



# Enfermería Cuidándote

Publicación Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga

## Sumario

SEPTIEMBRE 2019

- 2 Editorial por **D. Juan Antonio Astorga Sánchez**
- 3 Entrevista: **Movimiento Antivacunas en España ¿Riesgo inminente?**
- 6 Crónica: **Una ONG para cada tipo de enfermero - Dia del Colegio**
- 8 Artículo: **Dermatoporosis o síndrome de fragilidad cutánea del anciano: Revisión narrativa**
- 17 Artículo: **Programa de educación sexual para jóvenes a través de la Aplicación móvil Instagram**
- 26 Artículo: **Programa de promoción de la vacunación infantil de población en riesgo de exclusión social "La Corta"**

### EDITA

Ilustre Colegio de Enfermería Málaga  
C/Juan de Herrera 38 29009 Málaga  
952 395 320  
www.colegioenfermeriamalaga.com  
info@colegioenfermeriamalaga.com

### DIRECCIÓN

Comité editorial de la Revista  
Cuidándote

### MAQUETACIÓN

Cuatrocento





### Juan Antonio Astorga

Presidente del Colegio de Enfermería de Málaga

En este nuevo número de nuestra revista se da cuenta de los testimonios de los colegiados que han desarrollado misiones humanitarias en otros países en los últimos cinco años y que, propuestos por otros compañeros, han sido reconocidos por el Colegio en el acto que tuvo lugar el pasado 23 de agosto. También fueron distinguidos el Tercio de la Legión de Ronda y la Cruz Roja Provincial.

Los testimonios de ese día y los obtenidos por las entrevistas que se les han realizado, dan cuenta del alcance de sus misiones y la implicación humanitaria de las mismas, de los que aquí exponemos un resumen.

Nuestra revista también quiere ser guía de recomendaciones, de referencias, como las que hacemos a través de diferentes enlaces, que obviamente amplían las posibilidades de determinadas búsquedas interesantes.

Haber conseguido la indexación en la conocida base Latindex obliga afortunadamente a la publicación de artículos siguiendo las recomendaciones vinculadas a ese reconocimiento. Nuevamente reitero el esfuerzo desinteresado de quienes contribuyen con su revisión a cumplir esos requisitos, y por supuesto a los autores de los artículos; sin ellos se perdería la esencia de esta publicación y el deseo de esta Junta de Gobierno de que se haga profesión enfermera desde la investigación. Animo a publicar a los que pierden puntos en su baremo por no hacerlo y por que lo pierden muchos miles de lectores de cualquier parte del mundo al no conocer lo mucho y bueno que hacen los enfermeros en la provincia de Málaga.

En plena revisión de recomendaciones vacunales, por aumento de enfermedades evitables a través de las respectivas vacunas, hemos querido oportuno dar recomendaciones para afrontar actitudes crecientes contra la vacunación.

Prevenir, mejor que curar. La detección precoz de trastornos mentales graves, disminuye la complejidad de su evolución respecto a su abordaje ya en casos avanzados. La guía, a la que han contribuido enfermeros especialistas en salud mental, merece ser conocida y consultada, y de la que nos hacemos eco.

Pasen y lean.

Juan Antonio Astorga



*Iltr. Colegio Oficial de Enfermería de Málaga*

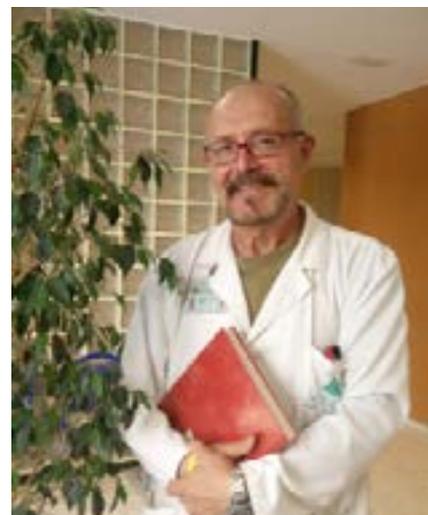
## MOVIMIENTOS ANTIVACUNAS EN ESPAÑA: ¿RIESGO INMINENTE?

### Juan Francisco Rufino González

Graduado en enfermería, máster en salud pública y máster en salud internacional

Recientes rebrotes de virus que pensábamos extintos o controlados, el descenso de animales vacunados en Inglaterra o la muerte por difteria en un menor no vacunado, son los hechos que hacen que nos preocupemos realmente por el creciente movimiento antivacunas que arrasa ya en algunas zonas de Estados Unidos.

Graduado en enfermería, con máster en salud pública y máster en salud internacional, premio nacional de vacunología “Balmis” en 2004, coautor de numerosos artículos, libros y monografías y docente en más de 20 cursos y jornadas sobre actualización de vacunas, Juan Francisco Rufino González, participó en el control de la última epidemia de poliomielitis habida en España (1.987-88) y fue supervisor de campañas de vacunación en Mozambique en aquellas zonas afectadas por la guerra civil. No se nos ocurre mejor profesional para resolver nuestras dudas sobre este movimiento.



### ¿De dónde surge el movimiento?

J. R. Desde que hay vacunas existen “antivacunas”. Incluso el padre de la vacunología, Edward Jenner, descubridor de la vacuna de la viruela, en 1796, sufrió despiadados ataques por parte de sus colegas médicos.

Pero el movimiento antivacunas “moderno” tuvo su origen en 1988, a partir de una publicación en la prestigiosa revista “The Lancet”. En ella, el médico británico Andrew Wakefield aseguraba la existencia de relación causal entre la vacuna triple vírica –sarampión, rubeola y parotiditis– y el autismo. Y aunque posteriormente la revista retiró el artículo y a Wakefield se le prohibió ejercer en UK por su actitud deshonesto e irresponsable en este estudio, el daño ya estaba hecho. Las dudas generadas dieron origen a una creciente oleada de antivacunación.

Es curioso que uno de los mayores fraudes científicos de la historia (con millones de libras de por medio), siga teniendo “creyentes”.

### ¿Se amparan bajo alguna base científica?

La respuesta es simple: ninguna. El método científico no es lo más fuerte de la ideología antivacunas

### Sabemos que en países como EEUU el movimiento ha tomado mucho peso sobre todo en estados como en California ¿qué acogida tiene este movimiento en España?

Es verdad que en ciertos barrios “lujosos” de California, las coberturas vacunales son inferiores a las registradas en Sudán del Sur y que el movimiento antivacunas está muy organizado en países como Francia, Italia o Reino Unido. Pero a España aún no ha llegado el terrible “virus de la antivacunación”. Son un pequeño –aunque activo– porcentaje de la población. Pero pronostico que llegará pronto. Si queremos evitar el “contagio”



no podemos estar a la defensiva. Hay que desmontar los argumentos de los antivacunas por todos los medios. Pero más numerosas son las familias que, sin oponerse abiertamente a la vacunación, desconfían de la necesidad de vacunar. Estas últimas, pueden pasarse fácilmente al “reverso tenebroso de la antivacunación” ante, por ejemplo, una noticia falsa aparecida en redes sociales. Por ello, es vital proporcionarles una información suficiente y no contradictoria que les convenza de la necesidad de vacunar.

### **¿Qué explicación se podría dar a que sean los “países potencia” en los que se ve un despunte de este movimiento?**

Los países punteros de la Unión Europea fueron los primeros en implantar ambiciosos programas de vacunación, mucho antes que en España. Los abuelos de los niños a los que ahora corresponde vacunar sufrieron el azote de la polio, el tétanos o la meningitis. Pero los padres de estos niños no saben lo que estas enfermedades supusieron en los años 50 y 60. La ignorancia es muy traicionera. Por ello, si no ven a su alrededor casos de polio, tétanos o meningitis, ¿para qué pinchar a los pobres niños? Se dice que las vacunas pueden ser “victimas de su propio éxito”.

### **¿De qué manera puede afectar al resto de la sociedad este despunte de niños no vacunados?**

Los gérmenes no se van. Simplemente se “acantonan” esperando el momento propicio para atacar. Si no mantenemos altas las coberturas vacunales (>95%), padeceremos epidemias de enfermedades consideradas controladas o erradicadas. Un ejemplo es el resurgimiento del sarampión.

### **En España ha habido casos en los que padres se han enfrentado en tribunales para poder ejercer su derecho a decidir sobre la salud de su hijo, dando la razón al padre que apostaba por la vacunación, ¿es fácil combatir a este movimiento? ¿se podría hacer algo a nivel estatal? ¿Hay algunas medidas activas para afrontarlo?**

La vacunación es voluntaria en España, pero si la “antivacunación” hiciese peligrar las coberturas de vacunación, esta situación podría cambiar.

En Italia ya se prohíbe la asistencia a clase a los no vacunados menores de 6 años y se multa con 500 euros a los padres de los mayores de 6 años. También Australia ha comenzado su lucha contra el movimiento antivacunas con penalizaciones fiscales y multas. Incluso en España, la Junta de Galicia ha comenzado a prohibir la asistencia a centros educativos a los niños no vacunados menores de 3 años.

Es el futuro que nos espera a no ser que seamos capaces de “neutralizar” la ideología antivacunas.

### **Recientes noticias hablan de una caída de la vacunación en mascotas ¿forma parte del mismo pensamiento? ¿qué problemas añadidos puede causar?**

Los argumentos de los “antivacunas animales” son una copia de los empleados para la población infantil. Hablan del “autismo animal”, una enfermedad inexistente. No sé si también hay algo de “tacañería”. Mantener una mascota no es barato.

Pero este es un hecho muy grave, aunque pueda parecer anecdótico. ¿Cuál es el riesgo?: el resurgimiento de la rabia, una enfermedad mortal al 100% y que mata a 60.000 personas al año en el mundo, sobre todo niños mordidos por perros. El último caso de rabia canina en España se registró en 2014, protagonizado por un perro no vacunado que entró en España, procedente de Marruecos, escondido en una caravana. Mordió a cuatro personas, que afortunadamente sobrevivieron gracias a la vacunación.

Aún recuerdo el último caso mortal de rabia en España (1975), protagonizado por un médico del Rincón de la Victoria (Málaga), mordido por su perro de caza. El galeno abatió al can de un disparo para proteger a su familia. El análisis del cerebro del animal no pudo practicarse por las carencias del transporte en la época. Inició la vacunación. Entonces eran una serie de inyecciones, muy reactógenas, en el abdomen. Los efectos adversos le hicieron interrumpir el tratamiento. Falleció a los pocos días de encefalitis rábica.



**Cómo enfermero especializado en vacunación ¿cómo afrontas este tipo de movimientos? ¿has tratado alguna vez el tema con algún prescriptor del movimiento?**

En mi trabajo diario, con una cierta frecuencia me relaciono con familias “antivacunas”. Procuero tratarles con respeto, intentando no romper el diálogo. A veces, incluso tengo que elaborar calendarios vacunales “a la carta”: “esta vacuna si se la pone, aquella no”. Pero es imposible convencerlos con argumentos científicos. Están “muy informados, pero muy mal informados”. Lamentablemente, tendremos que sufrir casos como el del niño que falleció de difteria en Olot para que reconsideren su postura.

En el ámbito académico, fui invitado hace años a participar en un debate público en el que tenía que “enfrentarme” a un médico centroamericano, conocido por su activismo en contra de la vacunación sistemática de la población. Me negué en redondo. Me preguntaron el porqué y contesté que es imposible que un astrónomo debata con un astrólogo, ni un químico con un alquimista. Decidí, creo que con acierto, “no aburrir” al público con argumentos científicos, basados en datos poblacionales, porcentajes, gráficos y tablas, mientras que mi contrario tocaría sin pudor la fibra sensible del auditorio. Pero la verdad es que me sentí “cobarde”. ¡Ojalá entonces hubiera dispuesto de un argumentario adecuado!



## UNA ONG PARA CADA TIPO DE ENFERMERO

### Eme de Paz

Responsable de Comunicación del Colegio de Enfermería

Adolfo Romero, Cristina Arcos, Ana Martín y Sergio González fueron los colegiados homenajeados el pasado 23 de agosto por su labor en misiones humanitarias. El reconocimiento fue entregado durante el Día del Colegiado, en el Real Club Mediterráneo de Málaga, que reunió a más de 150 invitados.

Durante el acto homenaje tuvimos la oportunidad de escuchar de primera mano la experiencia vivida por estos compañeros en proyectos y países tan distintos como Honduras, Isla de Lesbos, Chad o Palestina, aunque pese a la distancia, temporal y física, todos llegaron a coincidir en la importancia de la experiencia adquirida y las capacidades de los enfermeros para trabajar sobre terreno en situaciones tan complejas, tal y como expresaba Ana Martín durante la entrevista realizada “los enfermeros después de nuestra formación y nuestra experiencia laboral, tenemos grandes habilidades para cuidar allá donde nos lo propongamos y nuestras manos siempre serán muy necesarias y útiles en proyectos de cooperación”



Foto de los homenajeados junto al equipo de gobierno.

