

REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. CIEGO DE AVILA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ”

TITULO: Intervención educativa para incrementar el nivel de vida de los pacientes y contactos de lepra. Policlínico Norte y Municipio Morón. 2007-2009.

AUTORA: Dra. Tania Alemán Martínez

Especialista de 1 grado en Medicina General Integral
Msc. En Enfermedades Infecciosas
Profesor Instructor

TUTOR: Dr. Erildo Frómeta Vazquez

Especialista de 1 grado en Dermatología
Msc. En Enfermedades Infecciosas
Profesor Asistente

ASESORA: Dra. Zonia Pestano Reyes

Especialista de 1 grado en Medicina del Trabajo
Profesor Asistente

**INFORME FINAL PARA OPTAR POR EL TITULO ESPECIALISTA DE 1 GRADO
EN DERMATOLOGÍA.**

CIEGO DE AVILA, 2010

Si existe una profesión que exija derroche de amor, dedicación y sacrificio es la medicina.

Si existe un profesional que exprese más alto grado de sensibilidad humana es el médico.

Fidel

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres, esposo e hija, sin cuya ayuda y apoyo tanto espiritual como material no hubiera sido posible dedicar mi tiempo al estudio

Al Dr. Erildo Frómeta Vázquez, Dra. Zonia Péstano Reyes y Dr. Eridán González Velázquez por permitirme su experiencia y poner todo su empeño y dedicación al buen desenvolvimiento de este trabajo.

A las enfermeras encuestadoras del Policlínico Norte del Municipio Morón, por el tiempo dedicado a esta investigación.

A todo el colectivo de trabajo del servicio de Dermatología del Hospital Morón por apoyarme siempre.

Y a otros muchos que me ayudaron que por su número no puedo relacionar.

DEDICATORIA.

A mi hija

Por ser mi mayor tesoro y alegría

A mis padres

Por guiarme siempre por el camino de la inquietud intelectual, por tantos años de desvelo y sacrificio, por su apoyo material y espiritual.

A mi esposo

Por su amor y dedicación.

A Fidel y a la Revolución.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre- experimental de intervención educativa antes-después con el objetivo de evaluar una estrategia de intervención educativa para incrementar el nivel de conocimientos sobre Lepra en enfermos y contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden, del policlínico Norte, municipio Morón, año 2007- 2009. El universo de trabajo fue de 43 personas, 7 enfermos de lepra y 36 contactos. Los resultados obtenidos en cuanto a nivel de conocimientos sobre la existencia de la Lepra en Cuba y su curabilidad mostraron que el 60.47% fueron evaluados de mal antes de la intervención educativa y el 100% fueron evaluados de bien después de ésta, con relación al nivel de conocimientos sobre las vías de transmisión, el riesgo familiar de contagio y la producción de deformidades, podemos observar que el 69.77% fueron evaluados de mal antes de la intervención y el 100 % fueron evaluados de bien después de la intervención. Según las manifestaciones clínicas de la lepra y las medidas de rehabilitación encontramos que antes de la intervención el nivel de conocimiento era malo en el 65.11% y 74.42% respectivamente, siendo éste evaluado como bueno en el 100% de los encuestados después de la intervención. Al evaluar el nivel de conocimiento general encontramos que antes de la intervención el 81.40% fueron evaluados de mal, el 18.60% de regular y nadie fue evaluado de bien, mientras que después de la intervención el 100% fueron evaluados de bien. Al realizar el análisis estadístico la media para el momento antes de la intervención fue de 58.39 por lo que la calificación del nivel de conocimiento fue de malo y después de la intervención la media subió a 88.48 por lo que los capacitados adquirieron un nivel de conocimiento bueno, se aprecia que la media difiere en ambos momentos por lo que la intervención aplicada fue efectiva y se cumple con los objetivos trazados en la investigación.

Palabras Clave: Lepra

Intervención educativa

ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	6
MARCO TEORICO	7
METODO	19
RESULTADOS.	33
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	45

INTRODUCCIÓN

La Lepra es una enfermedad infecto- contagiosa de evolución crónica que ataca con predilección la piel y los nervios periféricos.

