

## ORIGINAL BREVE

Recibido: 3 de octubre de 2019

Aceptado: 19 de junio de 2020

Publicado: 7 de julio de 2020

## “HEPARJOC-ACTÚA”: HERRAMIENTA EDUCATIVA CREADA A TRAVÉS DE UN PROCESO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA CON COLECTIVOS INMIGRANTES VULNERABLES PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL DIAGNÓSTICO DE LA HEPATITIS B<sup>(\*)</sup>

Hakima Ouaraab Essadek (1), Blanca Borrás Bermejo (1), Johanna Caro Mendivelso (1), L. Laia Rodríguez Arjona (1), Apolonia Bisobe (1), Isabel Clavería Guíu (1), Grupo de trabajo HEPARJOC (Tahir Rafi, Abdalah Denial, Omar Diatta) y Jordi Gómez i Prat (1)

(1) Equip de Salut Pública i Comunitària. Unitat de Salut Internacional Drassanes-Vall d'Hebrón. Programa de Salut Internacional de l'Institut Català de la Salut (PROSICS). Barcelona. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

(\*) Financiación: Este estudio ha sido parcialmente financiado por Gilead, financiando el estudio cualitativo (ECDI) y el diseño de “HEPARJOC”. No ha sido financiada la programación ni el plan de actuación (PDA).

### RESUMEN

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud estima que 257 millones de personas padecen infección crónica por el virus de la hepatitis B (HB). Es habitual que el diagnóstico se retrase o que nunca se llegue a realizar. En España, los inmigrantes procedentes de áreas endémicas presentan prevalencias en torno al 8%. En el año 2015, se inició este estudio con el objetivo de mejorar la accesibilidad al diagnóstico de la hepatitis B en colectivos inmigrantes.

**Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo descriptivo, basado en la investigación acción participativa (IAP). Se dividió en dos ciclos: en el primer ciclo, después de configurar un grupo motor (GIAP), se realizó un diagnóstico comunitario participativo (DCP) con la población, a través de un estudio cualitativo descriptivo-interpretativo (ECDI) con 3 grupos focales (n=17). Se llevó a cabo un análisis narrativo de contenido temático. En el segundo ciclo, se realizaron 2 talleres de trabajo colaborativo (*coworking*) para crear una herramienta educativa (HEPARJOC) y coconstruir un plan de acción (PDA). Como prueba piloto se llevó a cabo este PDA a través 8 talleres (n=56). Se utilizó un cuestionario de conocimientos para comparar la media de respuestas correctas pre y post taller utilizando el t de Student para datos apareados.

**Resultados:** Se configuró un GIAP con 8 miembros de diferentes sectores y espacios comunitarios. En el DCP se observó que existía un desconocimiento en diferentes aspectos sobre la hepatitis B. Se propusieron, como herramientas educativas, materiales visuales e interactivos, elaborando como producto final el “HEPARJOC”. En la prueba piloto del PDA, la media de las respuestas correctas al cuestionario de conocimientos sobre la HB fue de 7,7 (DE=3) previamente, y de 10,6 (DE=0,2) posteriormente. La mejora de la media fue de 2,9 puntos (IC 95% 2,2-3,6), siendo estadísticamente significativa (p<0,001). Solicitaron el cribado 30 personas (53,6%), siendo cribadas 23 (41%).

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

**Palabras clave:** Enfermedades infecciosas, Hepatitis B, Salud comunitaria, Agentes comunitarios de salud, Educación en salud, Investigación-acción-participativa, Inmigración.

### ABSTRACT

“HEPARJOC-ACTÚA”: educational tool created through a process of participatory action research with vulnerable immigrant groups to improve accessibility to diagnosis of hepatitis B

**Background:** The World Health Organization estimates that 257 million people suffer from chronic infection by the hepatitis B (HB) virus. It is common for diagnosis to be delayed or never given at all. In Spain, immigrants that come from endemic areas present a prevalence of infection of around 8%. In the year 2015, this study was begun with the aim of improving accessibility to hepatitis B diagnoses in immigrant communities.

**Methods:** A descriptive qualitative study was carried out, based on participatory action research (IAP). It was divided into two cycles: in the first cycle, after forming a motor group (GIAP), a participatory community assessment (DCP) was performed with the population, through a descriptive-interpretative qualitative study (ECDI) with 3 focal groups (n=17). A narrative analysis was then performed of thematic content. In the second cycle, two collaborative workshops (*coworking*) were held to create an educational tool (HEPARJOC) and to co-create an action plan (PDA). As a pilot test, the PDA was put into practice through eight workshops (n=56). A knowledge questionnaire was used to compare the median number of correct responses before and after the workshop, using the t of Student for paired data.