Además del homenaje a los colegiados, durante el acto se otorgó una medalla de honor al Tercio “Alejandro Farnesio” 4º de la Legión y la Asamblea Provincial de Málaga de la Cruz Roja Española, quienes llevan por bandera la solidaridad. El premio fue recogido por el Coronel Don Francisco César y por Don Luís Utrilla presidente de Cruz Roja Málaga, quien ofreció un maravilloso discurso sobre la trayectoria humanitaria de la profesión enfermera y la Cruz Roja, institución que representa.

Durante el homenaje, también pudimos escuchar la experiencia del enfermero que se marcha para participar en labores humanitarias desde el punto de vista del familiar, gracias a Adolfo romero padre de Adolfo, quien



Il. Cole. Oficial de Enfermería de Málaga

recogió el premio en su honor y mostró la importancia del apoyo familiar, coincidiendo con la experiencia de Cristina, quien resaltó este punto en su discurso, haciendo hincapié en la necesidad de sentir el respaldo familiar en una decisión que pese a que se toma de forma consciente y voluntaria, se hace dura en muchos momentos.

El acto, además de un reconocimiento, sirvió como altavoz para animar a todos aquellos colegiados que tienen en mente implicarse en alguna experiencia similar pero no se atreven a dar el paso y participar en el proyecto que más se adapte a sus capacidades, pues como planteó Cristina Arcos, “hay una ONG para cada tipo de enfermero” lo único que hay que hacer, es dedicarle tiempo a encontrarla y dar el paso, pues una vez dado jamás te arrepentirás.

### La Cruz Roja y la Enfermería

Extracto del discurso de D. Luís Utrilla

En nuestra ciudad, la Cruz Roja inició su labor sanitaria tres décadas antes, en 1898, haciéndose cargo de una de las salas del Hospital Civil para atender a los repatriados de la Guerra de Cuba.

En 1922, y con el objetivo de atender la avalancha de heridos de la Guerra del Rif, se instauró en Málaga una escuela de Damas Enfermeras, de la que salieron las primeras 26 tituladas en el mes de marzo de aquel año que además de su trabajo en las diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad, desarrollaron su labor en la Policlínica que Cruz Roja instaló en la calle Ancha Madre de Dios, centro sanitario que contó con unos primigenios y novedosos aparatos de radiología.

La labor de las enfermeras de Cruz Roja fue tan encomiable que apenas un año más tarde, en abril de 1923 la institución se hizo cargo del Hospital Noble, centro sanitario que el Ayuntamiento de Málaga disponía para los servicios de beneficencia.

Desde entonces la participación de los voluntarios de Cruz Roja en la atención sanitaria y especialmente en la labor de enfermería, se ha mantenido de forma permanente, adecuándose en cada momento a las necesidades de las personas más necesitadas.



*Il. Colegio Oficial de Enfermería de Málaga*

## DERMATOPOROSIS O SÍNDROME DE FRAGILIDAD CUTÁNEA DEL ANCIANO: REVISIÓN NARRATIVA.

**Autores: Cristina Bandera García (Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Málaga) , Alberto Ramírez Sánchez (Enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Málaga) y Julia Mendoza Granada (Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Málaga) Fecha de recepción: 11 de enero de 2019 Fecha de aceptación: 26 de marzo de 2019**

### RESUMEN

**Objetivo:** Esta revisión narrativa persigue definir qué es la dermatoporosis o síndrome de fragilidad cutánea del anciano, así como los cuidados destinados tanto a la prevención como a su tratamiento.

**Metodología:** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica durante el último trimestre de 2018 donde se consultaron las bases de datos Cochrane, Embase, Pubmed y Lilacs, utilizando los descriptores dermatoporosis, fragilidad cutánea, prevención y tratamiento. Tras la revisión de los resultados de la búsqueda, se seleccionaron 5 estudios de carácter descriptivo, dos con evaluación de casos, dos revisiones bibliográficas y una Guía de Práctica Clínica.

**Resultados:** Los resultados obtenidos tras la revisión narrativa de los artículos seleccionados, pone de manifiesto la necesidad de identificar los factores de riesgo y etiopatogenia de la dermatoporosis, enfocando los cuidados en la prevención primaria, así como la definición de los criterios que conducen a un diagnóstico precoz y posterior tratamiento.

**Conclusiones:** A pesar de ser una patología muy prevalente, su condición de reciente diagnóstico y poco conocimiento por parte de la población y profesionales sanitarios, condiciona su infradiagnóstico. Además, los resultados de la búsqueda reflejan que no es una entidad clínica muy estudiada y se necesita más investigación en torno a sus cuidados, incluyendo Guías de Práctica Clínica.

**Palabras clave:** dermatoporosis, anciano, fragilidad cutánea, prevención, tratamiento. ABSTRACT

**Objective:** This narrative review aims to define what is the dermatoporosis or skin fragility syndrome of the elderly, as well as the care for both prevention and treatment.

**Methodology:** A bibliographical review was carried out during the last quarter of 2018 where the Cochrane, Embase, Pubmed and Lilacs databases were consulted, using the descriptors dermatoporosis, skin fragility, prevention and treatment. After the search results were reviewed, five descriptive studies were selected, two with case evaluation, two bibliographical reviews and a Clinical Practice Guide

**Results:** The results obtained after the narrative review of the selected articles shows the need to identify the risk factors and pathogenesis of the dermatoporosis, focusing the care in the primary prevention, as well as the definition of the criteria leading to early diagnosis and subsequent treatment.

**Conclusions:** Despite being a very prevalent pathology, its condition of recent diagnosis and little knowledge on the part of the population and health professionals, conditions its underdiagnosis. In addition, search results reflect that it is not a highly studied clinical entity and more research is needed around their care, including clinical practice guidelines.

**Keywords:** dermatoporosis, elderly, skin fragility, prevention, treatment.



## INTRODUCCIÓN

La piel es el mayor órgano de nuestro cuerpo, del que destaca su función barrera/protectora contra las agresiones externas e internas.

El envejecimiento de la piel se ve afectado por factores biológicos (procesos genéticos, hormonales y metabólicos) y factores ambientales, como la exposición al sol, la contaminación y las radiaciones ionizantes. La influencia de estos últimos implica que el envejecimiento de la piel no sea un proceso cronológico de forma exclusiva.

Además del problema cosmético, este deterioro de la piel implica afecciones a nivel de su estructura y función que se traducen en: menor hidratación, pérdida de elasticidad, disminución del espesor de sus capas y fragilidad cutánea, esta última directamente relacionada con las erosiones dérmicas, similares a la etiología de úlceras por cizallamiento. (Palomar-Llatas, Fornes-Pujalte, Arantón-Areosa, & Rumbo-Prieto, 2013; Vanzi & Toma, 2018).

Directamente relacionado con estas úlceras, el término dermatoporosis fue acuñado en 2007 por Kaya y Saurat para dar nombre a la fragilidad cutánea crónica derivada del envejecimiento de la piel. Hace referencia a las manifestaciones clínicas y complicaciones derivadas de la insuficiencia cutánea crónica o síndrome de fragilidad cutánea. (Dyer, J.M. & Miller, R.A, 2018; Vanzi & Toma, 2018).

Los datos epidemiológicos que muestra la bibliografía son limitados, señalando que se trata de una entidad clínica que afecta a 1 de cada 3 personas a partir de los 60 años, cuyos signos y síntomas se manifiestan por completo entre los 70 y los 90 años. Según Dyer, J.M. & Miller, R.A (2018), la prevalencia de dermatoporosis en un estudio llevado a cabo en Francia con sujetos entre 60 y 80 años fue del 32 %. Esta fue del 22% en mujeres y del 38% en hombres, siendo mayor en sujetos institucionalizados que en el entorno comunitario, de acuerdo con otro estudio referenciado.

## OBJETIVOS

Esta revisión de la literatura tiene por objeto definir qué es la dermatoporosis o síndrome de fragilidad cutánea del anciano, así como los cuidados destinados tanto a la prevención como a su tratamiento.

## METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica y posterior revisión narrativa de estudios publicados sobre dermatoporosis en los últimos 8 años (2010-2018) y sin restricción de idiomas.

Las bases bibliográficas consultadas fueron PubMed, Embase, Cochrane y Lilacs. La estrategia de búsqueda (tabla 1) incluyó los términos: dermatoporosis, fragilidad cutánea, prevención y tratamiento, combinados mediante el operador booleano AND y OR.

Mediante este proceso y a través de búsqueda manual se obtuvieron un total de 36 artículos. Se excluyeron aquellos artículos repetidos en las bases de datos consultadas, con un total de 2, aquellos que no cumplieran con el filtro de año de publicación, con un total de 6 artículos (además repetidos en dos bases de datos, Lilacs y PubMed) y aquellos que no estaban directamente relacionados con la dermatoporosis, tanto a nivel de prevención como de tratamiento por parte de enfermería, con un total de 23 artículos (tres de ellos repetidos en tres bases de datos, Lilacs, PubMed y Embase). Finalmente se seleccionaron 5 artículos, todos ellos de tipo descriptivo: estudio de un caso o serie de casos, dos de ellos, y revisión bibliográfica los dos restantes, además de una Guía de Práctica Clínica.



<b>BASE DE DATOS</b>	<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>ARTÍCULOS OBTENIDOS</b>
PubMed	Dermatoporosis AND prevention	5
	Dermatoporosis AND treatment	11
Embase	Dermatoporosis AND (prevention OR treatment)	12
Cochrane	Dermatoporosis AND fragilidad cutánea AND (prevención OR tratamiento)	0
Lilacs	Dermatoporosis AND (prevención OR tratamiento)	7

Tabla 1: Estrategia metodológica de búsqueda.

## RESULTADOS

Tras el análisis de los estudios seleccionados y acorde con los objetivos planteados, a continuación, se describe la evidencia disponible a cerca de los cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento del síndrome de fragilidad cutánea del anciano o dermatoporosis.

## FACTORES DE RIESGO Y ETIOPATOGENIA

Dyer, J.M. & Miller, R.A. (2018) señalan como principal factor de riesgo la edad avanzada. Además, también han relacionado con su desarrollo factores secundarios como el daño actínico crónico, la susceptibilidad genética y el uso a largo plazo de corticosteroides tópicos y sistémicos. Plantean, asimismo, que los pacientes con enfermedad renal crónica o con enfermedad pulmonar obstructiva crónica presentan una mayor susceptibilidad a padecer dermatoporosis. Otros aspectos como el estado mental deteriorado, el compromiso nutricional y la historia de desgarros de la piel fueron identificados por estos autores como factores de riesgo adicionales. Otros factores asociados y los anteriores mencionados, se reflejan a modo de resumen en la Tabla



<b>PRIMARIOS</b>
Edad avanzada
<b>SECUNDARIOS</b>
Radiaciones UVA, UVB
Susceptibilidad genética
Uso de corticoides tópicos
Enfermedad renal crónica
Anticoagulación
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Falta de ejercicio físico
Uso de inhibidores del factor de crecimiento epidérmico

Tabla 2: Factores de riesgo de dermatoporosis. (Dyer, J.M. & Miller, R.A, 2018).

En cuanto a la etiopatogenia cabe destacar que puede agruparse en:

- Dermatoporosis primaria o patológica: es la forma más frecuente y ocurre debido a la edad y la exposición crónica al sol, relacionado con una disminución del grosor epidérmico y una disminución de la capacidad de síntesis del colágeno y elastina. Suele aparecer en personas mayores.
- Dermatoporosis iatrogénica o secundaria: es menos frecuente, pero a su vez más severa. Se asocia al uso crónico de corticosteroides por vía tópica y sistémica, y también a traumatismos. Ocurre en personas más jóvenes. (Dyer, J.M. & Miller, R.A, 2018; Palomar-Llatas, Fornes-Pujalte, Arantón-Areosa, & Rumbo-Prieto, 2013; Vanzi & Toma, 2018).

## VALORACIÓN

### Manifestaciones clínicas

Los tres hallazgos más característicos de este síndrome son la atrofia de la piel, la púrpura senil y las pseudoescaras blanquecinas. (Figura 1) (Anexo).

La atrofia cutánea presenta una piel delgada con arrugas finas, casi translúcida con prominencia de las venas y tendones subyacentes, que se desgarran con facilidad.

La púrpura senil o, también denominada, actínica hace referencia a la equimosis que se produce, de forma es-



pontánea o por microtraumatismos, debido a la fragilidad capilar. Su resolución se produce entre la primera y tercera semana, originando una decoloración residual secundaria a los depósitos de hemosiderina, de color pardo amarillento.

Los pseudoscaras blanquecinas parecen representar una configuración irregular en forma de estrella, aunque pueden manifestarse con otras morfologías, como lineal o en placa. Son debidas a la elongación y fractura de las fibras colágenas contenidas en la dermis, sin que suponga una solución de continuidad a nivel macroscópico. (Dyer, J.M. & Miller, R.A, 2018; Vanzi & Toma, 2018).

