicación terapéutica (verbal y no verbal). Además de facilitar páginas webs donde los padres puedan informarse correctamente.

Es sumamente importante conservar la inmunidad grupal para proteger a los niños que por motivos de salud no pueden recibir dosis de vacunación. Además de captar desde Atención Primaria lo antes posible a los niños inmigrantes que llegan con carnets vacunales muy pobres o inexistentes, para poder actuar enseguida en la prevención vacunándolos o detectando enfermedades contagiosas.

La OMS alerta de los riesgos de no vacunar y alerta a los países del aumento de grupos antivacunas con datos que dan miedo, como los casos de sarampión. De enero a diciembre de 2017, los estados miembros de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UA/EEA), declararon 14.600 casos de sarampión al Sistema de Vigilancia Europeo, más del triple de los notificados en 2016, que fueron 4642 casos (29). De estos casos, el 87% no estaban vacunados y 30 personas murieron (29). Se trata de una enfermedad que puede ser prevenida con vacuna. Por este motivo es importante alertando del riesgo de no vacunar.

En la *Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17* realizada por la *Agència de Salut Pública de Barcelona*, se preguntó a los padres si los niños habían recibido las vacunas del calendario oficial sistemático vigente (las ofertadas de forma gratuita por el sistema sanitario): el 3.5%

no se les había administrado las vacunas, un 2% por contraindicaciones o recomendación médica y el 1.5% por decisión de los padres debido a que consideraban que las vacunas no eran necesarias o efectivas, o que les preocupaba su seguridad (29). Se debe valorar si los riesgos de sufrir la enfermedad son mayores que los riesgos de vacunarse. Los efectos adversos más frecuentes son de tipo local: dolor, eritema y/o tumefacción que pueden producirse en el 50% de las inyecciones de vacunas en los lactantes (3). Ninguna vacuna está completamente exenta de reacciones adversas o complicaciones vacunales. 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. Las vacunas pasan muchos controles y están continuamente bajo supervisión, incluso cuando ya están comercializadas.

El tema de investigación de este trabajo fue elegido gracias a la recomendación de una persona cercana que despertó gran interés personal y profesional, aspecto importante porque de esta manera uno se involucra de verdad en la búsqueda de información. Personalmente me sentí muy involucrada en el trabajo y cada información nueva que obtenía era de gran interés.

Al principio, no sabía por dónde comenzar a buscar información. Luego me parecía que no encontraba suficientes artículos y no me resultaban útiles para el trabajo. Pero poco a poco el trabajo fue teniendo sentido, llegando a una aportarme conocimientos nuevos tanto por el contenido como por la metodología de investigación.