**Results:** A GIAP was formed with 8 members of different sectors and community spaces. In the DCP it was observed that there was a lack of knowledge about different aspects of hepatitis B. Visual, interactive materials were proposed as educational tools, and “HEPARJOC” was created as the final product. In the pilot test of the PDA, the median of correct responses to the knowledge questionnaire about HB was 7.7 (DE=3) before the workshop, and 10.6 (DE=0.2) afterward. The improvement of the median was 2.9 points (IC 95% 2.2-3.6), which is statistically significant (p<0.001), 30 people sought screening (53.6% of participants), and 23 of those people were screened (41% of participants).

**Conclusions:** “HEPARJOC-ACTUA” is a strategy that could contribute to transforming knowledge and improving accessibility to hepatitis B diagnosis in immigrant communities. Key words: Infectious diseases, hepatitis B, community health, community health agents, health education, participatory action research, immigration.

**Key words:** Infectious diseases, Hepatitis B, Community health, Community Health Agents, Health education, Participatory Action Research, Immigration.

Cita sugerida: Ouaraab Essadek H, Borrás Bermejo B, Caro Mendivelso J, Rodríguez Arjona LL, Bisobe A, Clavería Guíu I, Grupo de trabajo HEPARJOC (Rafi T, Denial A, Diatta O), Gómez i Prat J. “HEPARJOC-ACTÚA”: herramienta educativa creada a través de un proceso de investigación-acción participativa con colectivos inmigrantes vulnerables para mejorar la accesibilidad al diagnóstico de la hepatitis B. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 7 de julio e202007078

Correspondencia:

Hakima Ouaraab Essadek  
Centre d'Atenció Primària Drassanes  
Carrer de Sant Oleguer, 17  
08001 Barcelona, España  
houaraab@vhebron.net

## 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)<sup>(1)</sup>. 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.

La epidemiología de la hepatitis se ve afectada, por tanto, por los movimientos migratorios<sup>(2,3)</sup>. 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<sup>(4)</sup>. Además, los inmigrantes procedentes de áreas endémicas son los más afectados, con prevalencias en torno al 8%<sup>(5)</sup>.

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 hepatitis B, según el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC)<sup>(6,7)</sup>. La Agencia de Salud Pública de Barcelona aporta que un 46,7% de los nuevos casos de hepatitis B aguda notificados durante 2015 fueron personas nacidas fuera de España<sup>(8)</sup>.

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<sup>(9)</sup>.

Según la OMS, solo el 9% de los 257 millones de personas con infección por el HB estaban diagnosticadas en el año 2015<sup>(1)</sup>. Por ello, uno de los objetivos de la OMS de aquí a 2030

es diagnosticar y tratar al 90% de las personas con HB<sup>(10)</sup>.

Desde el año 1994, el equipo de Salud Pública y Comunitaria (ESPIC) de la Unidad de Salud Internacional Drassanes-Vall d'Hebrón (USIDVH), con la implicación de Agentes Comunitarios de Salud (ACS) de diferentes culturas, realiza actividades de sensibilización y promoción del cribado de enfermedades infecciosas, incluyendo la hepatitis B, especialmente en personas inmigrantes con dificultad de acceso a los servicios sanitarios. En esta unidad se han realizado estudios donde se encontraron prevalencias de HB tan altas como del 7% en personas procedentes del África Subsahariana, evidenciándose la importancia de mejorar la accesibilidad al cribado en esta población<sup>(11,12)</sup>. A pesar de ello, hay pocas propuestas concretas para hacer efectiva dicha accesibilidad. También son pocos los programas que implican a colectivos vulnerables desde el inicio del proceso de los estudios.

La población inmigrante procedente de países de alta prevalencia de HB residente en Barcelona es un colectivo de difícil acceso a la hora de implementar medidas preventivas, diagnósticas o de tratamiento de la HB.

En este contexto, y teniendo en cuenta la importancia de promover el cribado precoz en esta población infradiagnosticada<sup>(7)</sup>, surge la necesidad de identificar cuáles son los factores limitantes para el cribado en esta población diversa<sup>(13,14,15)</sup>, así como de diseñar una estrategia activa centrada en la comunidad para aumentar la sensibilización y mejorar la accesibilidad al diagnóstico de la HB<sup>(16,17,18)</sup>.

El abordaje de esta necesidad es un reto que requiere de metodologías participativas y de herramientas innovadoras y creativas compartidas con esta población. Nuestro estudio pretendió responder de forma efectiva a este reto,

proponiendo comprender la realidad en la cual se encontraban las personas inmigrantes procedentes de África Subsahariana residentes en Barcelona, que estaban en situación de vulnerabilidad ante HB, a través de un proceso de Investigación, Actuación y Participación (IAP)<sup>(19)</sup>.

