

## **DOCUMENTO 1**

**Categoría:** Iniciativas corresponsables

**Título: “CEPARHOC -ACTUA”:** Herramienta educativa para mejorar la accesibilidad al diagnóstico de las hepatitis entre personas inmigrantes vulnerables (Se ha cambiado el nombre real para evitar su identificación)

### **Resumen**

**Introducción:** En España, los inmigrantes procedentes de áreas endémicas presentan prevalencias en torno al 8%. Es habitual un infradiagnóstico entre colectivos vulnerables. Este estudio se realizó con el objetivo de cocrear una herramienta educativa para mejorar la accesibilidad al diagnóstico de la hepatitis B entre colectivos inmigrantes.

**Métodos:** Estudio cualitativo descriptivo, basado en la investigación acción participativa, a través 2 ciclos: constitución de un grupo motor (GIAP)/realización de diagnóstico comunitario participativo y plan de acción de creación de una herramienta educativa (CEPARHOC), a través talleres de trabajo colaborativo (coworking) (CEPARHOC). Como prueba piloto, se llevaron a cabo talleres a la comunidad. Se utilizó un cuestionario de conocimientos pre y post taller.

**Resultados:** Se configuró un GIAP con 8 miembros de diferentes sectores. Se observó un desconocimiento en diferentes aspectos sobre la hepatitis. Se propusieron, como herramientas educativas, materiales interactivos, elaborando como producto final el “CEPARHOC”. En la prueba piloto, La mejoría la media de las respuestas correctas al cuestionario de conocimientos fue de 2,9 puntos (IC 95% 2,2-3,6), ( $p < 0,001$ ). Solicitaron el cribado 30 personas (53,6%), siendo cribadas 23 (41%).

**Conclusiones:** “CEPARHOC -ACTUA” es una estrategia que puede contribuir a mejorar la accesibilidad al diagnóstico de la hepatitis B en colectivos inmigrantes.

## **JUSTIFICACIÓN**

### **INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 257 millones de personas, aproximadamente el 5% de la población mundial, padece infección crónica por el virus de la hepatitis B (HB). Existen importantes variaciones geográficas en la distribución de la enfermedad: mientras que la prevalencia estimada en Europa es del 1,6% (15 millones de personas), en África y en el Pacífico Occidental se estima que hasta un 6,1% de la población adulta se encuentra infectada.

En España, el riesgo de estar infectado en la población inmigrante es hasta 2,4 veces mayor que en la población autóctona, según los estudios de seroprevalencia. Entre los 6 millones de inmigrantes, aproximadamente, que residen en España (un 12% de la población total) se estima que existen unos 308.404 casos de HB, según el Centro Europeo de Control de Enfermedades. La Agencia de Salud Pública de Barcelona aporta que un 46,7% de los nuevos casos de HB aguda notificados durante 2015 fueron personas nacidas fuera de España.

La mayoría de las personas están asintomáticas, y es habitual que el diagnóstico se retrase o que nunca se llegue a realizar, con las consecuencias de que el 5-10% de ellos desarrollarán una infección crónica. Por tanto, el diagnóstico precoz es clave para reducir nuevos contagios, evitar las complicaciones y la mortalidad asociada.

Según la OMS, solo el 9% de los 257 millones de personas con infección por el HB estaban diagnosticadas en el año 2015. Por ello, uno de los objetivos de la OMS de aquí a 2030 es diagnosticar y tratar al 90% de las personas con HB.

Nuestro estudio propuso comprender la realidad en la cual se encontraban las personas inmigrantes procedentes de África Subsahariana residentes en Barcelona, en situación de vulnerabilidad ante las hepatitis, a través de un proceso de Investigación, Actuación y Participación (IAP), con el objetivo final de cocrear una herramienta educativa desde una perspectiva intercultural, para mejorar la sensibilización y la accesibilidad al diagnóstico de la hepatitis, especialmente la HB en colectivos inmigrantes en situación de vulnerabilidad.

### **DESARROLLO**

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo, basado en el marco conceptual de Kemmis y McTaggart, para llevar a cabo una IAP a través una secuencia de dos ciclos, cada uno de ellos marcado por diferentes etapas interrelacionadas e identificadas como Planificación (P), Actuación (A) y Reflexión (R) (figura 1).

## **1er Ciclo IAP. Diagnostico Comunitario Participativo (DCP)**

Etapa 1 (P). Constitución del grupo motor de investigación-acción-participativa (GIAP) y la Comisión de seguimiento (CS): El grupo GIAP es el grupo motor de este proceso , y algunos de sus miembros constituyeron la comisión del seguimiento . Posteriormente, entre todos los miembros del GIAP, se discutieron los objetivos, el diseño de nuestro estudio, y se consensuaron las acciones para conseguirlos.

