

Resultados: Las jóvenes (un 70 %) manifiestan un buen o excelente nivel de interés por el proyecto. El interés es mayor cuanto mejor es la relación con sus madres. El mejor nivel de comprensión depende del interés de la madre y las buenas relaciones madre-hija, aún en jóvenes sin experiencia de la menstruación. Las madres (un 91 %) desconocen el significado del moco ovulatorio. Un 77% manifiesta su disposición a colaborar con su hija, y a un 54% les interesan las enseñanzas para ellas mismas.

Conclusiones: El proyecto resulta importante para las jóvenes y para sus madres. Educa a ambas en el conocimiento corporal y el control emocional. Se apoya en la relación madre-hija al tiempo que la fomenta. Favorece el reconocimiento del riesgo de embarazo, punto clave para evitarlo. Por ello permite lograr un mejor desarrollo madurativo global de nuestras adolescentes.

VACACIONES Y AUSENCIA DE PUBLICIDAD DE ALCOHOL ALREDEDOR DE LOS CENTROS EDUCATIVOS: ¿UNA CASUALIDAD?

H. Paniagua Repetto

Consulta Joven. Centro de Salud "Dávila". Santander. España.

Antecedentes: El alcohol en la adolescencia está asociado a muertes por accidentes de circulación y ahogamiento por inmersión, conductas violentas y embarazos no deseados. En 1995 la "Carta europea contra el alcohol" enunció que niños y adolescentes debían estar protegidos frente a su promoción publicitaria, estando actualmente su publicidad en la vía pública regulada por los propios fabricantes.

Objetivo: Investigar la presencia de la publicidad de alcohol en los alrededores de los centros educativos secundarios y universitarios de la ciudad de Santander.

Material y métodos: Estudio longitudinal descriptivo realizado a través de encuestas mensuales entre febrero y noviembre de 2004 de los anuncios publicitarios en vallas y marquesinas en los 200 m a la redonda de 3 centros de enseñanza secundaria y en la zona de influencia de los centros de educación universitaria de la ciudad.

Resultados: Fueron analizados 576 anuncios en los alrededores de los centros educativos que fueron divididos en 2 grupos, los hallados en los meses del curso escolar y los encontrados en período vacacional. Durante el curso académico, la publicidad de esta sustancia en los alrededores de los institutos de enseñanza secundaria fue del 15,8% y en el área universitaria del 14,1%. Durante el período de vacaciones del alumnado, julio, agosto y septiembre, no se encontró publicidad de alcohol en la zona universitaria y en los alrededores de institutos secundarios los anuncios de alcohol fueron del 0,54%. Las bebidas anunciadas de alta graduación llegaron al 96,4 y 100 % en los alrededores de institutos y facultades, respectivamente, siendo whisky el producto más anunciado (75,80%), seguido por ginebra (19,35%), y coñac, ron y vermouth con el 1,61% cada uno.

La marca más publicitada fue Ballantine's (70,96%), seguida por Beefeater (14,51%), White Label (4,83%), Bacardí (3,22%) y en menor medida Larios, Magno, Bombay y Martini. Los mensajes publicitarios encontrados están asociados a la diversión, la madurez y las relaciones interpersonales dirigidos a las estratos más jóvenes de la población.

Conclusiones: Existe una importante presencia publicitaria de alcohol en los alrededores de los centros educativos secundarios y universitarios de la ciudad de Santander durante el curso académico. Las bebidas anunciadas son casi exclusivamente de alta graduación, desapareciendo prácticamente la publicidad de esta sustancia durante el período vacacional. Una vez prohibida la publicidad del tabaco, la restricción o prohibición de la del alcohol debería ser una prioridad en la vía pública en general y en los alrededores de los centros educativos en particular. La sociedad debe ser consecuente con los mensajes dirigidos a niños y jóvenes dentro de un contexto de educación para la salud y obrar en consecuencia.

VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES FRENTE A HEPATITIS B Y A; SITUACIÓN ACTUAL

J. García-Sicilia, B. Larrú e I. Dorronsoro

Hospital Infantil La Paz. Madrid. España.