A nivel de conocimientos aprendidos, destacaría las cifras de vacunados y no vacunados, la tasa de sarampión que va en aumento y tiene en alerta a la OMS, qué es la reticencia vacunal, qué es la inmunidad grupal, los motivos que argumentan los padres para no vacunar a sus hijos, que opina la OMS sobre las vacunas, que las vacunas en España no son obligatorias,... También he aprendido a hacer un trabajo de investigación, concretamente de metodología cualitativa, fundamental en enfermería.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Salleras L. La seguridad de las vacunas. *Vacunas*. 2003; 4:18-21.
2. Rojo García C. Eficacia y seguridad de la inmunización infantil. Revisión bibliográfica [tesis en internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2017 [citado el 15/11/018]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/24716/1/TFG-H963.pdf>
3. Casserly P. Las vacunas y la salud pública. *Arch.argent.pediatr*. 2005; 103(1).
4. European Paediatric Association [Internet]. Berlin: European Paediatric Association; 1983 [citado el 06/11/2018]. Disponible en: <http://www.epa-unepsa.org/>
5. CAP-AEP: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 1999 [actualizado en octubre de 2018; citado el 06/11/2018]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/>
6. The Millennium Project [Internet]. Washington, D.C: The Millennium Project: 1996 [citado el 06/11/2018]. Disponible en: <http://www.millennium-project.org/>
7. Arrazola Martínez MP, De Juanes Pardo JR, García de Codes Ilario A. Conceptos generales. Calendarios de vacunación sistemática del niño y del adulto en España. Impacto de los programas de vacunación. *EnfermInfeccMicrobiolClin* [Internet]. 2015 [6/11/2018]; 33(1):58–65. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X1400398X>
8. Artigas-Pallarés J. Autismo y vacunas: ¿punto final? *Rev Neurol*. 2010; 50 (3): 91-9.
9. Beytout J. Vacunaciones. *EMC*. Junio 2018. 22: 1-10.
10. *Vademecum* [Internet]. Madrid: Vidal Vademecum Spain; 3/12/2010 [publicado el 10/07/2014; citado el 04/01/2019]. Disponible en: https://www.vademecum.es/noticia-140710-la-inmunogenicidad-es-uno-de-los-factores-que-interviene-en-la-eficacia-y-supervivencia-de-las-terapias-biol+oacute+gicas_8267
11. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización mundial de la Salud; 1946 [actualizado en el 2018; citado el 10/11/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es>
12. Zúñiga Carrasco IR, Caro Lozano J. Grupos antivacunas: el regreso global de las enfermedades prevenibles. *Rev Latin Infect Pediatr*. 2018; 31 (1): 17-21.
13. Kajikawa N, Maeno T, Maeno T. Does a child's fear of needles decrease through a learning event with needles? *Issues Compr Pediatr Nurs*. Sept 2014; 37(3): 183-94.

14. Kelley CA, Velazco CS, Delaney TV, et al. Factors contributing to suboptimal rates of childhood vaccinations in Vermont. *Journal of Child Health Care*. 2015; 19(4):558–568.
15. Gómez Marco JJ, Zamanillo Rojo I. Grupos anti-vacunas. Análisis de sus causas y consecuencias. Situación en España y resto de países. *Rev clínica electrónica en atención primaria*. Nov 2005; 8: 1-6.
16. De Loyola Ruiz Alpresa I, Molina Ruiz FJ. Inmunizando contra los prejuicios antivacunas. *Rev Moleqla*. 2016; 21: 35-38.
17. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD, Härter Griep R. The media-driven risk society, the anti-vaccination movement and risk of autism. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(2):607-616.
18. Guadarrama-Orozco JH, Vargas-López G, Viesca-Treviño C. Decisiones de los padres que no arriesgan la vida de sus hijos, pero que los exponen a daños serios: no a las vacunas. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2015; 72(5):353-357.
19. Cruz Piqueras M, Rodríguez García de Cortazar A, Hortal Carmona J, Padilla Bernáldez J. Reticencia vacunal: análisis del discurso de madres y padres con rechazo total o parcial a las vacunas. *GacSanit*. 2017 [In press]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.004>
20. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Madrid: Gobierno de España [citado el 06/11/2018]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/sanidad/portada/home.htm>
21. Aparicio Rodrigo M. Antivacunas: un reto para el pediatra. *Rev. Pediatr Aten Primaria*. 2015; 17: 107-10.
22. Salmeron Henríquez JA. Oposición a las vacunas en Chile. Análisis de un caso reciente. *Revista Chilena de Derecho*. 2017; 44 (2): 563 – 573.
23. Soares Menor GS, Botelho Costa D, Ferreira de Olivindo DD, Santiago da Rocha S, Rodrigues Oliveira Santos R, Bizerra de Oliveira A. Adverse events after vaccination in children and nursing performance: an integrative review. *Rev Enferm UFPI*. 2016; 5(1):89-95.
24. Lovrić Makarić Z, Kolarić B, Tomljenović M, Posavec M. Attitudes and beliefs related to childhood vaccinations among parents of 6 years old children in Zagreb, Croatia. *Vaccine*. 2018; 36(49):7530-7535.
25. Bello J. La actitud antivacuna como enfermedad emergente, la responsabilidad de la Administración y la asistencia primaria de pediatría. *Rev Enf Emerg*. 2017; 16(2):76-80.