#### Localización

Las lesiones dermatoporóticas suelen localizarse en áreas cutáneas con mayor exposición solar, como cuero cabelludo, antebrazos, dorso de las manos, cara anterior de las piernas o pretibial y zona preesternal. Debido a la sequedad que se produce en estas zonas, presentan una mayor susceptibilidad al rascado y, por tanto, a la aparición de lesiones. (Palomar-Llatas, Fornes-Pujalte, Arantón-Areosa, & Rumbo-Prieto, 2013; Vanzi & Toma, 2018).

#### Evolución

Re-Domínguez, M.L., Di Martino-Ortiz B., Rodríguez-Masi M., Knopfmacher- Domínguez O. & Argüello-de Lezcano L. (2016) describieron los cuatro estadios de acuerdo con las características clínicas de cada uno de ellos.

##### Características clínicas

Estadio I

Estadio II

Estadio III

Estadio IV

Atrofia cutánea: arrugas muy delgadas y numerosas.

Púrpura senil: sangrado espontáneo repetitivo en la dermis sin anomalías de la coagulación.

Características clínicas	Estadio	Estadio	Estadio	Estadio
	I	II	III	IV
Atrofia cutánea: arrugas muy delgadas y numerosas.	+	+	+	+
Púrpura senil: sangrado espontáneo repetitivo en la dermis sin anomalías de la coagulación.	+	+	+	+
Laceración de la piel: expresión de la fragilidad de la piel después de un trauma menor.	+	+	+	+
Cicatrices estrelladas: laceraciones espontáneas de la piel con apariencia estelar.	-	+ (<10)	++ (≥10)	+++ (≥10)
Hematoma de disección de la piel: hemorragia subcutánea, que lleva a la isquemia y a la necrosis de la piel.	-	-	-	+

Tabla 3: Características clínicas de Dermatoporosis según estadios.



Laceración de la piel: expresión de la fragilidad de la piel después de un trauma menor.

Cicatrices estrelladas: laceraciones espontáneas de la piel con apariencia estelar.

Hematoma de disección de la piel: hemorragia subcutánea, que lleva a la isquemia y a la necrosis de la piel. La identificación de estos estadios orienta a la elección adecuada del tratamiento y su manejo efectivo en cuanto a los cuidados de enfermería.

Las secuelas de la púrpura senil y su evolución a largo plazo derivan en una tonalidad marrón en la piel secundaria a los depósitos de hemosiderina. Los hematomas que se producen pueden originar pequeños depósitos a nivel intradérmico, pero, en otros casos, ocasionar daños más profundos que comprometan estructuras subyacentes, cuando su espesor sobrepasa los 3 mm.

El proceso de cicatrización de estas heridas, debido a la disminución de la proliferación de los fibroblastos, puede cronificarse en el tiempo, derivando en úlceras crónicas con un mayor riesgo de desarrollar infección. (Palomar-Llatas, Fornes-Pujalte, Arantón- Areosa, & Rumbo-Prieto, 2013).

#### Complicaciones

El estadio IV de este síndrome origina una de las complicaciones principales, como el hematoma profundo disecante, que se produce con más frecuencia en miembros inferiores tras una extravasación sanguínea que se acumula en el espacio entre la dermis y la grasa subcutánea.

No debe confundirse con otras patologías, como puede ser la celulitis, ya que es unilateral y la fiebre y otros signos de infección no están presentes. (Dyer, J.M. & Miller, R.A, 2018).

#### PREVENCIÓN

La prevención, fundamental para evitar el deterioro de la piel y, una vez instaurada, sus complicaciones, se basa en medidas para minimizar el daño solar, incluida la aplicación tópica de protección solar de amplio espectro, el uso de ropa que cubra las zonas más propensas, evitar las horas de mayor riesgo a la exposición y controlar el tiempo de la misma.

En cuanto al cuidado de la piel, se recomienda la aplicación de crema hidratante a diario y el uso de limpiadores que respeten el pH de la misma, además de la aplicación tópica de retinoides, vitamina C y E, emolientes o ácido hialurónico.

Referente a la prevención secundaria, para evitar la aparición de laceraciones o púrpura en la piel del anciano, se han de proteger de muebles o utensilios con bordes afilados, así como utilizar material acolchado en los laterales de la cama y sillones. Además, otra medida para evitar la complicación principal y más grave, el hematoma profundo disecante, es la colocación de protectores de tibia en las medias y/o calcetines. (Dyer, J.M. & Miller, R.A, 2018).

#### TRATAMIENTO

En las siguientes líneas se resumen el enfoque de tratamiento basado en la literatura científica analizada.

##### Enfoque tópico

Los retinoides tópicos, como la tretionina, han demostrado estimular la hiperplasia epidérmica al ser aplicados sobre la piel fotoenvejecida de adultos mayores, produciendo una mejoría de la piel atrófica en esta población.

La aplicación tópica de otro producto, como el ácido hialurónico fragmentado o iHF 1% (intermediate-sized hyaluronate fragments), también se ha relacionado con una disminución significativa de la púrpura y la atrofia de la piel.



Asimismo, los preparados a base de alfa-hidroxiácido (AHA) podrían estar relacionados con un aumento en el grosor e hidratación de la piel, mejorando la atrofia de la piel. (Dyer, J.M. & Miller, R.A, 2018).

### Enfoque sistémico

Además de la valoración y tratamiento focalizado, se ha de centrar la atención en las comorbilidades y estado general del paciente. Con respecto a la nutrición, se ha de asegurar un aporte adecuado de macro y micronutrientes, sobre todo de proteínas de alto valor nutricional, puesto que una baja ingesta de estas se ha relacionado con una menor función inmunológica, una peor cicatrización y un aumento de la fragilidad de la piel. En los adultos mayores de 70 años se considera necesario el aporte de 1.0 g / kg por día, a no ser que la situación clínica del paciente no lo permita.

Otros tratamientos para la piel dermatoporótica, como la terapia sistémica con 50 mg diarios de dehidroepiandrosterona (DHEA), un andrógeno débil producido por las glándulas suprarrenales, precisan, de acuerdo con Dyer, J.M. & Miller, R.A. (2018), de más investigación para asegurar su posible relación con una mayor hidratación de la piel y sebogénesis y una reducción de la atrofia cutánea. Asimismo, estos autores indican la posible asociación entre una mezcla de bioflavonoides cítricos en el tratamiento de la púrpura senil, quedando abierta a nuevas líneas de investigación.

### Cuidados de enfermería

La secuencia de pasos a seguir para tratar los desgarros de la piel se basa en:

- Evaluar la herida y clasificar el desgarró de la piel.
- Controlar el sangrado, teniendo en cuenta si el paciente está anticoagulado.
- Reposicionar el colgajo de piel, si es viable.
- Seleccionar el apósito primario y secundario más adecuado.

La elección del apósito más adecuado ha de basarse en las condiciones del lecho de la lesión, los bordes y la piel perilesional. Los más indicados, por sus características, son los apósitos de malla o tul, silicona, espuma, acrílico, hidrogel, alginato e hidrofibra.

En las lesiones de estadio I, II y III, tras la secuencia de pasos a seguir, se aplicará un fomento a base de aceite de parafina durante 10 minutos con el fin de realizar un desbridamiento de pequeñas colecciones hemáticas. Tras ello se aplicaría protección barrera en la piel perilesional y emoliente a base de lanolina o vaselina en la lesión, cubriéndose con malla de hidrocoloide para evitar adherencia y posterior sufrimiento del tejido a la retirada del apósito. Para la gestión del exudado, el apósito secundario elegido puede ser alginato o hidrofibra y, tras ello, colocar vendaje de sujeción.

En lesiones de estadio IV, de mayor gravedad, el tratamiento no ha de llevarse a cabo de forma ambulatoria, puesto que precisará de desbridamiento cortante y limpieza profunda del lecho de la herida para evitar infección y afectación de tejidos blandos y para facilitar el prendimiento de colgajos y/o injertos cutáneos según la evolución de la lesión. (Palomar-Llatas, Fornes-Pujalte, Arantón-Areosa, & Rumbo-Prieto, 2013; Vanzi & Toma, 2018).

### DISCUSIÓN

Los profesionales de la salud deben poder reconocer los trastornos cutáneos comunes en las personas mayores y ser conscientes de que estos trastornos aparecerán con mayor frecuencia en la práctica clínica a medida que aumenta la edad promedio de la población.

La dermatoporosis, aunque no represente un problema clínico de especial relevancia en cuanto a riesgo vital se refiere, debe enfocarse con igual empeño en comparación con otras patologías, puesto que las posibles complicaciones derivadas de su instauración pueden afectar a las patologías del paciente y a su calidad de



vida. De ahí el énfasis en la prevención y cuidado de la piel, a través de la educación para la salud.

Al ser una enfermedad emergente, multifactorial y relativamente de reciente diagnóstico, los protocolos de manejo para cada una de las etapas no están bien definidos. Sin embargo, se puede incidir en la prevención mediante tres condicionantes claves:

Transmitir la necesidad de cuidado de la piel desde edades tempranas, con el uso de protección solar y evitando la exposición excesiva al mismo (prendas que cubran la piel, complementos, evitar las horas de máxima exposición, etc.).

Mantener la piel hidratada y sana, siendo importante para ello un buen estado nutricional y el cuidado de la piel con preparados adaptados a cada fototipo.

Considerar adoptar las medidas necesarias para evitar accidentes, puesto que al

aumentar con la edad puede coexistir con alteraciones sensoriales que predispongan a ellos: sistemas de sujeción en zonas donde sea necesario (asas o barandillas), reducir el uso de alfombras para evitar tropiezos y de muebles con los que pudiera golpearse, mantener una iluminación adecuada y utilizar dispositivos adaptados a las alteraciones sensoriales que pudiera presentar.

La actuación en este sentido puede reducir la incidencia de este síndrome y de sus complicaciones, mejorando además la calidad de vida de nuestros pacientes. (Palomar-Llatas, Fornes-Pujalte, Arantón-Areosa, & Rumbo-Prieto, 2013).

## CONCLUSIONES

La dermatoporosis es una patología de reciente denominación, la cual se debe dar a conocer entre los profesionales sanitarios. La instrucción en su fisiopatología, etiología y tratamiento es crucial para la prevención de complicaciones, como la aparición de desgarros cutáneos o retraso en la cicatrización, siendo la más grave el hematoma profundo disecante con necrosis.

El progresivo envejecimiento de la población, traducido en un aumento de las personas ancianas, propicia que la incidencia de esta enfermedad sea cada vez mayor entre los pacientes que acuden a consulta de enfermería en Atención Primaria.

Todo lo anterior, asociado además a los altos costes directos e indirectos que conlleva, deriva en la necesidad de realizar más investigaciones que pongan el énfasis en la prevención y reducción de sus secuelas.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con esta revisión narrativa de la literatura.

## BIBLIOGRAFÍA

(1) Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. (2017). Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH. Disponible en: <http://www.aeev.net/pdf/Guia-de-Practica-Clinica-web.pdf> [Consulta: 10 de diciembre 2018].

(2) Dyer, J.M. & Miller, R.A. (2018). Chronic skin fragility of aging: current concepts in the pathogenesis, recognition, and management of Dermatoporosis. *Journal of Clinical Aesthetic Dermatology*, 11(1): 13-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5788262/> [Consulta: 3 de diciembre 2018].

(3) Palomar-Llatas, Fornes-Pujalte, Arantón-Areosa, & Rumbo-Prieto. (2013). Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. *Enfermería Dermatológica*, (18-19), 8-13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4529974> [Consulta: 30 de noviembre 2018].

(4) Re-Domínguez, M.L., Di Martino-Ortiz B., Rodríguez-Masi M., Knopfmacher-Domínguez O. & Argüello-de Lezcano L. (2016). Dermatoporosis, an emerging disease: case report. *Our Dermatology Online*,



7(2), 191-194. Disponible en: <http://www.odermatol.com/issue-in-html/2016-2-16/> [Consulta: 3 de diciembre 2018].

(5) Vanzi, V., & Toma, E. (2018). Recognising and managing age-related dermatoporosis and skin tears. *Nursing Older People*, 30(3): 26-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Recognising+and+managing+age-related> [Consulta: 30 de noviembre 2018].

## ANEXOS



Figura 1: Manifestaciones clínicas de la dermatoporosis. (Vanzi y Toma, 2018)



# PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA JÓVENES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN MÓVIL INSTAGRAM

**Autor: Alejandro Moya Fernández**

## Resumen

La sociedad joven actual obtiene la información sobre salud sexual mayoritariamente a través de terceros, generalmente las amistades. Se sigue hablando con poca frecuencia de salud sexual tanto con familiares como en los centros educativos. Por otra parte, la gran mayoría de la sociedad joven emplea diariamente Internet y tiene en el móvil una herramienta de información constante; y con ello, también se busca información relacionada con la salud sexual en ellos. Es por esto que el trabajo se enfoca en realizar un programa de salud sexual y reproductiva para jóvenes a través de una red social como Instagram. Con esta intervención pretendemos demostrar que las redes sociales pueden ser un buen método para informar y formar a los jóvenes en salud sexual y provocar cambios en su comportamiento. Igualmente, del uso de la aplicación se podrán obtener datos que sirvan para estudiar los cambios y mejoras que se produzcan en salud sexual y reproductiva en la población joven de nuestro entorno.