Sus diversas manifestaciones clínicas e histopatológicas dependen de la reacción huésped-parásito, es decir, de los procesos alérgico-inmunitarios que determinan la resistencia del enfermo a la agresión bacilar.

Por otra parte, se trata de una enfermedad muy antigua; su existencia se remonta a 4300 años ANE. Los primeros casos se describieron en África Central; son los fenicios, conjuntamente con los egipcios y hebreos, los que difunden la enfermedad por las costas Mediterráneas y Atlánticas de Europa y África; más tarde la diseminan las Cruzadas por toda Europa. A pesar de su antigüedad, se trata de una enfermedad temida y desconocida, tanto por quienes la padecen, como por sus familiares. El origen en Cuba está relacionado con la esclavitud y la inmigración europea (1,2). El programa cubano para su control, modificado a partir de 1989, atribuye al Médico y Enfermero de la familia una función primordial en este sentido, e igualmente destaca la necesidad de desarrollar acciones de educación sanitaria con los pacientes y familiares, insistiendo en su curabilidad y la destrucción de los prejuicios al respecto y el estigma de permanecer toda la vida como enfermo (3, 4). Cada año se detectan en todo el mundo más de 600 mil nuevos casos, un 15% de los cuales son niños. La Organización Mundial de la Salud (OMS) espera que la Lepra sea eliminada, pero su erradicación será más difícil porque no existe una vacuna.

Los estudios clínicos e histopatológicos, con el apoyo de técnicas inmunológicas más actuales, e incluso de la bacteriología de la enfermedad (4,5), vislumbran aún una difícil batalla para reducir su incidencia o erradicarla.

Con el incremento de las enfermedades no transmisibles, se plantea que las actividades de control resultan ineficaces si no se tienen en cuenta las creencias, hábitos y costumbres de las personas involucradas en ellas, lo cual reviste gran importancia en relación con la Lepra, posiblemente la única de todas las afecciones transmisibles que por las deformidades o incapacidades físicas que provoca, todavía es motivo de rechazo social (4).

Es necesario identificar tanto las manifestaciones precoces como aquellas que hagan sospechar la presencia de la enfermedad, en cualquiera de sus estadios clínicos como: caída de la cola de las cejas, manchas de cualquier tipo y ulceraciones o pérdida de tejidos en diversas partes del cuerpo, calambres en brazos y piernas, sangramiento y obstrucción nasal sin causa conocida (4).

En el diagnóstico de la Lepra interviene un equipo formado por Dermatólogos, Epidemiólogos y el Médico de la Familia del paciente, quienes se basan en los resultados de los exámenes clínico, bacteriológico, histopatológico y epidemiológico para ello, pues el cuadro sintomático se reconoce con relativa facilidad en el período de estado, pero no así en la etapa preclínica. La detección precoz de la enfermedad es sumamente importante, tanto para el enfermo como para sus familiares y convivientes, por lo que todos debemos contribuir a su confirmación lo más tempranamente posible.

Durante siglos, la Lepra se mantuvo como una enfermedad incurable a pesar de conocerse desde antes de nuestra era, pero no fue hasta la década de 1980 cuando comenzó a aplicarse un tratamiento curativo, que ha sido poco asimilado independientemente de su difusión, incluso en nuestro país.

Una vez diagnosticada la afección, quien la padece comenzará a ser tratado con numerosos fármacos y a las pocas semanas dejará de actuar como fuente de infección de la enfermedad, al interrumpirse la cadena de transmisión; elemento que al conocerse estimula las inquietudes de sus familiares por confirmar exhaustivamente el diagnóstico.

En su evolución natural, la Lepra causa deformidades visibles y conduce a situaciones incapacitantes, que devienen el principal motivo de rechazo por parte de la sociedad y constituyen la mayor preocupación para los pacientes y sus familiares, puesto que aumentan con el tiempo en individuos no tratados, son permanentes y traen como consecuencia graves incapacidades para el trabajo y la vida social, lo cual no se produce en enfermos diagnosticados tempranamente y tratados (4).