Etapa 2 (A). Estudio cualitativo descriptivo interpretativo (ECDI): Durante mayo de 2015, se llevó a cabo un estudio cualitativo, descriptivo-interpretativo de enfoque socioconstructivista, con grupos focales con el objetivo de realizar un diagnóstico de conocimientos, necesidades, experiencias y propuestas de los participantes. Los criterios de selección fueron: ser inmigrante procedente de África Subsahariana, residente en Barcelona y mayor de 18 años. Se realizó un muestreo teórico, intencionado y razonado para obtener la máxima variabilidad discursiva. El reclutamiento de participantes fueron realizados por agentes comunitarios de salud (ACS). Para la recogida de la información se elaboró un guion con preguntas semiestructuradas previamente consensuadas, a partir de revisiones bibliográficas y de entrevistas a informantes claves. Se recogieron variables sociodemográficas a través una encuesta individual autoadministrada. El guion de la entrevista fue dirigido por una moderadora y estuvo presente una observadora.

Etapa 3 (R). Análisis de datos y primer informe de resultados: Se llevó a cabo un análisis de contenido temático a partir de la transcripción de la información obtenida de las anotaciones y las grabaciones audiovisuales realizadas, utilizando el soporte de la web Atlas.ti. La información se codificó por temas. Las categorías se generaron a través del guion de la entrevista. La selección de la información se hizo mediante los patrones convergentes y divergentes en las respuestas a los temas. Se garantizó la fiabilidad de la información, a través un proceso de triangulación entre miembros de la CS y la moderadora de los grupos. Al final, se redactó un primer informe con un marco descriptivo explicativo que fue la base de trabajo del siguiente ciclo.

## **2º Ciclo IAP. Plan De Acción (PDA)**

Etapa 1 (P). Consensuar una propuesta final de una herramienta educativa para mejorar la sensibilización y la accesibilidad al diagnóstico de la hepatitis B. Se realizaron sesiones de trabajo colaborativo (coworking) de 4 horas de duración para delinear la información, los mensajes y las propuestas recogidas en el informe emergente del primer ciclo y consensuar la propuesta final de la herramienta . En estas sesiones participaron los miembros del GIAP (profesionales sanitarios, ACS) y algunos participantes de los grupos de focales.

Etapa 2 (A). Cocrear la propuesta final de una herramienta educativa: Se realizaron 2 sesiones más de trabajo entre los participantes de la anterior etapa con una diseñadora de material educativo. En estas sesiones se desarrollaron mensajes adaptados a las necesidades de la población, teniendo en cuenta las diversidades culturales (símbolos, metáforas, imágenes, len-guaje...) y se diseño una propuesta final de una herramienta

educativa para la sensibilización y promoción del cribado de las hepatitis , así como un modelo evaluativo.

Etapa 3 (R). Pilotar la propuesta final de la herramienta, análisis y segundo informe de resultados: Como prueba piloto, para evaluar la herramienta, se utilizó en talleres de sensibilización y promoción del cribado de HB, entre septiembre de 2015 y julio de 2018, en espacios comunitarios, con personas inmigrantes de diferentes países.

Los talleres estaban estructurados en sesiones de una hora de duración, dirigidos por un dinamizador. Estos talleres se realizaban con grupos de entre 8 y 10 personas. Al finalizar el taller se ofrecía la posibilidad de programar una cita. Se realizó un cuestionario para valorar conocimientos pre y post taller, con 12 preguntas cerradas. La adherencia al cribado en los participantes se midió con el porcentaje de participantes que solicitaron el cribado y los que finalmente lo realizaron después de los talleres. Se recogieron además variables sociodemo-gráficas. Las variables cuantitativas se expresaron mediante la media, mediana, desviación estándar y rango intercuartílico. Las variables cualitativas, en frecuencias y porcentajes. Se realizó la comparación de la media de respuestas correctas del cuestionario de conocimientos pre y post taller utilizando el t de Student para datos apareados. El análisis se realizó con el programa STATA. El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) del nuestro hospital . Para la participación fue imprescindible la firma del consentimiento informado.

## **RESULTADOS**

### **Diagnostico Comunitario Participativo**

Se constituyó un GIAP con 8 miembros de diferentes sectores y espacios comunitarios: una persona afectada por la hepatitis de la asociación ██████, dos agentes comunitarios de salud (uno de Senegal y otra de Guinea Ecuatorial), un miembro activo de la Asociación de Mujeres Nigerianas (NIWAK), dos profesionales sanitarios (enfermera y médico), una técnica de salud pública y una antropóloga socióloga. Formaron la comisión de seguimiento de todo el proceso IAP tres miembros de este grupo motor (enfermera, técnica de salud, agente comunitario de salud).