**Objetivos:** el objetivo principal de este trabajo es el diseño de un programa de Educación Sexual para jóvenes a través de la aplicación y red social para móviles “Instagram”.

**Conclusión:** Se requiere de más tiempo y estudios que comprueben la eficacia de emplear las redes sociales como Instagram para realizar promoción de la salud, teniendo en cuenta que se trata de una red abierta en la que participan la mayoría de los muchos jóvenes.

**Palabras clave:** Salud sexual, aplicación, sexual health, application.

## Abstract

The current youngster society usually obtains sexual health information from third parties, particularly from friends. Little is said about such topic with family or at schools. On the other hand, most of young people use internet daily and have smartphones that are tools with large amounts of information, and they search for sexual health information too.

That's why we focus this research on carrying out a sexual health education project on social media like Instagram. With this project we aim to prove that social media could be a good source of information and formation about sexual health for young people to change their minds about it.

Likewise, using the application we'll get data that could be useful to study changes and improvements about sexual health that may occur to young people in our surroundings.

**Objective:** the main goal of this research is designing a sexual education program for young people using Instagram, the social media platform.

**Conclusion:** More time and investigations are needed to test out the effectiveness of using social media platforms, like Instagram, to promote health topics, knowing that it's an open network used by many young people.



## 1. INTRODUCCIÓN

Definimos Salud Sexual como “La forma de contribuir de cualquier modo a que ésta sea llevada a cabo, a una valoración del ser humano como organismo basal de ternura” o “Excitar, incitar, suscitar actitudes frente al hecho sexual humano con los distintos modos de vivirlo de cada cual” (Padrón, Fernández, Infante & París, 2009).

La educación sexual debe abordarse, no como un tema tabú, sino que hay que mostrarla con una actitud abierta, como una dimensión más del ser humano que hay que abordar y promover, siendo necesaria la estimulación de la persona para que ésta se replantee todo lo que conoce y cree conocer a cerca de sus propias emociones, de las conductas que emplea, si muestra una empatía o respeto adecuados hacia otra persona (Padrón, Fernández, Infante & París, 2009)

En la actualidad encontramos una sociedad joven con dudosa información acerca de la salud sexual que manejan. Motivo: la primera fuente de información que tienen los jóvenes en general son las propias amistades, pasando a tercer puesto los padres y a cuarto lugar los profesionales sanitarios y educadores (INE, 2004). Además, para afianzar más esta desinformación, nos encontramos con que casi un 49% de los adolescentes hablan con poca frecuencia de sexualidad, tanto en la propia casa como en los mismos centros de estudios donde se encuentran (Instituto de la Juventud, 2011).

Además, a nivel escolar, existe un déficit enorme de formación del profesorado: el 43.3% de los profesores, a nivel nacional, no ha recibido formación con respecto a salud sexual y reproductiva. Además, un 48.6% no la imparte en sus clases (Martínez, Vicario-Molina, González & Ilabaca, 2014).

Por otro lado, los jóvenes padecen la “epidemia” del uso de internet también para buscar información sobre salud sexual. Al menos el 96% de la población entre 16 y 34 años usa internet asiduamente (INE, 2017). Pero: ¿esto puede tener algún tipo de relación con la salud sexual? La respuesta es afirmativa: más de la mitad de la población busca información, en relación con la salud, a través de páginas de internet (INE, 2017).

Como explican Rodríguez, Muñoz y Sánchez (2016), continuamos encontrándonos situaciones en las que, a pesar de tener fuentes de información fiables y completas acerca de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva en internet, -internet es una gran fuente de datos, estudios e información-, observamos casos en los que los jóvenes se dispersan o no se informan de manera adecuada. Por ejemplo, jóvenes que, aun empleando el preservativo como método anticonceptivo, lo usan únicamente para “evitar un embarazo” sin ser conscientes del hecho de que es tanto o más importante su uso para evitar el contagio de una enfermedad de transmisión sexual. Menos de un 40% de estos jóvenes no conoce que enfermedades como la gonorrea, el herpes genital, o el papiloma, etc. son Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (Rodríguez, Muñoz & Sánchez, 2016). Por todos estos aspectos señalados, vemos la necesidad de este proyecto: realizar un programa de salud sexual a través de Instagram, una aplicación que se encuentra en el móvil, dispositivo de uso común y frecuente para los jóvenes.

## 2.OBJETIVOS:

EL objetivo principal de este trabajo es el diseño de un programa de Educación Sexual para jóvenes a través de la aplicación y red social para móviles “Instagram”.

Además, como objetivos secundarios podemos definir:

- Mejorar los conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual.
- Mejorar los conocimientos sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes.
- Mejorar conocimientos acerca de las relaciones sexuales.
- Mejorar los conocimientos sobre violencia de género, sus manifestaciones y la forma de prevenirla.



### 3. METODOLOGÍA:

#### 3.1 Búsqueda bibliográfica:

Los criterios de inclusión/exclusión empleados a la hora de elegir los artículos han sido: artículos gratuitos basados en la evidencia, escritos en español o inglés, que traten sobre un programa o aplicación, también gratuito, relacionado con salud sexual y reproductiva; la fecha de la publicación del artículo no debe exceder los 10 años. La edad de las personas pertenecientes al estudio será la comprendida entre los 16 y los 30 años. Se han buscado guías de práctica clínica y artículos basados en la evidencia en bases de datos tales como GuíaSalud, PubMed, Scielo, etc. Además, para comprobar la calidad de los artículos, se ha empleado la herramienta de evaluación CASPE.

#### 3.2. Grupo diana

La población a la que va dirigida dicho programa son jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y los 30 años: la mayoría de usuarios de Instagram están comprendidos entre estos rangos de edad (HootSuit, 2018). Al tratarse de una aplicación pública y de fácil difusión, el método empleado para la captación de la población consiste en difundir la “cuenta” que se emplee para realizar el programa de educación sexual; los usuarios que encuentren el programa, por el “boca a boca” harán que siga llegando a más población.

Por ser una red social/aplicación libre, la cuenta empleada para el programa es pública para todas las personas; un sesgo será que podrá ser empleada por personas sin ningún tipo de distinción en referencia a edad, género, nivel de conocimientos, situación social o cultural.

#### 3.3 Intervención

Para hablar de la intervención tenemos que tener en cuenta que la metodología empleada para explicar las distintas unidades del programa va a ser siempre la misma (habrá pequeños cambios), así como la elección de la temática a tratar y en qué momento.

### Metodología

En primer lugar, se crea una cuenta de Instagram que se llama Dexeo. Para buscar la cuenta directamente desde la aplicación, en el buscador, se debe poner @dexeo1. Dentro de esta cuenta, se puede escribir una pequeña biografía, por lo que se emplea ese hueco para realizar una breve presentación sobre el motivo por el que se abre: “Mi nombre es Alejandro y con esta cuenta realizo un trabajo sobre un programa de salud sexual para personas adultas jóvenes a través de la aplicación Instagram”.

Una vez abierta la cuenta, desde mi propia cuenta de Instagram, y con la ayuda de personas con gran influencia en la red social, comunico la apertura de Dexeo con la idea de transmitirlo al mayor número de personas posible.

Comenzamos las sesiones del programa, exponiendo una por semana: al principio de la semana habrá una encuesta de dos opciones, los seguidores eligen el tema a tratar. (Para realizar las encuestas se emplea una herramienta dentro de la propia aplicación de Instagram que se denomina “Instagram stories”. Dentro de las “Instagram stories” hay varias opciones: realizar encuestas de dos opciones o emplear diagrama de líneas (los usuarios colocan un puntero en la zona de la línea que más les interesa).

Tras haber realizado la elección del tema, se publicará una encuesta previa de conocimientos que sobre el mismo tienen los/as usuarios/as. A mediados de la semana se divulgará la sesión y antes de que acabe se volverá a realizar otra encuesta para comprobar si ha habido algún cambio en los conocimientos de la persona usuaria. El número de publicaciones será de 4 sesiones al mes, modificable.

Este será el sistema de funcionamiento general, aunque en algunas unidades puede cambiar un poco.

#### Contenidos

En Instagram, debido a las características de la aplicación, no se van a subir contenidos extensos en las publicaciones, sino que se realizarán explicaciones muy breves y concisas, por lo que se empleará un glosario de términos en relación a cada una de las unidades.



## Materiales

Al ser una aplicación móvil, el único material necesario será el dispositivo móvil o incluso el ordenador, aunque puede haber casos, como por ejemplo para los métodos anticonceptivos, en los que se necesitará algún tipo de material didáctico para hacer alguna explicación más visual; en vez de realizar una publicación basada en una fotografía o imagen, puede publicarse algún vídeo explicativo.

Planificación de las sesiones

## **Unidad 1. Sexualidad y género**

### Objetivos

- Tratar la terminología básica sobre sexualidad y género: sexo biológico, identidad de género, orientación sexual y expresión de género.
- Aclarar la teoría de género no binaria.

### Metodología

- Primeros días de la semana (aproximadamente desde el lunes hasta el miércoles):

A través de las “stories” se publicarán preguntas acerca de conceptos relacionados con el sistema de género binario y no binario Ej: ¿Alguna vez has escuchado la palabra demigénero? ¿Sabes qué significa dentro del campo de la sexualidad “queer”?

Tras comprobar las respuestas a este tipo de preguntas (de tipo si/no), se pasa una encuesta en la que las personas, muestran su grado de conocimiento acerca de esta unidad. Al ser la pantalla del móvil pequeña, se ha decidido emplear una escala de Likkert del 1 al 5 y no de 1 a 10.

- Entre jueves y viernes se publica un post en el que se explican los términos previamente citados en los objetivos, la idea que se tenía antiguamente sobre estas definiciones (teoría de género no binaria) y se explica que hay tantas expresiones de la sexualidad como personas, facilitando explicar de forma más sencilla la teoría de género no binaria.
- El fin de semana se vuelve a pasar una encuesta, pero diferente a la encuesta previa, para comprobar si se han mejorado los conocimientos acerca de los distintos términos explicados y si ha sido comprensible la teoría de esta unidad.

### Contenidos

Desarrolla las competencias sobre: Sexualidad y sexo. Sexo biológico e identidad de género. Orientación Sexual, rol de género y sistemas sexuales binario y no binario.

Materiales: Para poder explicar de forma más gráfica y detallada, se reflejará un vídeo (Carki Productions - ¿Qué es la diversidad sexual? Explicación Fácil) en el que se explica de forma breve y sencilla toda la teoría de género y la distinta terminología empleada en esta unidad.

Listado de preguntas:

En cada Unidad se plantearán distintas preguntas para abordar los contenidos de las mismas.

## **Unidad 2. Prevención de la violencia de género**

### Objetivos:

- Describir la violencia de género y sus manifestaciones, tanto físicas, psicológicas como sexuales.
- Mostrar métodos de prevención de dicha violencia de género.

Metodología:



Con relación a la unidad, se describirá la violencia de género y los distintos tipos que existen. Para no cargar con demasiada información una única publicación, esta unidad se dividirá en varias publicaciones para ahondar en manifestaciones de violencia física, psicológica o verbal y violencia sexual, además de las medidas para limitarlas.

Contenidos

Desarrolla las competencias sobre: Definición de la violencia de género. Violencia sexual, agresión sexual que no implique contacto corporal, agresión sexual con contacto corporal y agresión sexual con violación o tentativa de.

### **Unidad 3. Prácticas y relaciones sexuales**

Objetivos:

- Propiciar una reflexión sobre el placer y las prácticas sexuales
- Desmentir mitos acerca de la primera relación sexual.

Metodología:

Al inicio se divulgarán preguntas para comprobar la frecuencia de prácticas sexuales entre la población, tipo de prácticas (sexo con o sin penetración, sexo oral y/o sexo anal), etc.

Una vez elegido el tipo de práctica sexual que la población quiere tratar esa semana, se realizará una explicación breve sobre la práctica sexual, en qué consiste y la buena práctica de esta.

En el caso que se trate las primeras relaciones sexuales, se tendrá en cuenta los diversos mitos que acontecen alrededor de éste.

Contenidos

Desarrolla las competencias sobre: El encuentro erótico. Las tres principales prácticas sexuales: oral, vaginal y anal. Prácticas sexuales de cambio de rol (Pegging), la masturbación y los fetiches.

### **Unidad 4. ITS y anticonceptivos**

Objetivos:

- Dar a conocer las distintas enfermedades de transmisión sexual.
- Enseñar medidas de prevención ante ITS.
- Diferenciar los distintos métodos de anticoncepción y su forma de empleo.