Para una persona que padece Lepra, la actitud de la sociedad es un obstáculo mayor que el propio mal. La palabra Lepra basta para crear incapacidad social. Aunque el nivel de estigma es bajo en algunas áreas, sigue siendo alto en otras; sin embargo, existen evidencias alentadoras en muchas partes del mundo que indican que la implementación de la terapéutica multidroga, exclusivamente para pacientes ambulatorios, ha “normalizado” la enfermedad en muchos lugares del mundo, y disminuido en gran medida el nivel de estigma (4, 6).

Con dicho tratamiento temprano –por un año, centrado en tres fármacos (Dapsona, Rifampicina y Clofacimina) que garantiza la Organización Mundial de la Salud y controla en Cuba el médico de la familia– se previenen las discapacidades que podría provocar la Lepra, y a muy poco de iniciada la medicación se corta el contagio(6 - 9).

En 1990 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la propuesta de “*Eliminar la Lepra* como problema de salud pública” para el año 2000, lo que se definió como la reducción de la tasa de prevalencia a cifras inferiores a 1 por 10 000 habitantes, por lo que esta meta no significa la erradicación de la enfermedad ni la interrupción de la transmisión, sino la reducción de la prevalencia a niveles muy bajos, en los que se considera que el potencial de transmisión es muy limitado.

Una de las acciones fundamentales en la estrategia de eliminación de la Lepra es la estratificación, metodología esta que permite identificar territorios geográficos y grupos poblacionales que por su situación epidemiológica, espacial o ambas,

deben ser priorizados para un determinado programa o actividad, con el objetivo de lograr el mayor impacto posible con la menor inversión de recursos. En el caso de la Lepra se suma un hecho aceptado universalmente, aunque no profundamente explicado; existen diferencias importantes entre los países, las provincias y los municipios; incluso entre diferentes barrios y comunidades incluidos en una misma unidad político-administrativa (10 -13).

En el 2005 en el hemisferio occidental se registran 336 mil casos al año. Las cifras mundiales acusan unos 5,25 millones de casos denunciados mientras los afectados sumarían 10 millones. Según la doctora Laura C Hurtado, dermatóloga-jefa del Programa de Control de Lepra en el municipio habanero de Arroyo Naranjo, contrario a lo que muchos piensan, aún con una tasa de menos de uno por cada 10 mil habitantes, la enfermedad se halla entre nosotros. Conforme al pronóstico de que cada año se diagnostican en Cuba entre 200 y 300 nuevos casos de Lepra, un total de 266 pacientes siguieron tratamiento médico en la Isla durante el 2004, período en el que se registraron 17 nuevos reportes en la provincia de Ciudad de La Habana, dos más que en el año anterior(7)

La prevención primaria de la enfermedad debe partir de la detección y diagnóstico rápido, el adecuado control y tratamiento de casos.

Resulta de gran importancia proporcionar educación sanitaria y se debe destacar la disponibilidad de múltiples medicamentos para el tratamiento, la ausencia de transmisibilidad en pacientes sometidos a tratamiento continuo, así como la prevención de incapacidades físicas y sociales (14 -16).

Resultan extremadamente pobres las experiencias de intervención con enfermos de Lepra y sus familiares, e incluso en otras poblaciones, en relación con este tema; expresión inequívoca del rechazo que aún muestra el personal médico hacia esta entidad.

Valorando la importancia de transmitir información sobre aspectos medulares de la Lepra a enfermos y familiares en un área de salud, así como modificar sus

conocimientos sobre la entidad, se halló más que justificado realizar este trabajo sobre el tema.

¿Cómo se logrará incrementar los conocimientos de los enfermos de Lepra del Policlínico Norte del municipio Morón, así como de los contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden?

La hipótesis de nuestra investigación es: Si se aplica una estrategia de intervención educativa en pacientes enfermos de Lepra y sus contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden, del policlínico Norte del municipio Morón se incrementaran sus conocimientos sobre la enfermedad y de esta forma mejoraremos su calidad de vida.

Para poder llevar a cabo nuestra investigación y elevar el nivel de conocimiento de los enfermos de Lepra y sus contactos nos trazamos los siguientes objetivos.