La implementación de la vacuna de la hepatitis B, tras su inclusión en los diversos calendarios vacunales de las diversas CC.AA., alcanzándose coberturas elevadas, ha cambiado drásticamente el panorama epidemiológico de esta patología. Tras la primovacuna no se aconseja (excepto en casos de especial riesgo), una dosis de refuerzo y/o confirmación de seroconversión y duración de la protección inmunológica (pese a aceptarse un fallo vacunal aproximado al 5%) basándose en la protección derivada de la inmunidad de grupo.

Recientes brotes de enfermedades inmunoprevenibles han puesto en evidencia la fragilidad de la inmunidad de grupo, cuando las coberturas descienden a niveles subóptimos, lo que nos ha llevado a investigar qué grupos etarios preadolescentes y adultos jóvenes pueden ser, todavía, susceptibles de padecer la hepatitis B. Los datos obtenidos se resumen en la tabla 1.

Es importante concienciar a pediatras y autoridades sanitarias para proteger a estas cohortes y eliminar el vacío que podría poner en peligro la inmunidad de grupo alcanzada.

Además, siguiendo una política de aprovechamiento de las oportunidades de vacunación, abogáramos por el empleo, en la recaptación de adolescentes, de vacuna combinada A-B.

Las mejoras higiénico-sanitarias de las últimas décadas han propiciado la situación paradójica, de que la práctica totalidad de nuestra población joven (seguramente casi todos los menores de 40 años) se encuentren inmunológicamente indefensos frente a la hepatitis A que, a partir de la adolescencia puede ser potencialmente grave y, en cualquier caso, cursar con clínica florida, consuntiva y temporalmente incapacitante. No

TABLA 1.

CC.AA.	Suponiendo edad recaptación para vacunación = 11 años			En 2006 habrán alcanzado los 11 años todos los nacidos antes de 1995			
	Inicio recaptación adolescentes antes de	*No vacunados nacidos antes de	Edad actual (años)	Inicio vacunación RN	**No vacunados aún nacidos en	Edad actual (años)	Año completar cobertura
Andalucía	1995	1984	> 22	1995	–	–	–
Aragón	1994	1983	> 23	1994	–	–	–
Asturias	1994	1983	> 23	1999	96-97-98	8-10	2009
Baleares	1992	1981	> 25	1999	96-97-98	8-10	2009
Castilla y León	1993	1982	> 24	1999	96-97-98	8-10	2009
Castilla-La Mancha	1993	1982	> 24	1999	96-97-98	8-10	2009
Canarias	1996	1985	> 21	2000	96/97/98/99	7-10	2010
Cantabria	1996	1985	> 21	1997	96	10	2007
Cataluña	1992	1981	> 25	2002	96/97/98/99/00/01	5-10	2012
Extremadura	–	–	–	1998	Todos antes de 1998	> 8	?
Galicia	1993	1982	> 24	1993	–	–	–
La Rioja	1992	1981	> 25	1994	–	–	–
Madrid	1997	1986	> 20	1994	–	–	–
Murcia	1994	1983	> 23	1999	96/97/98	8-10	2009
Navarra	1993	1982	> 24	1993	–	–	–
País Vasco	1994	1983	> 23	2000	96/97/98/99	7-10	2010
Valencia	1989	1978	> 28	1994	–	–	–

*Si no se hizo recaptación amplia para cualquier mayor de 11 años.

**Si no se ha vacunado a cualquier susceptible nacido antes de la fecha de inicio vacunación. RN.

sería sorprendente la aparición, en nuestro país, de brotes epidémicos con el gran trasiego de ciudadanos procedentes de (y destinatarios a) países en los que la enfermedad es endémica. Ventajas añadidas serían: 1) la disminución a 3 actos vacu-

nales y 3 inyecciones (en vez de 5, respectivamente), en adolescentes, por sí difíciles de captar debido a su idiosincrasia, y 2) la superior eficacia frente a su administración simultánea por separado.