Metodología:

Tras elegir el tema de esa semana (sea anticoncepción o ITS), se realizan encuestas en relación al tema elegido.

- Usaremos encuestas para comprobar si la población realmente reconoce las ITS o las consideran una enfermedad sin relación a prácticas sexuales.
- Sobre anticoncepción, se realizarán preguntas acerca de si se ha empleado algún método anticonceptivo, la frecuencia de su uso y si se conoce su uso.

Tras publicar el método anticonceptivo o la ITS que se trate esa semana, se evaluará la percepción que tienen las usuarias y usuarios y si ha habido un cambio de conocimientos.

Contenidos

Desarrolla las competencias sobre: Conductas sexuales con riesgo, la vía de transmisión sexual (genital-anal-oral). Prevención de transmisión de ITS. Prácticas de riesgo. Uso del preservativo. Anticoncepción.



#### 4. RESULTADOS.

##### Resultados generales de la población

El 93% de los usuarios eran de nacionalidad española y, de estos, un 46% pertenecían a la ciudad de Málaga.

EL 63% de la población tenía entre 18 y 24 años, y el 19% tenía de 25 a los 34.

Respecto al sexo, el 71% son mujeres.

##### Resultados en relación a las Unidades

Para evaluar los conocimientos pre y post publicaciones, se emplearán dos tipos de encuestas:

1. Encuestas lineales, en las que las usuarias y usuarios deberán evaluar en una escala numérica su grado de conocimiento.

2. Encuestas dicotómicas de respuesta Sí/No o similares.

Iniciamos la cuenta de Instagram y presentamos el motivo y los objetivos de ésta en la biografía propia de Dexeo, tras 2 días, se unieron 187 usuarias y usuarios a la cuenta. Iniciamos las preguntas relacionadas con la Unidad 1.

##### Respuestas en relación con Unidad 1. Sexualidad y género

- ¿Sabéis qué significa el término demigénero? De 125 personas, el 88% desconoce dicho término.
- ¿Entendéis, en la terminología de género, qué significa “Queer”? De 113 personas, el 73,45% desconoce el significado.
- ¿Alguna vez habéis escuchado hablar sobre la teoría de género no binaria? De 103 personas, el 60.2% no conoce la teoría.

Al percibir que el número de personas que realizaban la encuesta se reducía, se decide preguntar qué unidad querían tratar las personas usuarias esa semana: el 62% prefiere salud sexual, por lo que continuamos con las unidades 3 y 4.

Aquí empleamos un tipo de encuesta de Instagram en la que se pueden escribir preguntas: “Habla sobre el squirting, ¿Qué opinas sobre el poliamor?, Habla sobre el Kamasutra, Habla sobre la marcha atrás.”

##### Respuestas en relación con Unidad 4. Marcha atrás

- ¿Consideráis la marcha atrás un método anticonceptivo? De 122 personas, el 94,26% no reconoce la marcha atrás como un método anticonceptivo.
- ¿Pensáis que la marcha atrás es efectiva? De 114 personas, el 88,59% piensa que no es efectiva.
- ¿Alguna vez tú o tu pareja ha empleado la marcha atrás durante el sexo? De 110 personas, el 58,18% han empleado alguna vez la marcha atrás durante el coito.

Comprobamos que, aunque la marcha atrás no es efectiva para prevenir embarazos ni enfermedades de transmisión sexual, hay población que la usa o la ha usado en alguna ocasión durante las relaciones sexuales. Pasados unos días se realizó una encuesta postpublicación para comprobar si ha habido algún cambio en el conocimiento, formulando la pregunta de la siguiente forma: Indica lo que ha mejorado tu conocimiento sobre este tema, siendo 1= nada y 5= mucho.

De 58 personas que realizaron la encuesta, salió una media de 3, en el que la población conocía algunos aspectos acerca de la marcha atrás, pero en otros no tenían conocimiento o ese conocimiento había cambiado.

##### Preguntas en relación con Unidad 3. Sexo anal

- ¿Alguna vez habéis practicado sexo anal? De 92 personas, el 43.5% lo han practicado.
- ¿Habéis empleado algún tipo de método de barrera o anticonceptivo durante el sexo anal? De 61 personas, el 67.2% sí lo habían empleado.
- ¿Con que frecuencia practicáis sexo anal? De 41 personas, el 46.3% practica sexo anal más de una vez



por semana.

- ¿Conocéis el sexo griego? De 83 personas, el 87.95% desconoce el término “sexo griego” que se refiere al sexo anal.

Tras pasar la encuesta como en la marcha atrás, 36 personas realizaron la evaluación. La media final fue de 3, mejorando de forma algo significativa los conocimientos sobre sexo anal.

Preguntas en relación con Unidad 4. ITS

- ¿Se puede contagiar una ITS sólo a través de la penetración vaginal? De 62 personas, el 99% respondió que no.
- ¿Es posible contagiarse de ITS a través del sexo oral? De 78 personas, el 99% respondieron que sí podía contagiarse.
- ¿Es el SIDA una ITS? De 74 personas, el 83.76% contestó que sí se trata de una ITS.

Preguntas y respuestas en relación con Unidad 4. Implante hormonal

De 7 personas que contestaron a la imagen del dispositivo de aplicación, el 57,14% supo identificar el implante hormonal; el 42,85% respondió que se trataba de un DIU y el resto no supo contestar. Se preguntó entonces:

- ¿Dónde se coloca el implante hormonal? De 53 personas, el 73.58% contestaron que en el brazo.
- ¿Se necesita anestesia para colocar el implante hormonal? De 50 personas, el 76% respondió que no era necesaria anestesia.

## 5. DISCUSIÓN

Instagram se ha convertido en una red social que se ha expandido a nivel global y que una gran parte de la población joven emplea diariamente (Hootsuite, 2018).

El hecho de usar las redes sociales como medida de prevención y promoción de la salud debe verse como un método que puede llegar de forma más directa a la población joven y puede ser usada como herramienta para conocer los factores de riesgo que presentan y las posibles medidas que a tomar.

Como se ve en el estudio de Baileys, JV et al. (2010), que pretendía comprobar el efecto de una intervención de promoción de salud sexual a través del ordenador, y que mostró un efecto moderado en el conocimiento de salud sexual con respecto a una mínima intervención, el programa de Instagram desarrollado también obtiene un efecto moderado respecto al conocimiento de salud sexual de los usuarios que han seguido la cuenta.

Del estudio de Noar, SM. (2009) se extrae que una intervención a través del ordenador para fomentar el uso del preservativo provocó un gran impacto favorable en población de alto riesgo. En el caso de la cuenta, se ha visto que hay personas que no emplean adecuadamente los métodos anticonceptivos. Si se mantuviese el programa en el tiempo, es muy probable que se obtuvieran resultados positivos en este campo.

En el estudio de Willoughby, J.F. et al. (2015) se valoró las actitudes positivas y la satisfacción de usuarios y usuarias por la interactividad percibida en el uso de un servicio de mensajes de texto que conectaba directamente a jóvenes con un educador o educadora de salud. Con el uso de Instagram, la interactividad está implícita en la propia red social y por tanto se pueden obtener resultados similares o incluso mejores.

Al igual que en el estudio de Richman, A. R. et al (2014), la mayoría de la población era de género femenino. Esto puede deberse también a que, comprobando las estadísticas generales de Instagram (Hootsuite, 2018), la mayoría de las usuarias de Instagram son mujeres. En nuestro estudio la mayoría de las seguidoras son mujeres y además son enfermeras o estudiantes de enfermería.

En relación con los objetivos del trabajo, podemos deducir que el objetivo principal se ha cumplido, pues se ha diseñado y aplicado un programa de educación sexual para jóvenes a través de Instagram.

Al tener varias unidades didácticas y el tiempo para desarrollar el programa fue limitado, algunos de los ob-



jetivos secundarios no han podido ser medidos. Pensamos que se podrían conseguir claramente si se mantuviese la cuenta activa durante un tiempo más prolongado.

## 6. CONCLUSIONES

El programa de salud a través de la aplicación ha mostrado algunos aspectos diferenciales:

- Al ser la propia población la que decide qué contenido se trata, se aumenta la flexibilidad para tratar temas. Gracias a la mensajería de la aplicación, las personas pueden preguntar de forma directa cualquier duda o cuestión que tengan y responderse de forma individual.
- Proporciona información sobre las prácticas sexuales que emplea la población a través de la cuenta. Esta información podría ser útil para hacer mejorar el programa, realizar intervenciones de educación sexual, abrir líneas de investigación sobre sexualidad y la juventud.
- El nivel de conocimiento sobre prácticas sexuales y anticonceptivos puede mejorar en la población.
- Precisamos de más tiempo y estudios que comprueben la eficacia del empleo de redes sociales, como Instagram, para realizar promoción de la salud, teniendo en cuenta sus limitaciones: se trata de una red pública en la que cualquier usuario o usuaria, independientemente de su edad, sexo, etnia, status social, etc. puede entrar.
- Observamos factores que favorecen el empleo de esta red social para realizar programas para la salud con respecto a los utilizados en colegios o centros de salud: a) mayor rapidez (pueden responderse dudas en tiempo real y no requiere de la presencia de la población). b) Más flexibilidad (se exponen en cualquier momento las necesidades). c) Mayor alcance, Instagram se encuentra a nivel mundial. c) Mayor continuidad en el tiempo, (está abierta permanentemente y no requiere encontrarse físicamente con el profesional de salud).
- Inconvenientes: es difícil poner límites a los usuarios y usuarias que pueden emplear esta cuenta. Destacar también la falta de relación persona-persona, puesto que se desconoce la identidad real del usuario, así como sus necesidades integrales. Por presentar continuidad en el tiempo, también requiere una mayor dedicación y disponibilidad para responder a usuarios y usuarias. Por la estructura de Instagram, otro aspecto negativo es la brevedad de la información mostrada; sin embargo, esto puede también aumentar la población de seguidores sin que ésta llegue a saturarse.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bailey JV et al. (2010). Interactive computer-based interventions for sexual health promotion. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 9
2. Estadísticas de redes sociales a Julio de 2018 (2018, noviembre 14): Usuarios de Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, LinkedIn, Whatsapp y otros. de <https://www.juancmejia.com/marketing-digital/estadisticas-de-redes-socialesusuarios-de-facebook-instagram-linkedin-twitter-whatsapp-y-otros-infografia/>
3. Estadísticas-Redes-Sociales-julio-2018-HootSuite-WeAreSocial.pdf. (s. f.). (2018)  
Recuperado de <https://www.juancmejia.com/wp-content/uploads/2018/06/Estad%C3%ADsticas-Redes-Sociales-julio-2018HootSuite-WeAreSocial.pdf>
4. Rodríguez, M., Muñoz, R. Sánchez, I.: (2016). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de Grado en Educación Infantil y Primaria de la Universidad de Jaén. *Enfermería Global*. Enero 2016. Pág:164-172.
5. Martínez, J.L., Vicario-Molina, I., González, E. y Ilabaca, P. (2014): Educación sexual en España: importancia de la formación y las actitudes del profesorado. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*. Vol. 37, N° 1. 131-148



6. Malnero N. (2013). Sexperimentando, de <https://www.sexperimentando.es/category/educacion-sexual/>
7. Noar SM et al. (2009) Efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: a meta-analysis. *AIDS* 2009; 23(1): 107-115
8. Pérez, G. ¿Qué es la diversidad sexual? Explicación Fácil. <https://www.youtube.com/watch?v=1QbTZYiQ6BA&t=302s>
9. Pirámide de Maslow: la jerarquía de las necesidades humanas. (2015). Recuperado de <https://psicologiymente.com/psicologia/piramide-de-maslow>
10. Richman, A. R., Webb, M. C., Brinkley, J., & Martin, R. J. (2014). Sexual behaviour and interest in using a sexual health mobile app to help improve and manage college students' sexual health. *Sex Education*, 14(3), 310-322. <https://doi.org/10.1080/14681811.2014.889604>
11. Salud, M. (2016, mayo 18). Programa de salud sexual y reproductiva, Recuperado de <http://madridsalud.es/salud-sexual-y-reproductiva/>
12. Sanidad, Política social e Igualdad, M. (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, de <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSSR.pdf>
13. OMS (2018). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia, de <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/adolescent-sexual-and-reproductive-health>
14. Carmona Horta, R. (s. f.). Sapiensex, de <http://psicologarociocarmona.es/sapiensex-2>
15. San Diego Sexual Medicine. (2017). Male Problems & Treatments, de <http://www.sandiegosexualmedicine.com/male-problems-treatments>
16. Topic Page | RHL. (s. f.), de <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/adolescent-sexualand-reproductive-health>
17. Van-Velthoven MHMMT et al. (2013). Telephone delivered interventions for preventing HIV infection in HIV-negative persons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5
18. Willoughby, J. F., & L'Engle, K. L. (2015). Influence of perceived interactivity of a sexual health text message service on young people's attitudes, satisfaction and repeat use. *Health Education Research*, 30(6), 996-1003. <https://doi.org/10.1093/her/cyv056>
19. Padrón Morales, M., Fernández Herrera, L., Infante García, A., París Ángel, A. (2009), ¿Y tú qué sabes de "eso"? Manual de educación sexual para jóvenes. Málaga. Diputación de Málaga.
20. Generalitat Valenciana (2018). Actualización del programa de intervención en educación sexual para secundaria obligatoria (PIES). Valencia. Generalitat Valenciana.
21. Junta de Andalucía (2015). Recursos Forma Joven. Sexualidad y Relaciones Igualitarias.
22. Padrón Morales, M., Fernández Herrera, L., Infante García, A., París Ángel, A. (2009). Libro sobre Educación Sexual de la provincia de Málaga. Málaga. Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.



## PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN INFANTIL DE POBLACIÓN EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL “LA CORTA”

**Autor: Paula Isturiz Lorenzo (Enfermera), y Ana Rubio García (Enfermera)**

### Resumen

**Objetivos.** El objetivo del trabajo fue mejorar la cobertura vacunal de los niños pertenecientes a la ZNTS de la barriada de “La Corta”. Además de concienciar la importancia y desmentir mitos sobre las vacunas.

**Material y método.** El diseño empleado fue a modo de programa de educación para la salud, dirigido a las madres residentes en la barriada La Corta y adscritas al programa “CaixaProinfancia”. La intervención se compuso de exposición de conceptos básicos y juegos didácticos.

**Resultados.** El 100% de las mujeres consideraron a las vacunas beneficiosas para la salud y un 13.04% que existían diferencias con los ricos. El 8.69% consideró que no era necesario vacunar a su hijo de una enfermedad que no se daba en la población, un 4.34% alegaba que las vacunas contenían elementos tóxicos y un 8.69% que producían graves problemas de salud.

**Discusión y conclusión.** La similitud de nuestro programa con otros estudios recae en el déficit de información en la sociedad acerca de las vacunas, generando falsos mitos. Sin embargo, se encontró escasa bibliografía sobre la actuación en población de etnia gitana en guías y planes de actuación. Nuestra población diana logró adquirir conocimientos de la importancia de la vacunación, al igual que desmentir creencias erróneas. Aunque un pequeño porcentaje continuó con mitos de la desigualdad entre ricos y pobres.

**Palabras clave:** Vacunación, etnia gitana, salud infantil, exclusión social

### Abstract

**Objective.** The objective of our academic work was to improve the coverage of children belonging to the ZNTS of the neighbourhood “La Corta”. Besides explaining the importance of vaccination and getting rid of myths about it.

**Material and method.** The design used was a Health Education Program, aimed to mothers who live in “La Corta” neighbourhood and are attached to the “CaixaProinfancia” program. The intervention consisted on an exposition about the vaccination basic concepts and some didactic games.

**Results.** 100% of the women considered the vaccines had benefits for health, only 8.96% of the women considered that vaccines produced serious health problems and 13.04% of them thought there were differences between rich and poor people’s vaccines. 8.69% of the women considered that it was not necessary to vaccinate their child against diseases which do not exist anymore, 4.34% of them claimed the vaccines contained toxic elements and 8.69% of them thought they produced serious health problems.

**Discussion and conclusion.** What our program has in common with other studies is that both try to teach population about the importance of vaccines, this misinformation exists because of people’s myths about vaccines. However, we have found little literature about the vaccination situation of the gypsy population, in guidelines and action plans. Our target group learned the importance of vaccination and got rid of wrong beliefs. Although a small percentage of them continued believing there were differences between the poor and rich population vaccines.

**Keywords:** Vaccines, gypsy ethnicity, child health, social exclusion



## Introducción

### Zonas con necesidad de transformación social

La provincia de Málaga presenta distintas ZNTS, entre ellas la del distrito Málaga/Norte, “La Corta”. (“ZNTS: Distrito Málaga,” n.d.) Las ZNTS se crearon tras la aprobación del Plan de Barriadas de Actuación Preferente de la Junta de Andalucía (Decreto 202/1989), con la finalidad de abordar la exclusión social, basándose en una actuación global, alejándose de abordajes parciales, para así alcanzar el bienestar social. Ese objetivo se pretende conseguir promoviendo la igualdad de oportunidades y erradicando las desigualdades y desequilibrios sociales, para lo cual se realizan grandes esfuerzos. (“DECRETO 202/1989, de 3 de octubre, por el que se crea el Plan de Barriadas de Actuación Preferente.” n.d.)

“Según el artículo 61 de la Orden de 1 de febrero de 2006 de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (Boja nº 31 de 2006) las Zonas con Necesidades de Transformación Social son definidas como: Aquellos espacios urbanos, claramente delimitados, en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que se aprecian significativamente problemas en las siguientes materias:

- Vivienda, deterioro urbanístico, déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos. Elevado índice de absentismo y fracaso escolar.
- Altas tasas de desempleo, junto a graves carencias formativas profesionales.
- Significativas deficiencias higiénico-sanitarias.
- Fenómenos de desintegración social”. (“Resolucion.pdf,” n.d.)

La provincia donde más zonas existen es Cádiz con 18, en segundo lugar, se encuentran Sevilla y Málaga, con catorce cada una; seguidas de Jaén con doce, Granada con trece, Almería con once, Huelva con nueve y por último Córdoba, que tiene el menor número, ocho.

### Barriada “La Corta”

Nuestro programa de salud va dirigido a la población de la barriada “La Corta”, específicamente a madres con menores en edad de vacunación infantil. La barriada “La Corta” es considerada zona con necesidad de transformación social (ZNTS) del distrito Málaga/Norte, por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Su creación como ZNTS en 1994, se estableció de manera “provisional”, por tanto, se puede considerar una “barriada de transición”. Su población consta de 1021 habitantes, siendo el 70% de estos, menores de treinta y cinco años y, mayoritariamente, de etnia gitana.

“La Corta” presenta desigualdades económicas, sociales y culturales, que requieren la actuación por parte de profesionales del ámbito social y sanitario, respecto a la mayor parte de la población malagueña.

- Su localización geográfica la sitúa en la periferia entre los barrios de Carlinda y Florisol, al sur, y el barrio de San Alberto, al oeste. Sus calles se caracterizan por las malas condiciones del pavimento, con losas levantadas y hundidas, barreras arquitectónicas como trazados irregulares de las calles, pendientes, etc. Además de la ausencia de zonas verdes, el alumbrado es insuficiente, los servicios de limpieza son escasos, con calles identificadas como vertederos, que provocan la aparición de insectos y roedores. En cuanto a locales comerciales son limitados y familiares, y el único medio de transporte público es una línea de autobús que comunica con el centro de la capital.
- La infraestructuras de los edificios están deterioradas, con pinturas desgastadas, humedades y grietas, al igual que las zonas comunes como portales y patios interiores, utilizados como vertederos. Muchas de las viviendas están ocupadas de forma ilegal, del mismo modo que las conexiones de luz y agua. En un mismo domicilio habitan varios núcleos familiares, siendo la vivienda pequeña en comparación con el número de personas que conviven en ella, y dando lugar a un alto hacinamiento.
- La ciudadanía se compone de minorías étnicas, como la gitana, y de inmigrantes con escasos recursos, o incluso ninguno. La población gitana se divide en clanes, de los cuáles por sus propios asuntos sociales y familiares, en ocasiones, tienen lugar robos, tiroteos y peleas entre ellos, existiendo una delincuencia



permanente, donde la presencia policial es escasa. La población residente en esta zona se atribuye en riesgo de exclusión social, los propios habitantes se identifican diferentes al resto de la población, no por falta de dignidad propia, más bien suscitan prejuicios al poco conocimiento de la zona y al estigma negativo por parte de la sociedad.

- La situación económica de esta zona es caracterizada por la pobreza, dentro de una economía sumergida. Hay un gran porcentaje de la población que no tiene trabajo o se encuentra en situación de desempleo. En consecuencia, una proporción importante solicita prestaciones de ayudas y subvenciones a la Administración pública. La falta de empleo se debe a la pronta salida de jóvenes al mercado laboral, con escasa formación, debido al absentismo y fracaso escolar.

- La barriada cuenta con más de 200 unidades familiares, considerándose la figura de la mujer como el centro y soporte de la unidad familiar. La mayoría son desempleadas y un 81,73% son analfabetas, dedicándose al trabajo doméstico y cuidado de hijos, teniendo una alta dependencia institucional. En cuanto a los menores, componen el 40% de la población, reproducen las pautas de comportamiento de los adultos y presentan alto absentismo escolar por la falta de asistencia continuada en educación primaria y secundaria, que concluye en el abandono de los estudios.

A pesar de ello, en esta barrida se llevan a cabo campañas contra el absentismo escolar a través del Ayuntamiento y la Consejería de Educación. Los índices de abandono giran alrededor del 10%, reduciéndose el porcentaje año tras año. (BarreiroCavestany, n.d.)

- En cuanto a la salud, realizan un uso abusivo de las urgencias. Hay un elevado número de toxicomanías y alcoholismo. Presentan un alto porcentaje de embarazos no deseados, resultado de no emplear métodos anticonceptivos adecuados, ya que utilizan la pastilla del día después o la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como anticoncepción. La vacunación de los niños es deficiente, presentando además problemas buco-dentales y mala alimentación. En comparación con el resto de la ciudadanía, han aparecido enfermedades como la tiña, la sarna y la pediculosis en proporción mayor.

El centro de salud de Carlinda es el centro sanitario de referencia para la barriada de “La Corta”, ubicado en el mismo barrio de Carlinda. En este se interviene mediante actividades de captación activa, atención primaria, programas de educación para la salud y actividades relacionadas con la interculturalidad. Todas estas actividades están destinadas para grupos de población de jóvenes, menores, migrantes, mujeres y etnias.

Entre las actividades llevadas a cabo para aumentar la vacunación infantil nos encontramos:

- Revisión de las vacunas para detectar pautas de vacunación incorrectas.
- Contacto telefónico con los padres de los niños mal vacunados.
- Visitas domiciliarias.
- Captación activa desde la consulta de pediatría, enfermería o trabajo social.
- Solicitud del certificado de vacunación a través de Servicios Sociales y la Caixa para el beneficio de prestaciones económicas.
- Autorización a los padres para la vacunación de sus hijos en el colegio Severo Ochoa y en el instituto IES Carlinda.

La captación activa de niños mal vacunados se consigue gracias a la intervención interdisciplinar de los profesionales del centro sanitario: médicos, pediatras, enfermeras y la trabajadora social del centro. Se realiza una discriminación positiva, es decir, aquellos niños que acuden al centro de salud, para cualquier motivo, se les realiza una revisión de su calendario vacunal. Si la pauta vacunal está incompleta y se da el caso de la falta de alguna dosis de vacunación, los profesionales vacunan al niño en ese momento.

El miedo a lo desconocido y la falta de información ha guiado a que se generen prejuicios y mitos acerca de las vacunas y sus efectos secundarios. Esos mitos han contribuido a que determinadas poblaciones, como las de etnia gitana, conciban historias y conceptos erróneos sobre la vacunación y, como consecuencia, decidan no vacunar a sus hijos, poniendo en riesgo la salud del mismo y, en general, de su entorno.



Sin embargo, gracias a todas las medidas llevadas a cabo frente a la vacunación infantil, durante los últimos años la cobertura vacunal en esta población ha aumentado considerablemente.

AÑO	COBERTURA VACUNAL
2010	88.35%
2011	90.7%
2012	88.4%
2013	89.3%
2014	90.83%
2015	92.47%
2016	97.60%
2017	88%

Tabla 1. Distribución de la cobertura vacunal anual del centro de salud de Carlinda.

El objetivo general en la cobertura vacunal de los centros de salud de Málaga es del 97%, siendo llamativo que en la barriada de “La Corta”, zona con necesidad de transformación social (ZNTS), se han alcanzado en algunas cohortes resultados que superan al objetivo establecido. Con trabajo cooperativo y mucho esfuerzo año tras año, en 2018 se consiguen mejores resultados que en 2017. De modo que la cobertura vacunal de 2018 se establece de la siguiente manera:

- Primovacunacion: Niños vacunados desde los dos meses hasta los 2 años. Se consigue una cobertura del 95,59%, siendo el objetivo de un 97%.
- Vacunacion completa: Niños vacunados hasta los 4 años, se consigue un 96,99%, siendo el objetivo de un 97%.
- Segunda dosis de triple vírica: Vacuna administrada a los 3 años, con un resultado del 99,19% y un objetivo establecido del 97%.

#### Programa CaixaProinfancia

El programa “CaixaProinfancia” es un proyecto de la Obra Social “La Caixa”, comprometido con los derechos humanos, justicia, paz y dignidad de las personas. Alrededor del 24% de los menores de 16 años que residían en España entre 2007 y 2008, presentaban estar en situación de exclusión social. Los adolescentes y niños ven afectado su desarrollo físico, psíquico y emocional debido a la situación en la que se encuentran.