En 2015, el equipo ESPIC inició el presente proyecto conjuntamente con la Organización de Afectados por las Hepatitis Virales en España (ONAH), una organización no gubernamental que trabaja de forma integral con los afectados por las hepatitis, y con la asociación Equipo de Trabajo sobre Inmigración y Salud (ETIS).

El objetivo del artículo fue mejorar la sensibilización y la accesibilidad al diagnóstico de la hepatitis B en colectivos inmigrantes en situación de vulnerabilidad, a través un proceso de Investigación, Actuación y Participación (IAP).

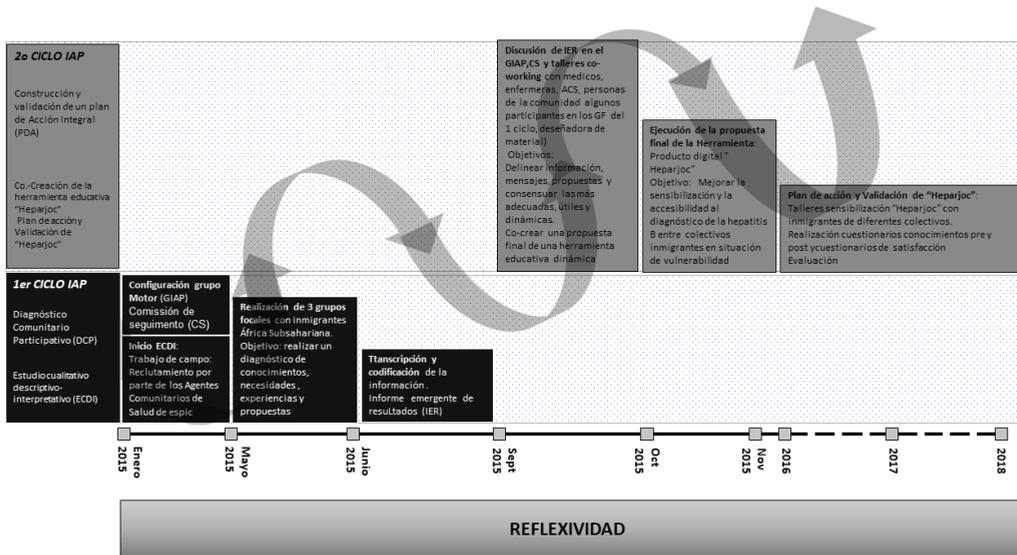
## SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo, basado en el marco conceptual de Kemmis y McTaggart<sup>(20)</sup>, para llevar a cabo una investigación-acción-participativa 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):**

**Etapas 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 IAP, y algunos de sus miembros constituyeron la comisión del seguimiento de todo el proceso IAP. Para la

**Figura 1**  
**Ciclos y etapas metodológicas seguidos en el proyecto Heparjoc, segundo el método IAP.**



selección de sus miembros, el equipo coordinador del estudio contactó con diferentes perfiles profesionales, con experiencia de trabajo en grupo y capacidad de decisión en sus centros de trabajo, y con sociedades civiles organizadas y no organizadas que trabajaran en el ámbito de la inmigración y las hepatitis.

Posteriormente, entre todos los miembros del GIAP, se discutieron los objetivos, el diseño de nuestro estudio, y se consensuaron y planificaron las acciones para conseguirlos.

**Etapa 2 (A). Inicio de un estudio cualitativo descriptivo interpretativo (ECDI).** Durante mayo de 2015, se llevó a cabo un estudio cualitativo, descriptivo-interpretativo de enfoque socioconstructivista, con 3 grupos focales de personas pertenecientes a un grupo cultural y geográfico concreto. El objetivo fue realizar un diagnóstico de conocimientos, necesidades, experiencias y propuestas de los participantes.

El trabajo de campo se realizó en un centro cívico del barrio del Raval de Barcelona, lugar histórico de afluencia/residencia de inmigrantes.

Se informó verbalmente a los participantes de los objetivos del estudio, se les solicitó autorización para grabar la sesión y la firma de un consentimiento informado.

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 y la organización de los grupos focales fueron realizados por los agentes comunitarios de salud (ACS) de ESPIC.

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, relacionadas con los conocimientos sobre la hepatitis B (enfermedad, transmisión, prevención, síntomas-signos de alarma, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y fuentes de información), las experiencias personales y del entorno/prácticas preventivas (cómo cuidaban su salud, cómo se vivía el cuidado de la salud en su país de origen, qué opinaban personas de su entorno, percepción de vulnerabilidad frente a la hepatitis B, conocimiento de casos cercanos) y sobre propuestas para motivar a las personas de su comunidad a informarse sobre la enfermedad y realizarse el cribado. 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. Para garantizar la fiabilidad de la información se realizó también un proceso de triangulación entre 2 miembros de la comisión de seguimiento y la moderadora de los grupos.