OBJETIVOS

I General

1.1 Evaluar una estrategia de intervención educativa para incrementar el nivel de conocimientos de los enfermos de Lepra del Policlínico Norte del municipio Morón, así como de los contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden, sobre su enfermedad.

II Específicos

2.1- Caracterizar los pacientes en estudio según: edad, sexo y escolaridad.

2.2- Identificar nivel de conocimientos de los pacientes en estudio antes y después de la intervención educativa en cuanto a:

- Existencia de la Lepra en Cuba
- Curabilidad de la enfermedad
- Vías de transmisión
- Riesgo familiar de contagio
- Producción de deformidades
- Manifestaciones clínicas
- Medidas de rehabilitación

2.3- Evaluar el nivel de conocimientos general de los pacientes en estudio acerca de la Lepra antes y después de la intervención educativa.

MARCO TEORICO

La palabra griega Leprus significa descamación, denominación desafortunada que ha permanecido durante milenios para designar a varios males.

El temor que durante centurias ha infundido la Lepra se debe primordialmente a que desde hace siglos la Biblia identifica a varios procesos patológicos cutáneos con la Lepra, y a ésta con la impureza y el castigo por los pecados, no se le consideraba un padecimiento sino que los enfermos eran tenidos por hijos del Dios del mal en algunas culturas y como una maldición o un castigo divino en otras. En lo que sí todas las culturas y religiones coinciden desde sus antiguos textos es en las penas que causaba a sus víctimas, tanto clínica como socialmente. Este fondo socio-religioso ha producido una pesada carga de temor, que en realidad no tiene justificación en los niveles actuales de la ciencia médica (16).

Hubo una etapa en que cuando los leprosos morían se les untaba cera por todo el cuerpo para separarlos así de la tierra, y desnudos se colocaban en las llamadas torres del silencio para que las aves de rapiña los devoraran.

Los infectados se convirtieron en protagonistas de las más disímiles e irracionales fantasías creadas por la imaginación popular y de represalias absurdas, tanto por las autoridades como por las comunidades en las que vivían.

Los llagados sufrieron confiscaciones de todos sus bienes y se les privó del derecho a heredar; hijos y otros familiares eran discriminados ante el temor de que contagiaran a las comunidades; además, a los solteros se les prohibía casarse y en ocasiones eran condenados a morir sometidos a terribles castigos.

A la mayoría se les sacó y alejó de las ciudades y los obligaron a vestirse con ropas de tela gruesa, que les cubría todo el cuerpo, y a usar un bastón para

señalar con él lo que querían adquirir y una campanilla para anunciar su condición de leprosos.

Tal era el desprecio que existía por estos enfermos, que un texto del siglo XI expresa: “Que se oculte y viva en un lecho de estiércol con los perros sarnosos y los animales inmundos ése cuyo cuerpo está lleno de pústulas, semejantes a las burbujas de aire infecto que surgen de los pantanos y revientan en la superficie porque ofenden a la luz. Que se arroje a pedradas de los pueblos y que se cubra de basura a él, basura viviente”.

Ante esa situación de persecución a que fueron sometidos, algunas órdenes religiosas crearon leprosorios, o sitios para internarlos, bien alejados de las poblaciones.

Las inmigraciones europea primero y africana después trajeron la Lepra al archipiélago cubano, porque no se han encontrado evidencias de que los aborígenes la padecieran, según la referencia de los historiadores sobre la medicina en Cuba. Se señala que Colón así como los conquistadores y colonizadores que llegaron posteriormente, siempre vinieron acompañados de médicos o religiosos que conocían las características de la enfermedad y ninguno de ellos la reconoció entre los nativos. La primera referencia escrita sobre la presencia de leprosos en Cuba data del 17 de enero de 1613. Entonces el cabildo habanero denunció la aparición de cuatro a seis personas enfermas con el mal de San Lázaro, que se encontraban deambulando libremente por las calles con gran daño para la ciudad y sus vecinos, por ser una enfermedad contagiosa, por lo que solicitaban la salida de estos enfermos de la ciudad y de la Isla (16,17).