26. Garcia Vivar, C; Arantzamendi, M; López-Dicastillo, O; Gordo Luis, C. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2010 [consultado el 01/02/2019]; 19(4). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262509075_La_Teoria_Fundamentada_como_Metodologia_de_Investigacion_Cualitativa_en_Enfermeria
27. Mendieta Izquierdo, G. Informantes y muestreo en investigación cualitativa. Rev. Investigaciones Andina. Abril-sept 2015; 17: 1148-1150.
28. Sandín Esteban, MP. Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. Rev. de Investigación Educativa. 2000; 18 (1): 223-242.
29. Campins Martín M, Moraga Llop FA. Vacunas 2018. Madrid: undergraf; 2018.

12. ANEXOS

Anexo 1: ENTREVISTA:

Preguntas:

1. Para vosotros, ¿qué son las vacunas?
2. Explique cuál cree que es la utilidad o función de las vacunas.
3. ¿De dónde obtienen información sobre las vacunas?
4. ¿Qué información han recibido sobre vacunación desde su pediatra y enfermera de referencia?
5. ¿Cuáles son los motivos por los que deciden no vacunar a su hijo?
6. ¿Cuáles creen que pueden ser las consecuencias si mucha población no se vacuna?
7. ¿Desea añadir o cambiar algo a sus respuestas? ¿Desea comentar algo que quiera que figure en la entrevista?

Damos por finalizada la entrevista.

Anexo 2: CER UVic-UCC

**COMITÈ D' ÈTICA DE RECERCA DE LA
UNIVERSITAT DE VIC - UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA
FORMULARI DE SOL·LICITUD DE DICTAMEN**

Dades de l'Investigador/a Principal o Responsable:

Nom i Cognoms:		DNI/NIE:
Departament:		Centre:
Càrrec:		
Telèfon:	*@	*ORCID:
Grup de recerca:		Investigador/a principal del grup:
Membres equip investigador:		

***Camps obligatoris**

Projecte:

Títol Projecte:			
Durada:	Tesi Doctoral:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Convocatòria (1):	Any:		
<i>(1) I+D, FIS, JA, Pla Propi, projecte UE, contracte directe amb empresa o similar, altres.</i>			
Entitat financeradora:	Finançament sol·licitat:		
Idioma del dictamen:	<input type="checkbox"/> Català	<input type="checkbox"/> Castellà	<input type="checkbox"/> Anglès

INFORMACIÓ SOBRE EL PROJECTE

1. Remetre el projecte complet en format pdf.¹
 2. Adjuntar un resum del projecte en format pdf d'un màxim de 2 pàgines amb lletra arial 10pt que inclogui els següents aspectes:
 - Antecedents, justificació, hipòtesis i objectius.
Descripció del disseny metodològic.(En cas de que no existeixin referències que avalin la metodologia, s'hauria d'incloure una descripció detallada del procediment experimental a seguir).
 - Experiència del grup d'investigació. Indicar fins a 5 referències bibliogràfiques² relacionades amb els antecedents del treball i el mètode, si escau, preferiblement del propi equip investigador.
 - Beneficis esperats.
 - Possibles efectes no desitjables o secundaris.
 - Explicar si existeix algun tipus de contraprestació i/o assegurança pels participants.
 - Aspectes ètics
- I, quan s'escaigui, els documents necessaris referents a:
- Permisos o altres informes de les institucions involucrades.
 - Informació sobre l'adequació de les instal·lacions i dels instruments requerits.
 - Fulls d'informació als participants i documents de consentiment informat (adjuntar el model a emplenar, on hi consti explícitament el compliment de la protecció de dades).
 - Com es recull el dret explícit de la persona a retirar-se de l'estudi.
 - Autoritzacions o informes perceptius d'altres institucions col·laboradores en l'estudi.

L'investigador/a principal confirma que aquest projecte compleix amb el *Codi Ètic* i amb el *Document de Bones Pràctiques en Recerca de la UVic-UCC* i garanteix que ho serà durant tot el seu desenvolupament.