Al final, se redactó un primer informe con un marco descriptivo explicativo que fue la base de trabajo de la siguiente fase.

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

**Etapa 1 (P). Consensuar una propuesta final para mejorar la sensibilización y la accesibilidad al diagnóstico de la hepatitis B.** Se realizaron

2 sesiones de trabajo colaborativo (*coworking*) de 4 horas de duración con el objetivo de delinear la información, los mensajes y las propuestas recogidas en el informe emergente del primer ciclo. En estas sesiones participaron los miembros del GIAP (profesionales sanitarios, ACS) y algunos participantes de los grupos de focales.

Se consensuó entre las propuestas y materiales recogidos "cocrear" una herramienta educativa dinámica, y se constituyó un plan de acción para su desarrollo.

**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, lenguaje...) y se creó una propuesta final de una herramienta educativa para la sensibilización y promoción del cribado de las hepatitis B en colectivos inmigrantes en situación de vulnerabilidad, 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 (comprensión conceptual, utilidad, dinámica, material utilizado) se utilizó en talleres de sensibilización y promoción del cribado de HB, entre septiembre de 2015 y julio de 2018, en diferentes espacios comunitarios, con personas inmigrantes de África Subsahariana y otros países. Los talleres estaban estructurados en sesiones de una hora de duración, en la que secuencialmente, y dirigidos por un dinamizador (Agente Comunitario de Salud), se realizaban los 4 juegos y se asistía al video final. Estos talleres se realizaban con grupos

de entre 8 y 10 personas, convocadas previamente a través del Agente Comunitario de Salud. Al finalizar el taller se ofrecía la posibilidad de programar una cita para realizar, en el centro de salud, el cribado de la hepatitis.

Se realizó un cuestionario para valorar conocimientos pre y post taller, con 12 preguntas cerradas acerca de: características de la enfermedad, etiología, transmisión, prevención y tratamiento (figura 4). 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 sociodemográficas (sexo, edad, país de procedencia, nivel de estudios, tiempo de residencia en España).

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. Se consideró estadísticamente significativo  $p < 0,05$ . El análisis se realizó con el programa STATA, versión 13. Se redactó un segundo informe con un marco descriptivo explicativo.

El estudio siguió las normas establecidas en las declaraciones de Helsinki y recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Para la participación fue imprescindible la firma del consentimiento informado. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los sujetos incluidos en el estudio, conforme a lo dispuesto en la *Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal* (15/1999 de 13 de diciembre, LOPD).

## RESULTADOS

### Diagnostico Comunitario Participativo (DCP):

**Constitución del GIAP y Comisión de seguimiento (CS).** Se configuró un GIAP con 8 miembros de diferentes sectores y espacios comunitarios: una persona afectada por la hepatitis C de la Organización Nacional de Afectados por Hepatitis (ONAH), 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).

**Estudio cualitativo descriptivo interpretativo (ECDI).** El 52,9% de los participantes en los tres grupos focales (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 el centro Cívico del Raval a lo largo de 2 días. Los grupos focales fueron muy participativos y se cerraban agradeciendo la participación y resolviendo algunas dudas sobre la hepatitis B surgidas durante la discusión.

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 y en especial las HB, 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 y especialmente de la HB, materiales educativos visuales e interactivos (como juegos y vídeos), donde podían participar ellos y evitar las sesiones magistrales.

### Plan de Acción (PDA):

**Propuesta final de una herramienta para mejorar la sensibilización y la accesibilidad al diagnóstico de la hepatitis B.** El grupo GIAP y tres miembros que participaron en los grupos focales realizaron conjuntamente dos sesiones de trabajo colaborativo (*coworking*) de 4 horas de duración. Durante estas sesiones, se consensuó “co-crear” una herramienta educativa dinámica, en formato digital, para mejorar la sensibilización y

la accesibilidad al diagnóstico de la hepatitis B, basada en mensajes recogidos en el primer informe de resultados del ECDI, y se constituyó así un plan de acción para su desarrollo.

**Cocreación de una herramienta educativa “HEPARJOC”.** Los mismos participantes en las sesiones de la etapa 1 realizaron otras dos sesiones de trabajo colaborativo (*coworking*) conjuntamente con una diseñadora gráfica para la cocreación de la propuesta final de la herramienta. Se elaboró la metodología de los juegos, el contenido pedagógico/gráfico y el diseño de una herramienta educativa interactiva “HEPARJOC” (figura 2).

“HEPARJOC” 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 HB:

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.