La Lepra continuó su ascenso y aparecieron nuevos enfermos nativos y llegados del exterior, sin que las autoridades sanitarias de la época tomaran las medidas profilácticas para ayudar a los propios enfermos y proteger a la población sana.

Fue a partir de 1629 cuando comienza a dársele un nuevo enfoque a la Lepra. Desde entonces hubo cierta preocupación por algunos médicos e investigadores en buscar cómo combatir este padecimiento, y ello llevó a preparar fórmulas

utilizando productos naturales, fundamentalmente cubanos, en bálsamos, jabones, píldoras e infusiones. Por años se utilizaron guano, cuichunchillí, zarzaparrilla de palito, hidrocotyla asiática, aceite de chaulmoogra y mangle rojo, pero sin lograr con ellos eliminarla.

Además se crearon leprosorios en varios sitios del país, dentro de los que destaca el ubicado en Rincón, en Santiago de las Vegas, inaugurado en 1917 (1,2). La Lepra estuvo dentro de las dolencias que primero recibieron atención priorizada tras el triunfo de la Revolución, y desde 1989 existe un nuevo programa de control que les atribuye al médico y a la enfermera de la familia la función primordial en este sentido. Además, destaca la necesidad de desarrollar acciones de educación sanitaria con los pacientes y sus familias, insistiendo en su curabilidad y la destrucción de los prejuicios al respecto y el estigma de permanecer toda la vida como enfermo (1- 4).

En la actualidad se define la Lepra como una enfermedad granulomatosa, infecto-contagiosa de evolución crónica, producida por el *Mycobacterium Leprae* o bacilo de Hansen, que se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas y de los nervios periféricos, pudiendo afectar otras estructuras como las mucosas y las vísceras.

Sus manifestaciones clínicas están en dependencia de la capacidad de la respuesta inmunitaria mediada por células o la aparición de reacciones inmunológicas desfavorables, ya sea por inmunidad celular o por inmunocomplejos que se observan en la mayoría de las formas clínicas de la Lepra y puede llevar al sujeto a las deformidades y a la discapacidad.

El agente patógeno es el *Mycobacterium Leprae*, descubierto por Armauer Hansen, en Bergen, Noruega, en 1873. Este fue el primer bacilo identificado como causante de una enfermedad crónica. Es una bacteria grampositiva, ácido-alcohol resistente, parecido al bacilo de la Tuberculosis. Contiene un glicolípido fenólico que es específico de esta bacteria, también tiene otros antígenos comunes con otras micobacterias y nocardias. El bacilo de Hansen nombrado así en honor a su

descubridor, puede presentarse en diferentes formas, se encuentra dentro de los histiocitos y células epitelioides, agrupado en masas compactas de color rosa brillante, conocidas con el nombre de globis, de gran valor diagnóstico al diferenciarlas de otras micobacterias. Estas estructuras pueden contener hasta 400 bacilos, los cuales pueden aparecer irregularmente teñidos, con aspecto granuloso, cuya naturaleza es motivo de discusión, pues se consideran como formas degenerativas o muertas, por la acción de los tratamientos o de la respuesta inmunológica del sujeto.

Cuando aparecen uniformemente teñidos, se consideran formas bacilares vivas. Estas denominaciones han servido de base para la determinación del índice morfológico que se utiliza en el control de la efectividad del tratamiento y para conocer la infecciosidad del enfermo, los bacilos mal teñidos se consideran como formas no viables.

Los bacilos son escasos en las formas de Lepra paucibacilares y muy abundantes en las multibacilares, sobre todo en los lepromas, la linfa auricular, la zona de extensión de los antebrazos, el moco nasal, los ganglios linfáticos y otras estructuras afectadas. A pesar que el descubrimiento de este germen data desde hace más de un siglo, aún no se ha podido cultivar en los medios artificiales de laboratorio.

El *Mycobacterium Leprae* es un organismo intracelular obligado, que tiene especial afinidad por las células del sistema reticuloendotelial y por las células de Schwann. Su patogenicidad es muy baja (17).

Estudios recientes postulan que la fuente más importante de expulsión de los bacilos al medio son las vías respiratorias superiores de pacientes multibacilares.