La Obra Social “La Caixa” con la finalidad de incluir y de que niños, niñas y adolescentes reciban más oportunidades, estableció en el año 2007 el “Programa CaixaProinfancia”, con el objetivo de combatir la pobreza y el riesgo social constituido en los programas de la Unión Europea.

Este programa tiene una misión transformadora, ya que busca interrumpir la pobreza que se transmite de padres a hijos. Incidiendo en fomentar una infancia feliz y saludable, donde los menores puedan desarrollar



todas sus competencias y capacidades. El programa comenzó en once ciudades españolas, aquellas con las tasas más altas de pobreza en la infancia: Islas Baleares, Málaga, Barcelona, Madrid, Islas Canarias (Tenerife y Gran Canaria), Valencia, Sevilla, Zaragoza y Murcia. También se formó un fondo de prestaciones económicas, con el objetivo de asegurar todos los requisitos básicos, sociales y educativos de la infancia en exclusión social, lo que conlleva la contribución de un gran grupo de Administraciones Públicas nacionales y locales. Muchas organizaciones sociales se encargan de gestionar y aumentar las subvenciones orientadas a menores de entre 0 y 16 años de edad que pertenecen a familias con necesidad de transformación social.

El programa presenta asistencia psicológica, refuerzo en educación, ayuda domiciliar, centro abierto y campamentos de verano, también beneficios para alimentación e higiene en la infancia e intereses como material escolar, audífonos, gafas, etc. En los años 2007-2010, el programa atendió a cerca de 155.000 niñas y niños, y a casi 89.000 familias, del mismo modo que creó un tejido de asistencia social integrado por más de 350 organizaciones sociales y unas 10 Administraciones públicas. (“Qué hacemos - Obra Social,” n.d.)

En el Centro Ciudadano de “La Corta” se llevan a cabo talleres y actividades ofrecidas por La Obra Social “La Caixa”. Se realiza un plan de acción social establecido por el Programa CaixaProinfancia, en el que acuden niños, niñas, adolescentes y familias para asistir a actividades y discursos grupales encaminados a alcanzar el bienestar y la integración social.

Uno de los grupos que acude al programa materno infantil, propuesto por La Caixa, está compuesto por madres, que tienen niños entre 0 y 3 años. Durante la intervención del programa reciben apoyo educativo mediante estrategias y actividades que garanticen el correcto desarrollo y bienestar familiar. No obstante, con la asistencia a estos programas obtienen bienes económicos con el objetivo de prevenir un estilo de vida saludable desde la infancia.

- Alimentación infantil - Hasta los 36 meses reciben un importe de 50€.
- Higiene infantil - Hasta los 36 meses reciben un importe de 50€.
- Gafas y audífonos - Entre los 3 a los 18 años reciben un importe de 100€.
- Material escolar - Entre los 3 a los 18 años reciben un importe de 100€.

Estas ayudas van destinadas, en exclusiva, a los gastos de alimentación e higiene de los niños, para productos de primera necesidad. Por ello, mensualmente las madres deben justificar que el importe ha sido gastado, con la finalidad preestablecida, haciendo entrega de los comprobantes y/o resguardos de pago pertinentes, para asegurar que la ayuda económica dada no se invierte para distintos fines. Además, para adquirir este beneficio económico, es necesario que las madres acudan a los programas de “La Caixa”, mencionados anteriormente, donde también se les exige un control de la asistencia.

Nuestro programa de salud va dirigido a este grupo de madres que acuden al programa materno-infantil de “La Caixa” establecidos en el Centro Ciudadano de “La Corta”. En su mayoría, estas madres no sólo tienen niños pequeños de 0 a 3 años, también tienen niños de edades mayores. De manera que realizamos una captación activa de gran parte de la población de “La Corta” garantizando el mayor número posible de niños en edad de vacunación infantil, gracias a los grupos de madres prefijados para el programa “CaixaProinfancia”.

#### Objetivos

Principal. Mejorar la cobertura vacunal de los niños pertenecientes a la ZNTS de la barriada de “La Corta”.

- Secundario:
- Concienciar a las madres sobre la importancia de la vacunación infantil.
- Que los madres adquieran conocimientos básicos sobre vacunas
- Detectar y desmentir posibles mitos o prejuicios

#### Metodología

- Diseño: Programa de Educación para la salud.
- Población diana: Madres residentes en la barriada La Corta y adscritas al programa “CaixaProinfancia”.



Se decide trabajar con aquellas madres que acuden al programa “materno-infantil” propuesto por La Caixa. Este programa se imparte en el centro ciudadano de La Corta y está destinado a aquellas madres con niños de 0 a 3 años. No obstante, la mayor parte de las madres tienen otros hijos mayores, en edad de vacunación, de manera que alcanzamos un amplio grupo de la población con niños de todas las edades.

- Realizamos la captación de nuestro grupo diana a través de Luisa, la trabajadora social del centro de salud de Carlinda, quien contribuye para que la población de La Corta acuda a los programas establecidos por La Caixa.

- La intervención de nuestro programa se llevará a cabo en el mismo centro ciudadano de “La Corta”, mediante un taller dinámico, dividido en dos sesiones de 2 horas cada una.

### Programa de salud

Una vez establecidos los objetivos y analizada la situación, nuestra intervención va dirigida a las madres pertenecientes al programa materno-infantil propuesto por “La Caixa”, el cual se lleva a cabo en el Centro Ciudadano de “La Corta”. Este programa cuenta con madres cuyos hijos tienen edades comprendidas de 0 a 3 años, aunque la mayoría de ellas también tienen hijos de mayor edad.

Este programa de promoción de la salud lo vamos a realizar entre dos estudiantes de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de Málaga, a modo de Trabajo de Fin de Grado (TFG).

El taller, impartido el día 23 de abril de 2019, en un aula del Centro Ciudadano, se llevará a cabo en dos grupos diferenciados de nuestra población diana. La intensidad y modalidad de nuestra intervención será de dos sesiones. Cada sesión se dividirá en una primera parte en la que recalcaremos los conceptos básicos sobre vacunación y una segunda parte didáctica, mediante juegos, para afianzar esos conceptos.

Nuestra población diana tiene un bajo nivel educativo y un alto porcentaje de analfabetismo, esto ha supuesto una barrera a la hora de llevar a cabo nuestra intervención. Para solventar este problema, vamos a adaptar nuestro taller a un lenguaje sencillo, explicando los conceptos de forma clara y entendible, de modo que transmitamos exactamente lo que necesitan saber. Esta forma de intervenir se basa en el uso de términos y palabras comunes; un habla cotidiana y en tono coloquial, tal y como ellas se relacionan en su ambiente habitual. Nuestro propósito con el empleo de un lenguaje sencillo es garantizar la comprensión y simplificar la información que queremos transmitir para que adquieran los aspectos más importantes y a tener en cuenta. En primer lugar, vamos a realizar dos cuestionarios de preguntas para evaluar los efectos del programa de salud; uno pre-intervención y otro post-intervención.

En segundo lugar, con el objetivo de que obtengan una base de conocimiento fundamentado para tomar decisiones futuras, realizaremos una breve exposición de los conceptos básicos de la vacunación infantil, con el apoyo de una presentación en “PowerPoint” con diapositivas.

A continuación, para desmentir los mitos de forma interactiva, vamos a realizar un juego que hemos llamado: Mitos y Realidades. Para llevarla a cabo, dividiremos la pizarra en dos mitades, una de ellas designada a los mitos y la otra a las realidades. Una vez hecho esto, leeremos una serie de frases referentes a la vacunación, y las participantes tendrán que decirnos cuál consideran que es verdadera y cuál falsa. De manera que se presentarán datos significativos acerca de la vacunación y se desmontarán los falsos mitos sobre sus efectos.

A modo de ampliación y refuerzo de la información transmitida durante nuestra exposición, realizaremos una segunda actividad; un Bingo de preguntas. En ella usaremos como recurso un bingo de mesa. Repartiremos los cartones y las fichas, e iremos cantando números hasta que alguna de las participantes haga línea o bingo. Entonces, a esa persona le haremos una pregunta relacionada con la vacunación. En este juego invertiremos más tiempo, aproximadamente 30 minutos.

Hemos querido realizar juegos para que, de modo didáctico, sean conscientes de la importancia de la vacuna-



ción para sus hijos, y mantenerlas motivadas a la hora de participar en la sesión.

### Resultados

Nuestra intervención se ha impartido a un total de 23 mujeres, divididas en dos grupos heterogéneos. En el primer grupo acudieron 11 mujeres con 9 niños y en el segundo grupo 12 mujeres con 7 niños, la mayor parte de ellas con algunos de sus hijos, todos menores de 3 años, siendo estas las edades que incluye el programa de La Caixa. De ambos grupos, el 100% de las participantes eran mujeres, con un rango de edad comprendido entre los 17 y los 39 años, siendo la edad media de estas 27 años.

Las mujeres tenían hijos con un rango de edad comprendido entre los 0 y los 19 años; el 100% de ellas tenía hijos menores de 3 años, el 50.84% tenía hijos con edades comprendidas entre 4 y 14 años y el 5.08% tenían hijos mayores de 14 años.

La evaluación teórica se realizó mediante cuestionarios. Ambos cuestionarios fueron realizados por el 100% de las participantes en ambos grupos. Del total de mujeres de ambos grupos el 4.34% no sabía leer, de modo que se intervino, leyéndole cada pregunta y facilitándole su comprensión, para que su correcta realización.

Referente al cuestionario pre y post intervención (Tabla 2):

1. El 100% de las mujeres respondieron que estar vacunado es bueno para la salud, tanto en el cuestionario pre como en el post.
2. El 100% de las mujeres respondieron que tratan de seguir el calendario vacunal y que continuarán haciéndolo.
3. El 100% de las mujeres respondieron que las vacunas son necesarias, tanto en el cuestionario pre como en el post.
4. En el cuestionario pre, un 8.69% respondieron que las vacunas pueden dar problemas graves de salud, sin embargo en el cuestionario post el 100% respondió que no daban problemas.
5. En el cuestionario pre, un 39.13% pensaban que existían vacunas diferentes para pobres y ricos, sin embargo en el cuestionario post sólo un 13.04% respondió que existían diferencias.

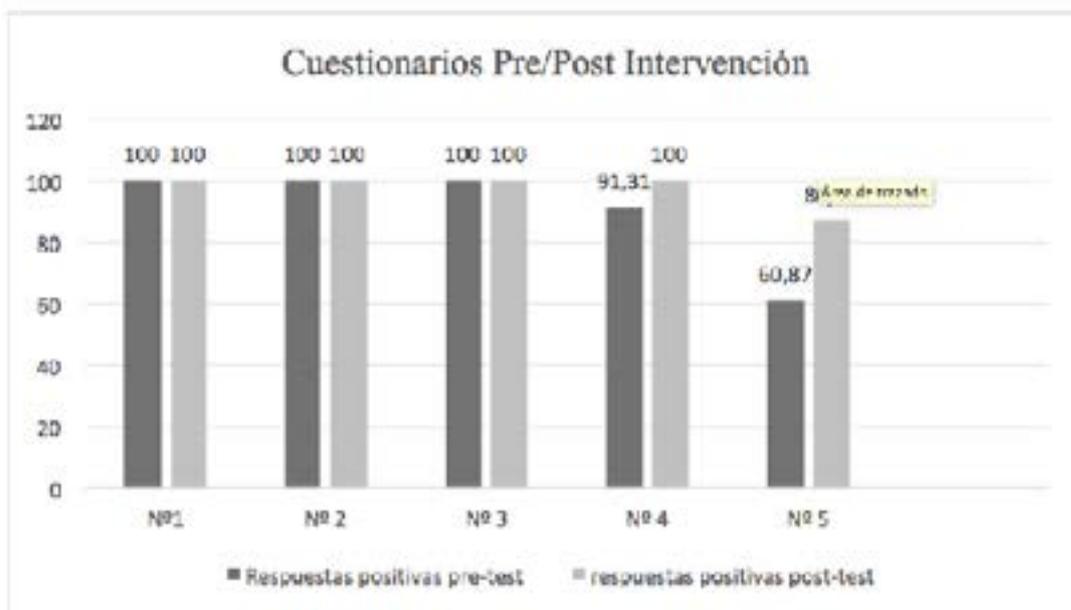


Tabla 2. Resultados de los cuestionarios pre/post intervención



La evaluación práctica se realizó mediante las actividades planteadas (“Mitos y realidades” y “Bingo de preguntas”). Durante la primera actividad, mitos y realidades, de las frases expuestas (Tabla 3):

1. “Debo vacunar a mi hijo contra una enfermedad que ya no existe”, siendo esta frase una realidad, un 8.69% del total de mujeres estaban en contra, considerando que era un mito.
2. “Las vacunas tienen efectos secundarios”, siendo una realidad, el 100% estaba de acuerdo.
3. “Las vacunas pueden causar grandes problemas de salud, efectos secundarios graves a largo plazo o incluso la muerte”, siendo un mito, el 8.69% del total de mujeres estaban de acuerdo con la frase, considerándola una realidad.
4. “Las vacunas causan autismo”, siendo un mito, el 100% pensaban que era falsa.
5. “Las vacunas están compuestas por elementos tóxicos como el mercurio, que son peligrosos para la salud”, siendo un mito, el 4.34% del total de mujeres pensaban que era verdadera.
6. “Las consecuencias de no vacunarse podrían ser muchos más graves que los efectos de la propia vacuna”, siendo una realidad, el 100% de mujeres estaba de acuerdo.