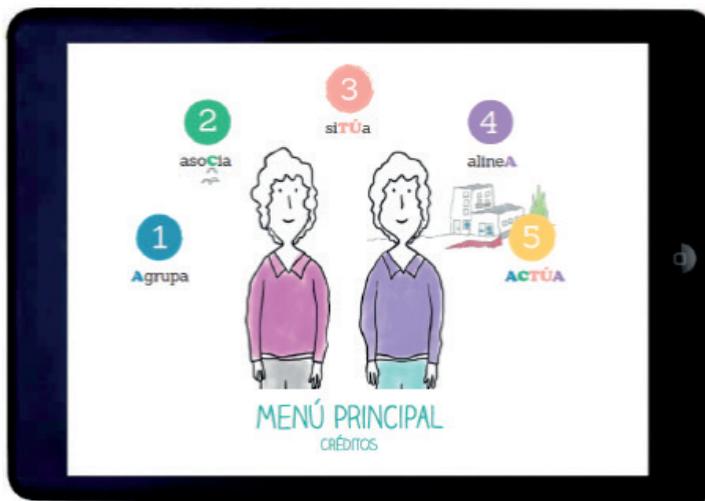
iii) **SiTÚa** “¿Dónde?”: distribución mundial de la hepatitis B según prevalencia.

iv) **AlineA** “¿Cómo?”: conocer/relacionar vías de transmisión y medidas de prevención.

v) **ACTÚA** “no te la juegues”: fortalece la idea de “frente a la hepatitis B 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 de una acción

**Figura 2**  
**Menu principal del “Heparjoc”.**



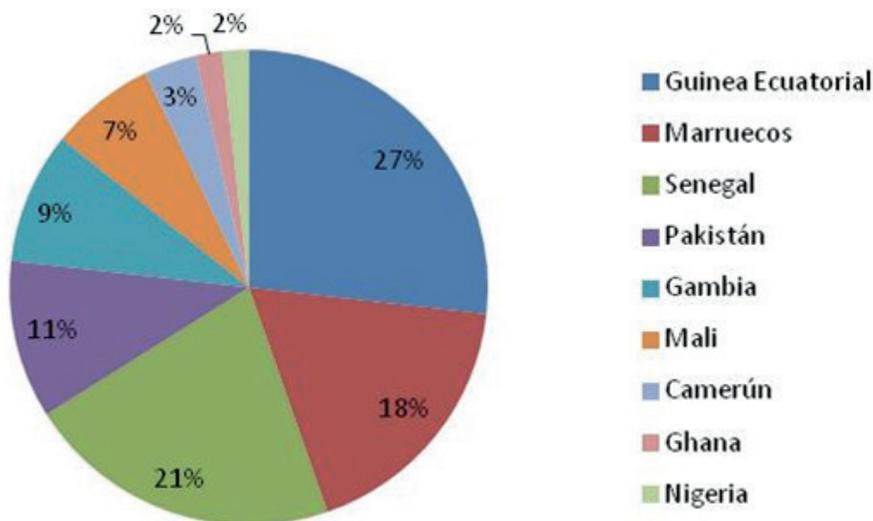
comunitaria de sensibilización y promoción del cribado de HB utilizando HEPARJOC, se llevaron a cabo ocho talleres con un total de 56 personas, de los cuales el 67,9% fueron hombres. La edad media fue de 37 años (DE=14,5). El 71,4% eran procedentes de África Subsahariana (figura 3). El 46,4% tenían estudios 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

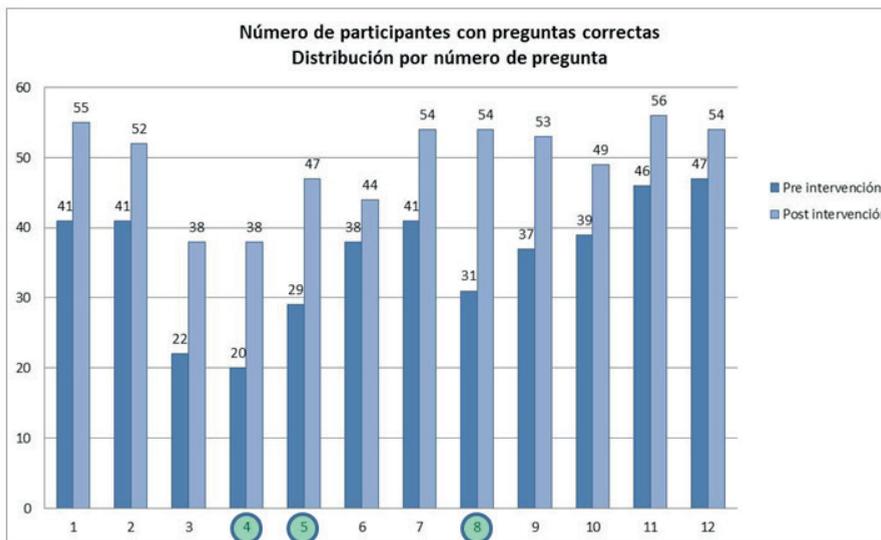
de la media fue de 2,9 puntos (IC 95% 2,2-3,6) y estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Las preguntas en las que la mejoría fue más significativa fueron la 4, 5 y 8 (figura 4). El 97 % de las personas participantes expresaron su satisfacción con la dinámica de los juegos y la facilidad de comprensión 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.