Todavía no está claro cómo se transmite la Lepra. El vivir en la misma casa y el nexu íntimo con una persona enferma aumentaría el riesgo. Las bacterias se

transmitirían por el contacto con las descargas de la nariz del infectado. Los objetos contaminados también podrían tener un peso en esa transmisión (17,18)

Con todo, la Lepra es quizás de entre todas las dolencias infecciosas la menos contagiosa. Cualquier persona puede infectarse, pero no es tan fácil, el *Mycobacterium Leprae* es de baja virulencia, para enfermar de Lepra es preciso estar genéticamente predispuesto para adquirirla: un factor de resistencia natural a la lepra está presente en el ¡95% de la población! Así la Lepra constituye hoy un problema de salud sólo allí donde la falta de nutrición conduce a una merma de la resistencia a éste y a otros males (6 - 9).

En sujetos susceptibles, una vez en contacto con el bacilo, parte de estas bacterias quedan en el tejido conectivo y parte son fagocitadas por las células que las transportan a los ganglios linfáticos, y se difunden por el torrente sanguíneo para alcanzar la piel y los nervios periféricos. Aquí entran en juego la agresividad del bacilo y la inmunidad del sujeto, de esta relación va a resultar la evolución de la infección.

Si se realiza una punción del ganglio en un sujeto contacto de un caso de Lepra multibacilar se puede encontrar el *Mycobacterium Leprae*, aunque no presente manifestaciones clínicas de la enfermedad. Esta etapa se conoce con el nombre de microbismo latente de Gougerot.

Si los bacilos sobreviven y se multiplican es un índice de que el sujeto presentará alguna forma de Lepra. Generalmente la enfermedad comienza en una fase temprana como una Lepra indeterminada, que puede curar con tratamiento o hacerlo espontáneamente, puede persistir indefinidamente o puede evolucionar a otras formas clínicas, en dependencia del estado inmunitario del sujeto (17,19)

En 1847, Danielssen y Boeck hicieron el primer intento de clasificación de la Lepra en sus formas típicas nodular y anestésica. En 1895, Hansen y Loefft clasificaron la enfermedad en dos tipos clínicos: el tuberoso y el maculo-anestésico. Virchow en

1864 describió la forma clínica lepromatosa y Jadassohn, en 1905, la forma tuberculoide. Después de múltiples propuestas de clasificación en el V Congreso Internacional de Leprología, celebrado en la Habana en 1948, se adoptó a propuesta de los dermatólogos latinoamericanos la clasificación de la que surgió el grupo indeterminado y donde Ravelo y la escuela sudafricana promovieron la clasificación en 2 tipos polares: lepromatoso (L) y tuberculoide (T), basados en criterios clínicos, bacteriológicos inmunológicos e histopatológicos.

Posteriormente en el VI Congreso Internacional de Leprología, celebrado en Madrid en 1953, se reconoció la existencia de una forma clínica no clasificada en los dos grupos polares ni en el grupo indeterminado (I), que fue denominada borderline por Wade, indiferenciada por Lowe y limítrofe o bipolar por Leprólogos brasileños. El Congreso adoptó la denominación de grupo dimorfo (D).

El comité de Clasificación del Congreso recomendó el reconocimiento de 2 tipos de Lepra: lepromatosa y tuberculoide; se mantuvo el concepto de polaridad, así como los 2 grupos: indeterminado y dimorfo o borderline.

La clasificación de Madrid se mantiene vigente por ser práctica y adecuada para los programas de control de la enfermedad; no obstante se acepta la clasificación propuesta por Ridley y Jopling en 1966, que divide la enfermedad en 5 grupos de acuerdo con el espectro inmunológico, y estos se correlacionan con la clasificación de Madrid. Reconoce las expresiones inmunopatológicas polares de las 2 formas clínicas de la Lepra: Lepromatosa (LL) y tuberculoide (LT) y un espectro intermedio de manifestaciones variables, denominado borderline lepromatoso (BL), borderline borderline (BB), borderline tuberculoide (BT). También se reconoce la forma indeterminada (I), cuya evolución va a estar decidida por el substrato inmunológico del sujeto. En general se denominan formas clínicas de la Lepra, en un espectro que va del polo lepromatoso al polo tuberculoide (17,20).