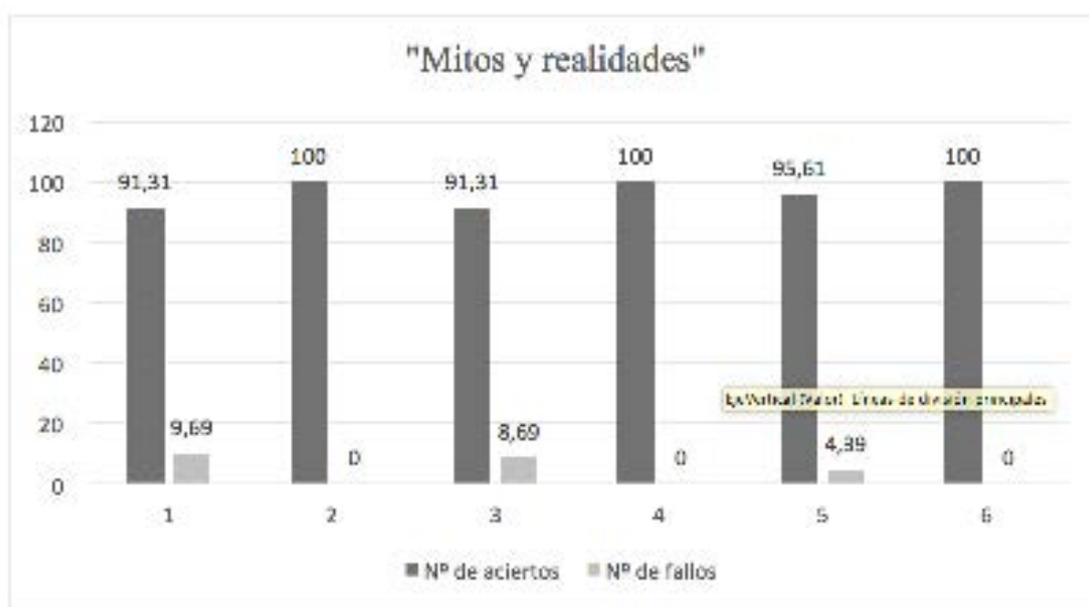


Tabla 3. Resultados del juego didáctico “Mitos y realidades”

De la segunda actividad, bingo de preguntas, constaba de preguntas abiertas que respondían cada vez que hacían “línea” o “bingo”, las cuales todas las mujeres respondieron de manera correcta, desde un punto de vista objetivo. (Anexo 4)

### Discusión

La realización de un programa de salud sobre vacunación, dirigido a la población gitana de la barriada “La Corta” como ZNTS, se debió a las deficiencias presentadas en la cobertura vacunal de estos niños y el riesgo que ello conlleva.

En general, las mujeres que asistieron al taller tenían conciencia de la importancia que presenta la vacunación, relacionándola con una buena acción para la salud.



El hecho de realizar el taller a modo de juego, permitió más entretenimiento y accesibilidad por parte de las mujeres. Una de ellas preguntó, textualmente, sobre “anticuerpos que casi la matan”, haciendo referencia a una transfusión de sangre que le habían realizado y ella lo relacionaba con los anticuerpos de las vacunas; con este ejemplo, queremos reflejar la confusión que presentan sobre la salud. De modo que para este tipo de población, desde nuestro punto de vista, es necesario dedicarles el tiempo y atención requerida para que comprendan, al menos, el concepto básico con el fin de evitar conductas de riesgo y creación de estereotipos. Sin embargo, existe una escasa bibliografía cuya intervención vaya dirigida a la vacunación infantil en poblaciones gitanas en riesgo de exclusión social. Hemos querido comparar nuestros resultados obtenidos con otros estudios o programas similares, que tengan entre sus objetivos promocionar o mejorar la cobertura vacunal infantil en población de étnia gitana.

Hemos hallado un estudio en el que encontramos similitudes con nuestro programa de educación para la salud. Dicho estudio, con fecha de marzo de 2003, hace referencia a la intervención sobre la vacunación a la población infantil gitana marginal en Alicante. La población y el tiempo de observación del estudio es mucho mayor que nuestro presente trabajo, mismo motivo por el que los resultados en cuanto a cobertura vacunal pueden ser reflejados mediante pre y post intervención. Las similitudes corroboradas con nuestro trabajo son el tipo de población, de igual modo caracterizada por riesgo de exclusión social, y las estrategias tomadas para intervenir en estos casos, en cuanto a explicar las características de vacunación y sus beneficios. (Martínez-Campillo García et al., 2003)

En cambio, la mayor parte de los artículos encontrados son estudios realizados en poblaciones no gitanas acerca de la mejora de niños no inmunizados. Uno de los artículos encontrados muestra el efecto de las recomendaciones de las Asociaciones de Pediatría en Estados Unidos y España, mostrando en sus resultados: de 20 familias asesoradas, en su mayoría con niños de 2 años, el 80% no estaban vacunados. Entre las razones obtuvieron que el 85% a causa de que las vacunas contengan sustancias tóxicas, el 90% peligro por autismo y un 65% por anafilaxia. Tras escucha activa, empatía e información de calidad, se muestran resultados de un 90% de padres que consideraron la vacunación útil. (Piñeiro Pérez et al., 2017)

Otro de ellos, un estudio sobre la revisión de vacunación y cobertura de la segunda dosis de triple vírica en el año 2015, referente a niños nacidos entre los años 2004 y 2009 en Santa Lucía. Los resultados de las 86 escuelas seleccionadas al azar junto con las entrevistas a padres y directores muestran un porcentaje por debajo del 80% de niños vacunados, y en cuanto a la segunda dosis de triple vírica, sólo un 61% la había recibido. Las razones para ello, una vez entrevistadas las madres, fue la falta de información. (Belmar-George et al., 2018)

Otro estudio acerca de la vacuna de VPH, dirigido a refugiados e inmigrantes en Italia, tiene el objetivo de comprobar el conocimiento acerca de esta vacuna y de su impacto. Presenta en sus resultados que, sólo el 15.9% había oído hablar de la infección del virus, el 83.8% conocía que la infección se transmitía por relaciones sexuales y un 47.1% sabía que recibir la vacuna podía protegerle de la enfermedad, concluyendo a partir de los datos obtenidos, la necesidad de promoción de vacunación. (Napolitano et al., 2018)

En cuanto a guías y planes de actuación, hemos querido destacar una guía clínica para la atención y promoción de la inmunización de niños y jóvenes menores de 19 años; muestra las herramientas e instrucciones necesarias para aquellos entornos con baja cobertura vacunal. (“Overview | Immunisations,” n.d.) Aunque la guía comentada anteriormente alcanza a un gran porcentaje de población, no hay ninguna centrada en población gitana. Por otro lado, hay muchos planes elaborados para sociedades gitanas (García García, 2006), pero simplemente describen las características de ésta y las percepciones que tienen de la salud. Desde nuestro punto de vista, es necesario tener una referencia para actuar frente a la población gitana, una referencia que contemple planes de actuación, adaptación y tipos de intervención a seguir, de modo que obtengan similares resultados, mejoras en salud y disminución de riesgos, al igual que otras poblaciones. Especialmente en hábitos y conductas saludables como es la vacunación infantil, que no sólo afecta al propio individuo sino también al resto de la población gitana, incluso con el riesgo de extenderse a otras poblaciones, dando lugar a



la aparición enfermedades muy graves.

Entre las limitaciones que hemos encontrado, una vez finalizado nuestro trabajo:

- La población gitana a la que va dirigida nuestra intervención pertenece al programa de La Caixa, para madres con hijos de 0 a 3 años. De modo que, aunque estas madres tengan otros hijos mayores de 3 años, con nuestro trabajo no alcanzamos al porcentaje de la población que, en este momento, no tiene niños menores de dicha edad pero sí mayores, en edad de vacunación. A partir de esta limitación, queremos señalar la necesidad de realizar varias charlas o talleres distribuidos con madres que tengan hijos entre varios parámetros de edades, de manera que alcancemos a toda la población de esta barriada en edad de vacunación.
- El tiempo estipulado que presentamos para la realización y finalización del Trabajo de Fin de Grado, nos impide que podamos obtener resultados sobre las posibles mejoras en la cobertura vacunal de nuestra población, tras realizar la intervención de nuestro programa de salud, ya que requiere un periodo de tiempo más extenso. No obstante, estos datos acerca del efecto en la pauta vacunal lo podremos obtener el próximo año en el centro de salud de Carlinda con la cobertura vacunal de 2019.
- Los casos de no adherencia al programa por dificultades en las mujeres nos limita el hecho de que cualquier participante no alcance los conceptos y las ideas que queremos transmitir, para ello creemos que sería útil realizar asesorías individuales post-intervención, en las que se cite a las madres de forma individual para atender sus dudas en un entorno más cómodo y tranquilo donde se pueda indagar con respecto a sus carencias sobre el tema. Nuestro trabajo no nos permite realizar este hecho, pero es un modo de proyecto a tener en cuenta para intervenciones o talleres similares.
- Uno de los aspectos a mejorar, sería haber tenido en cuenta la presencia de los hijos de las mujeres, ya que fue un tipo de distracción y molestia, tanto para las madres como para nosotras. Desde nuestro punto de vista, la idea de incluir a los niños en el programa para captar al mayor número de madres es formidable, sin embargo debería de haber una persona encargada de entretenerlos mediante juegos u otras actividades en otra sala separada para permitir la plena atención de las madres.

#### Conclusión

1. Tras nuestra intervención todo nuestro grupo diana tomó conciencia de la importancia de la inmunización de sus hijos.
2. En general, todas las madres confirmaron que habían adquirido los conocimientos básicos que quisimos transmitirles, ya que respondieron de forma correcta en las actividades llevadas a cabo.
3. Conseguimos desmentir aquellas afirmaciones en las que las mujeres estaban más desacertadas, excepto en la creencia de que “existen vacunas diferentes según el estatus social”, con la que un pequeño porcentaje de las madres seguía estando de acuerdo.

#### Referencias bibliográficas:

BarreiroCavestany, F., n.d. FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES SURGE 51.

Belmar-George, S., Cassius-Frederick, J., Leon, P., Alexander, S., Holder, Y., Lewis-Bell, K.N., Danovaro-Holliday, M.C., Bravo-Alcántara, P., 2018. MMR2 vaccination coverage and timeliness among children born in 2004 – 2009: a national survey in Saint Lucia, 2015. *Rev. Panam. Salud Pública* 42, e76. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.76>

DECRETO 202/1989, de 3 de octubre, por el que se crea el Plan de Barriadas de Actuación Preferente. [WWW Document], n.d. URL <https://www.juntadeandalucia.es/boja/1989/79/1> (accessed 4.2.19).

García García, C., 2006. Guía para la actuación con la comunidad gitana en los servicios sanitarios. Fundación Secretariado Gitano, Madrid.

Martínez-Campillo García, F., Maura da Fonseca, A., Santiago Oliva, J., Verdú Pérez, M., Serramia del Prisco, A., Ibáñez Molina, M., Martínez Miralles, P., Rigo Medrano, M.V., 2003. Estudio de la cobertura vacunal e intervención con agentes de salud comunitarios en población infantil marginal gitana de Alicante. *Aten. Primaria* 31, 234–238.



Napolitano, F., Gualdieri, L., Santagati, G., Angelillo, I.F., 2018. Knowledge and attitudes toward HPV infection and vaccination among immigrants and refugees in Italy. *Vaccine* 36, 7536–7541. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.10.050>

Overview | Immunisations: reducing differences in uptake in under 19s | Guidance | NICE [WWW Document], n.d. URL <https://www.nice.org.uk/guidance/ph21> (accessed 5.17.19).

Piñero Pérez, R., Hernández Martín, D., Carro Rodríguez, M.Á., de la Parte Cancho, M., Casado Verrier, E., Galán Arévalo, S., Carabaño Aguado, I., 2017. [Vaccination counselling: The meeting point is possible]. *An. Pediatr. Barc. Spain* 2003 86, 314–320. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.06.004>

Qué hacemos - Obra Social [WWW Document], n.d. URL <https://obrasociallacaixa.org/es/pobreza-accion-social/pobreza/pobreza-infantil/que-hacemos> (accessed 3.31.19).

Resolucion.pdf, n.d.

ZNTS: Distrito Málaga [WWW Document], n.d. URL <https://www.znts.es/course/index.php?categoryid=39> (accessed 3.27.19).