Se redactó un segundo informe con todos los resultados, que fue la base de trabajo para otro ciclo llamado “la Validación de la herramienta”, actualmente en proceso.

**Figura 3**  
**Principales procedencias de los participantes en el PAI del pilotaje del “Heparjoc”.**



**Figura 4**  
**Resultados del cuestionario de conocimientos del PAI del pilotaje del “Heparjoc”.**



1. “Hepatitis” significa inflamación del hígado.

2. El hígado es uno de los órganos más grandes del cuerpo sin el cual las personas no pueden vivir.

3. Las hepatitis sólo puede ser causadas por virus.

4. La hepatitis B no se transmite por compartir utensilios de higiene personal contaminados (cuchillas de afeitar, cortauñas, cepillos de dientes).

5. La hepatitis B puede transmitirse por besos o abrazos.

6. La hepatitis B puede transmitirse de madre a hijo en el momento del parto y durante la lactancia materna.

7. Existe una vacuna que protege de la hepatitis B.

8. La hepatitis B puede prevenirse usando condones en las relaciones sexuales.

9. La infección por el virus de la hepatitis B puede convertirse en una infección crónica, una cirrosis o cáncer de hígado.

10. Puedo encontrarme bien y tener una hepatitis B.

11. Existen pruebas de sangre para diagnosticar la hepatitis B.

12. Aunque una persona no tenga síntomas de la enfermedad, el virus de la hepatitis B se puede detectar en su sangre.

## DISCUSIÓN

Al día de hoy, las hepatitis virales son un problema importante de salud global, que se ve afectado por los movimientos migratorios y requiere especial atención entre los colectivos inmigrantes en situación de vulnerabilidad. En España, los inmigrantes procedentes de áreas endémicas son los más afectados, con altas prevalencias, lo que representa un reto importante para la salud pública<sup>(5)</sup>. “HEPARJOC ACTÚA” podría ser una estrategia clave para transformar conocimientos y promover el cribado de las hepatitis B entre los colectivos inmigrantes procedentes de países de alta prevalencia. Uno de los resultados importantes de este estudio es conseguir, durante el pilotaje del PDA, un aumento de los conocimientos relacionados con la hepatitis B, utilizando la Herramienta Educativa “HEPARJOC” en los talleres a la comunidad. Se confirma una mejoría de la media de respuestas correctas pre y post de 2,9 puntos, siendo estadísticamente significativa, 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. Los autores consideran que estas mejorías se consiguen gracias a que la Herramienta “HEPARJOC” facilita la sensibilización sobre la HB y la aceptación de los talleres. Se trata de una herramienta diseñada a través un proceso IAP en un espacio de trabajo colaborativo (*coworking*), con un enfoque multidisciplinar y comunitario, que involucró a la población, a diferentes perfiles profesionales y a los agentes comunitarios de salud de diferentes culturas<sup>(21,22,23)</sup>. Estos últimos captan e implican a la población investigada como coinvestigadora desde la primera fase del diagnóstico, explorando conocimientos, necesidades y factores limitantes para el cribado de la HB, así como también percepciones, propuestas y ayuda en la toma de decisiones que llevaron a co-crear esta herramienta y a diseñar un plan de

acción que promovió su utilización en talleres en diferentes espacios comunitarios.

El hecho de configurar un GIAP en el que están presentes en todo el proceso tanto investigadores como la sociedad civil, tanto organizada como no organizada, supone un grado de participación que da más fuerza y valor a los resultados obtenidos<sup>(24)</sup>, tanto del estudio cualitativo como de la herramienta y del pilotaje del plan de acción.

En relación a los resultados del ECDI, que muestran un desconocimiento de los conceptos básicos de las hepatitis por parte de la población inmigrante estudiada, es un elemento que consta como factor clave en el infradiagnóstico en diferentes estudios, que a la vez demuestran la necesidad de mejorar el conocimiento, así como la conciencia para revertir esta situación<sup>(25,26,27)</sup>.

Otro dato importante que aporta nuestro estudio está relacionado con el acceso al diagnóstico de la HB. Así, un 41% de las personas que acuden a los talleres, posteriormente se realizan el cribado. Esto corrobora que el abordaje comunitario con herramientas educativas que permiten una educación para la salud, con un consejo educativo pretest, puede reducir de manera significativa el infradiagnóstico<sup>(28,29)</sup>.