En 1981, el Grupo de Estudio sobre Quimioterapia de la OMS, clasificó los pacientes con Lepra según la positividad de los exámenes bacteriológicos, en Lepra multibacilar y paucibacilar, que se tomó como base para la aplicación de la poliquimioterapia; teniendo en cuenta las posibles dificultades para la realización y

lectura de los exámenes bacteriológicos se orientó una clasificación basada en criterios clínicos, en la que se toma en cuenta el número de lesiones cutáneas y el número de área afectada. Se acepta que el estado inmunitario del enfermo está en relación inversa con el número de lesiones o de área afectada, de manera que los pacientes multibacilares presentan generalmente mayor número de lesiones y áreas tomadas que los pacientes paucibacilares.

De acuerdo con estos criterios y teniendo en cuenta el número de lesiones, el Comité recomienda la clasificación en 3 grupos:

- ❖ Lepra paucibacilar (lesión única)
- ❖ Lepra paucibacilar (de 2 a 5 lesiones)
- ❖ Lepra multibacilar (más de 5 lesiones)

En el diagnóstico de la Lepra se miden varios parámetros que difieren según la forma clínica de la enfermedad y son el clínico, epidemiológico, bacteriológico, histopatológico e inmunológico, éste último menos aplicado en la actualidad.

De manera general la Lepra suele tener como síntomas iniciales la aparición de manchas hiperpigmentadas o hipopigmentadas acompañadas de trastornos de la sensibilidad en una zona de la piel, que puede ir desde la hipersensibilidad, hiposensibilidad hasta la anestesia franca, la piel se torna seca, los nervios periféricos pueden estar engrosados. En la forma lepromatosa hay infiltración de grandes áreas cutáneas; las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta son invadidas por un gran número de microorganismos. Debido a la afectación de los nervios, los músculos sufren parálisis. La pérdida de la sensibilidad que acompaña a la destrucción de los nervios provoca lesiones de las que el sujeto no se percata debido a la insensibilidad que padece. Esto puede conducir a infecciones secundarias, a la sustitución de tejido sano por tejido cicatriciales, y a la destrucción o la reabsorción del hueso. La desfiguración típica que sufre el sujeto con Lepra, como la pérdida de extremidades debido a la lesión ósea, a la llamada facie leonina en la que el rostro se asemeja al de un león con gruesos nódulos cutáneos, son signos avanzados de la enfermedad, que hoy

permite evitar el tratamiento precoz (17,21).

En 1990 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la propuesta de “*Eliminar la Lepra* como problema de salud pública” para el año 2000, lo que se definió como la reducción de la tasa de prevalencia a cifras inferiores a 1 por 10 000 habitantes, por lo que esta meta no significa la erradicación de la enfermedad ni la interrupción de la transmisión, sino la reducción de la prevalencia a niveles muy bajos, en los que se considera que el potencial de transmisión es muy limitado. No se cumplió el plazo, se pospuso hasta 2002, y esa meta aún en el 2005 no se había alcanzado.

Las razones por las que no se consiguió la eliminación de la Lepra en los plazos previstos por la OMS aún persisten en las zonas más afectadas. La manifiesta relación, todavía hoy, entre pobreza y lepra; las dificultades para abordar el problema en zonas urbanas y la falta de una estrategia clara una vez alcanzado el objetivo a escala nacional convierten la eliminación definitiva en una empresa tremendamente ardua.

Durante demasiado tiempo, la lucha contra la Lepra ha sido excesivamente lenta, y nada proporcional respecto al desafío que supone. Tras las recomendaciones propuestas por la OMS, los gobiernos de los países afectados se han volcado en lograr una tasa nacional inferior a un caso por cada 10.000 habitantes, olvidando en muchas ocasiones la presencia de la enfermedad en el ámbito regional. Sobre todo en las zonas rurales y urbanas más degradadas. Si alcanzan ese objetivo a escala nacional, es probable que destinen menos presupuesto aún a las zonas afectadas por la prevalencia oculta. Debemos hacer frente a esta enfermedad hasta el final, sin desatender a los miles de afectados que continuarían existiendo. No podemos olvidarnos de ellos si queremos eliminar la Lepra definitivamente (10, 11).