Se realizaron 3 grupos focales, de los cuales el 52,9% de los participantes(n=17) fueron hombres, procedentes de Senegal (6), Nigeria (5) y Guinea Ecuatorial (6). La edad media era de 30,4 años (DE=8,1), teniendo el 65% un nivel de estudios entre secundaria y primaria, y referían un tiempo de residencia en España de entre 5 y 8 años. Los encuentros fueron en un centro Cívico del barrio del Raval . A continuación, se describen las cuatro categorías de análisis identificadas a través los discursos:

–Conocimientos, creencias y causas de la HB: Se evidenció un desconocimiento general relacionado con a los términos de las HB y sus causas, confundiéndolas con otras enfermedades como “la fiebre amarilla” de algunos casos cercanos en su país.

–Vías de transmisión y medidas de prevención de la HB: Expresaron su vulnerabilidad ante el contagio, relacionada con falta de información sobre las vías de transmisión y medidas de prevención para poder protegerse y cuidar a las personas de su entorno.

–Síntomas, diagnóstico: manifestaron escaso conocimiento respecto a los síntomas de las hepatitis virales en general, así como las pruebas de diagnóstico y el tratamiento.

–Recomendaciones para motivar a las personas de su comunidad a informarse y promover el cribado: identificaron como herramientas efectivas en su comunidad, de cara a implementar una estrategia activa de sensibilización y detección de las hepatitis en general, materiales educativos visuales e interactivos.

### **Plan de Acción (PDA)**

El grupo GIAP y tres miembros que participaron en los grupos focales realizaron conjuntamente con una diseñadora gráfica cuatro sesiones de trabajo colaborativo (coworking). Durante estas sesiones, se consensuó la cocreación de una propuesta final de una herramienta educativa dinámica interactiva, en formato digital, basada en mensajes recogidos en el primer informe de resultados del ECDI. Se elaboró la metodología de los juegos, el contenido pedagógico/gráfico y el diseño de la herramienta “CEPARHOC” (figura 2).

“CEPARHOC” es una herramienta de soporte pedagógico en formato digital. Consta de un kit de 5 juegos didácticos de una hora y treinta minutos, guiados por un dinamizador en un taller, para sensibilizar y promover el cribado de las hepatitis :

- i) Agrupa “¿Qué es qué?”: aprender términos relacionados con las hepatitis, agrupando conceptos con definiciones.
- ii) Asocia “¿Por qué?”: conocer y asociar las causas de los diferentes tipos de hepatitis.
- iii) Sitúa “¿Dónde?”: distribución mundial de la hepatitis B y C según prevalencia.
- iv) Alinea “¿Cómo?”: conocer/relacionar vías de transmisión y medidas de prevención de las hepatitis.
- v) Actúa “no te la juegues”: fortalece la idea de “frente a las hepatitis no te la juegues”. Es el momento de actuar y hacerte la prueba (es un video de animación). Prueba piloto de la herramienta y segundo informe de resultados.

Como prueba piloto para determinar la efectividad se llevaron a cabo ocho talleres con un total de 56 personas, de los cuales el 67,9% fueron hombres. La edad media fue de 37 años (DE=14,5). El 71,4% eran procedentes de África Subsahariana (figura 3). El 46,4% tenían estudios primarios y la mayoría (62,5%) refería un tiempo de residencia en España de entre 5 y 7 años. Como resultado del análisis del cuestionario de conocimientos sobre HB pre y post taller, y del seguimiento posterior de las personas que habían realizado el cribado de hepatitis B, la media de las respuestas correctas antes de la intervención fue de 7,7 (DE=3), y después de la intervención fue de 10,6

(DE=0,2). La mejoría de la media fue de 2,9 puntos (IC 95% 2,2-3,6) y estadísticamente significativa ( $p<0,001$ ). Las preguntas en las que la mejoría fue más significativa fueron la 4, 5 y 8 (figura 4). El 97 % de las personas participantes expresaron su satisfacción con la dinámica de los juegos y la facilidad de comprensión de los conceptos. Las personas que posteriormente solicitaron una visita en nuestro centro para realizarse el cribado fueron 30 (53,6%), y los que habían asistido a cribarse fueron 23 (41%) del total que asistieron a las sesiones.

## **CONCLUSIONES**

Nuestro estudio “CEPARHOC ACTUA” ha tenido un gran éxito en el grado de mejora del conocimiento y la promoción del cribado de la hepatitis B, . Se confirma una mejoría de la media de respuestas correctas pre y post, y que posteriormente el 41% de los participantes realizan el cribado en nuestro centro, destacando que a pesar de que la mayoría residen desde hace más de 5 años en España, estas personas nunca se cribaron anteriormente.

Todos estos resultados,ponen de manifiesto la necesidad de este tipo de estrategias, con un abordaje comunitari, multidisciplinar, que involucra a la población objetivo, diferentes perfiles profesionales y agentes comunitarios de salud de diferentes culturas para mejorar la accesibilidad al diagnostico , especialmente con colectivos inmigrantes en situación de vulnerabilidad.