Las limitaciones de este estudio fueron el tiempo transcurrido para llevar a cabo el pilotaje de la herramienta (entre 2015 y 2018), debido a limitaciones financieras. Otro aspecto a tener en cuenta es la dificultad en mantener presentes a algunos miembros activos de la comunidad en todas las reuniones de GIAP, debido a otras prioridades como el trabajo.

La participación de la población en temas de salud no es fácil, y más si se trata de grupos vulnerables alejados del sistema sanitario, siendo

escasos los estudios sobre las intervenciones en estas poblaciones<sup>(30)</sup>.

Son necesarios otros estudios desde una visión de investigación participativa, en el campo de la salud pública y comunitaria, teniendo en cuenta las necesidades de las personas afectadas. Éstos podrían mejorar el acceso al diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las hepatitis virales, junto a otros estudios de coste efectividad de las acciones comunitarias, para actuar así de manera efectiva y eficiente en la disminución de la gravedad de este problema de salud pública, lo que representaría una inversión a largo plazo que beneficiaría a toda la comunidad.

En conclusión, nuestro estudio “HEPARJOC ACTUA” ha tenido un gran éxito en el grado de mejora del conocimiento y la promoción del cribado de la hepatitis B, lo que pone de manifiesto la necesidad de este tipo de estrategias para mejorar la accesibilidad al diagnóstico, especialmente con colectivos inmigrantes en situación de vulnerabilidad, frecuentemente alejados del sistema sanitario. Actualmente, continuamos realizando talleres con personas inmigrantes de diversos orígenes utilizando el “HEPARJOC”, con el objetivo de aumentar el número de participantes y poder así determinar la validación y el impacto de esta herramienta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis B. Datos y cifras. [Internet]. 18-Julio-2018. 2018 [cited 2018 Aug 7]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hepatitis-b>.
2. Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, Krause G, Ott JJ. Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. *Lancet* [Internet]. 2015 Oct 17 [cited 2018 Aug 7];386(10003):1546–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26231459>.
3. Sharma S, Carballo M, Feld JJ, Janssen HLA. Immigration and viral hepatitis. *J Hepatol* [Internet]. 2015 Aug 1 [cited 2018 Aug 7];63(2):515–22. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016827815003207#b0190>.
4. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Documentos Técnicos de Salud Pública. IV Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid. [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 7]. Available from: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DIVSEROVI\\_Documento+técnico\\_revisión+final+22\\_05\\_2015.pdf&blobheadervalue2=lang](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DIVSEROVI_Documento+técnico_revisión+final+22_05_2015.pdf&blobheadervalue2=lang).
5. Coppola N, Alessio L, Gualdieri L, Pisaturo M, Sagnelli C, Minichini C et al. Hepatitis B virus infection in undocumented immigrants and refugees in Southern Italy: demographic, virological, and clinical features. *Infect Dis poverty* [Internet]. 2017 Feb 9 [cited 2018 Aug 7];6(1):33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28179020>.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological assessment of hepatitis B and C among migrants in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2016 [Internet]. [cited 2018 Aug 7]. Available from: [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).
7. Calderón Sandubete E, Yang Lai R, de la Luz Calero Bernal M, Teresa Martínez Rísquez M, Calderón Baturone M, de la Horra Padilla C et al. Hepatitis Crónicas virales B y C en población inmigrante en España. Revisión Bibliográfica. [cited 2018 Aug 7]; Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600012>.
8. Morbiditat per malalties de declaració obligatòria a Barcelona ciutat 2015. Estadístiques de Salut. Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona. 2015. [Internet]. [cited 2018 Aug 7]. Available from: [https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/11/Morbiditat\\_per\\_malalties\\_declaracio\\_obligatoria\\_Barcelona\\_2015.pdf](https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/11/Morbiditat_per_malalties_declaracio_obligatoria_Barcelona_2015.pdf).
9. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. European Association for the Study of the Liver. [Internet]. [cited 2018 Aug 7].

Available from: <https://asscat-hepatitis.org/wp-content/uploads/English-report.pdf>.

10. Organización mundial de la Salud. Estrategia Mundial del sector de la Salud contra las Hepatitis Víricas 2016-2021 Hacia el fin de las hepatitis víricas [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 7]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250578/WHO-HIV-2016.06-spa.pdf?sequence=1>.

11. Manzano C, Treviño B, Gómez i Prat J, Cabezas J, Monguí E, Clavería I et al. Communicable diseases in the immigrant population attended to in a tropical medicine unit: Epidemiological aspects and public health issues. *Travel Med Infect Dis* [Internet]. 2008 Jan [cited 2019 Jul 22];6(1-2):4-11. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1477893907001585>.