Signatures

Noms i cognoms de l'IP

Vist- i- Plau del coordinador de recerca, responsable de recerca del centre o director/a de tesi si s'escau

Data: _____

Enviar a la Secretaria del CER, cer@uvic-ucc.cat

¹ En l'estat d'elaboració en el moment de presentar la sol·licitud.

² Cal fer ús de la guia d'estil APA o qualsevol altra normativa de citació bibliogràfica

Anexo 3:

INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

Los miembros del equipo de investigación, dirigido por Gina Gerschovsky Rodriguez, llevan a cabo el proyecto de investigación: Motivos por los cuales algunos padres deciden no vacunar a sus hijos.

El proyecto pretende profundizar en los motivos que llevan a los progenitores de Sabadell a no vacunar a sus hijos de 0 a 12 meses. El método para la recogida de datos será mediante entrevistas. En el proyecto participan: Departamento de Salud del Ayuntamiento de Sabadell y los Centros de Atención Primaria de Sabadell. En el contexto de esta investigación le pedimos su colaboración para poder conseguir los objetivos del estudio.

Esta colaboración implica participar en una entrevista de 1h de duración que se llevará a cabo en un local cedido por el Ayuntamiento de Sabadell un día y hora a concretar entre las dos partes implicadas. A la entrevista pueden acudir los dos progenitores o solo uno.

Todos los participantes tendrán asignado un código por el cual es imposible identificar a los participantes con las respuestas dadas, garantizando totalmente la confidencialidad. Los datos que se obtendrán de su participación no se utilizarán con otro fin diferente del explicado en esta investigación y pasarán a formar parte de un fichero de datos del que será máximo responsable el investigador principal. Estos datos quedarán protegidos mediante código y únicamente tendrán acceso los investigadores.

El fichero de datos del estudio estará bajo la responsabilidad del investigador principal frente al cual podrá ejercer en todo momento los derechos que establece la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos (LOPD) de carácter personal y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos y normativa complementaria.

Nos ponemos a su disposición para resolver cualquier duda que la misma haya generado. Puede contactar con nosotros a través de los siguientes teléfonos de contacto: 661081312/937167707 o a través de correo electrónico: ginagercho@hotmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., mayor de edad,
con DNI....., actuando en nombre e interés propio.

DECLARO QUE:

He recibido información sobre el proyecto MOTIVOS POR LOS CUALES ALGUNOS PADRES DECIDEN NO VACUNAR A SUS HIJOS del que se me ha dado una hoja informativa anexa a este consentimiento y por el cual se solicita mi participación. He entendido su significado, se me han aclarado las dudas y me han expuesto las acciones que se derivan del mismo. Se me ha informado de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y protección de datos por lo que se refiere a la gestión de datos personales que comporta el proyecto y las garantías dadas en cumplimiento de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos y normativa complementaria.

Mi colaboración en el proyecto es totalmente voluntaria y tengo derecho a retirarme en cualquier momento, revocando este consentimiento, sin que esta retirada pueda influir negativamente en mi persona en ningún caso. En caso de retirada, tengo derecho a que mis datos sean cancelados del fichero del estudio.

Así mismo, renuncio a cualquier beneficio económico, académico o de cualquier otra naturaleza que pueda derivarse del proyecto o de sus resultados.

Por todo esto,

DOY MI CONSENTIMIENTO A:

1. Participar en el proyecto: MOTIVOS POR LOS CUALES ALGUNOS PADRES DECIDEN NO VACUNAR A SUS HIJOS.
2. Que el equipo investigador y la Sra. Gina Gerschcovsky Rodriguez, como investigador principal, pueda gestionar mis datos personales y difundir la información que el proyecto genere. Se garantiza que se preservará en todo momento mi identidad e intimidad, con las garantías establecidas en la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos y normativa complementaria.

3. Que el equipo investigador conserve todos los registros efectuados sobre mi persona en soporte electrónico, con las garantías los términos legalmente previstos, si estuvieran establecidos, y a falta de previsión legal, durante el tiempo que sea necesario para cumplir las funciones del proyecto por las que los datos fueron recogidos.

....., a..... de.....

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA INVESTIGADOR PRINCIPAL