12. Delcor NS, Maruri BT, Arandes AS, Guiu IC, Essadik HO, Soley ME et al. Infectious Diseases in Sub-Saharan Immigrants to Spain. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 22];94(4):750. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4824214/>.

13. Zibrik L, Huang A, Wong V, Novak Lauscher H, Choo Q, Yoshida EM et al. Let's Talk About B: Barriers to Hepatitis B Screening and Vaccination Among Asian and South Asian Immigrants in British Columbia. *J Racial Ethn Heal Disparities* [Internet]. 2018 Mar 19 [cited 2018 Aug 9];1-9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40615-018-0483-0>.

14. Sievert K, O'Neill P, Koh Y, Lee J-H, Dev A, Le S. Barriers to Accessing Testing and Treatment for Chronic Hepatitis B in Afghan, Rohingya, and South Sudanese Populations in Australia. *J Immigr Minor Heal* [Internet]. 2018 Feb 24 [cited 2018 Aug 9];20(1):140-6. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10903-017-0546-z>.

15. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín MJ, García-Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit* [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2018 Aug 9];29(4):244-51. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391111500062X>.

16. Singh P, Chokshi DA. Community Health Workers — A Local Solution to a Global Problem. *N Engl J Med* [Internet]. 2013 Sep 5 [cited 2018 Aug 7];369(10):894-6. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1305636>.

17. Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, De Peray JL, Gofin J. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit* [Internet]. 2010 Dec 1 [cited 2018 Aug 7];24:23-7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911110001949>.

18. Ospina JE, Orcau À, Millet J-P, Sánchez F, Casals M, Caylà JA. Community health workers improve contact tracing among immigrants with tuberculosis in Barcelona. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 Dec 6 [cited 2018 Aug 7];12(1):158. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22394990>.

19. Reason P, Bradbury H. *The Sage Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. Sage, CA; 2008. 720 p.

20. Kemmis S. (1983). Action research, En T. Husen and T. Postleth-Waite (Eds.). *International encyclopedia of education: research and studies*. Oxford: Pergamon.

21. Universidad de los Andes (Bogotá CC de I y F en E. Voces y silencios, revista latinoamericana de educación. [Internet]. Vol. 3, Voces y Silencios, ISSN-e 2215-8421, Vol. 3, No. 1, 2012, págs. 102-115. Centro de Investigación y Formación en Educación. Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia; 2012 [cited 2019 Jul 22]. 102-115 p. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4054232>.

22. Essadek HO, Mendioroz J, Guiu IC, Barrabeig I, Clotet L, Álvarez P, Rodés A, Gómez i Prat J; Barcelona Health Region Tuberculosis Prevention and Control Programme Working Group. Community strategies to tackle tuberculosis according to the WHO region of origin of immigrant communities. *Public Health Action*. 2018 Sep 21;8(3):135-140.

23. Gómez i Prat J, Peremiquel-Trillas P, Clavería Guiu I, Choque E, Oliveira Souto I, Serre Delcor N, Sulleiro E,

- Espasa M, Pastoret C, de Los Santos JJ, Ouaraab H, Albajar Viñas P, Ascaso Terren C. A Community-Based Intervention for the Detection of Chagas Disease in Barcelona, Spain. *J Community Health*. 2019 Aug;44(4):704-711.
24. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014.
25. Jevetta Stanford, Alma Biba, Jagdish Khubchandani, Fern Webb, Mobeen H Rathore. Community-engaged Strategies to Promote Hepatitis B Testing and Linkage to Care in Immigrants of Florida. *J Epidemiol Glob Health*. 2016 Dec;6(4):277-284.
26. Ortiz E, Scanlon B, Mullens A et al. Effectiveness of Interventions for Hepatitis B and C: A Systematic Review of Vaccination, Screening, Health Promotion and Linkage to Care Within Higher Income Countries. *J Community Health* 45, 201–218 (2020).
27. Rajamoorthy Y, Taib NM, Munusamy S et al. Knowledge and awareness of hepatitis B among households in Malaysia: a community-based cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2019;19(1):47. Published 2019 Jan 10. doi:10.1186/s12889-018-6375-8.
28. Taylor VM, Seng P, Acorda E, Sawn L, Li L. Hepatitis B knowledge and practices among Cambodian immigrants. *J Cancer Educ*. 2009;24(2):100-104.
29. Taylor VM, Jackson JC, Chan N, Kuniyuki A, Yasui Y. Hepatitis B knowledge and practices among Cambodian American women in Seattle, Washington. *J Community Health*. 2002;27(3):151-163.
30. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. E, Peirò R. Gaceta sanitaria [Internet]. Vol. 18, Gaceta Sanitaria. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2004 [cited 2019 Jul 22]. 158–167 p. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400025](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400025).