Se corre el peligro de repetir la situación que se produce en países como Ecuador desde la década de los ochenta. En 1989, este país alcanzó un índice nacional del

0,9; pero aún existen zonas en las que se superan los cuatro casos por cada 10.000 habitantes. El riesgo se plantea sobre todo en países como la India o Brasil, que suman más del 80% de los casos detectados en el mundo y tienen unas de las tasas de prevalencia oculta más altas.

En pleno siglo XXI, hasta el año 2005, había unos tres millones de discapacitados a causa de esta enfermedad, y cerca de un millón de personas están siguiendo el tratamiento de cura. Pero es incalculable el número de casos que aún no han sido detectados, a pesar de que cada año se descubren más de 600.000: uno cada minuto.

La Lepra debía haber desaparecido de la faz de la Tierra, tal y como ha ocurrido en los países más desarrollados, pero aún perdura en las zonas más degradadas del planeta. Algo incomprensible si se tiene en cuenta que existe un tratamiento de cura fiable desde 1982, que se aplica de manera generalizada desde 1987, y que es gratuito desde hace una década. Algo irracional si se considera que, en la mayoría de los países en los que la enfermedad es endémica, los ministerios de salud no la integran en sus servicios sanitarios. Y, sobre todo, algo ilógico ya que la lepra podría ser tratada fácilmente si perdiera su secular característica de enfermedad maldita.

Lejos de lo que siempre se ha creído, y a pesar de ser una enfermedad infecciosa, la lepra no se contagia fácilmente ni es hereditaria. Tienen que darse unas condiciones muy determinadas para que el bacilo de Hansen, causante de la enfermedad, se transmita entre personas: carencia de higiene, mala alimentación, hacinamiento, larga y continúa intimidad con el enfermo... Pero el rechazo que todavía rodea a esta enfermedad, la inaccesibilidad de las zonas donde habitan muchos de los afectados, las migraciones hacia las grandes ciudades y la falta de formación específica del personal médico propicia la vigencia de esta enfermedad (12).

Las dificultades a la hora de enfrentarse a la lepra han ido evolucionando a lo largo del tiempo, pero mantienen un constante lastre del pasado. Si en los albores de la era moderna el mayor obstáculo era la inexistencia de un método de cura, hoy en día el problema se centra en creencias y circunstancias que deberían estar superadas. Países que, debido a intereses comerciales, no reconocen tener Lepra dentro de sus fronteras, enfermos marginados por el estigma y el rechazo social... son factores que dificultan enormemente una actuación efectiva y definitiva.

A pesar de que en los últimos veinte años han sido curados más de doce millones de casos, la lepra continúa vigente en las zonas más pobres del planeta. Y tan sólo uno de cada tres enfermos tiene acceso al tratamiento que logra negativizar la enfermedad. Una de las grandes pretensiones para eliminar la Lepra es la integración de la enfermedad en los sistemas nacionales de salud de los países afectados, y tratarla como una afección más. Pero la limitada cobertura médica, la escasez de personal sanitario especializado y la escasez de medios son los escollos a salvar.

Esta enfermedad supone una traba para el desarrollo social de las comunidades afectadas y, por ende, de todo el país. Por eso, es necesario continuar realizando campañas de prevención efectivas, formar a personal sanitario, desarrollar programas de detección precoz y localización de casos ocultos, sensibilizar a la población en riesgo, afectados y sus familiares, fomentar la creación de centros de referencia y su integración en los servicios de salud nacionales... En suma, llevar a cabo un trabajo exhaustivo de cara a conseguir la eliminación total (22,23).

Una de las acciones fundamentales en la estrategia de eliminación de la Lepra es la estratificación, metodología esta que permite identificar territorios geográficos y grupos poblacionales que por su situación epidemiológica, espacial o ambas, deben ser priorizados para un determinado programa o actividad, con el objetivo de lograr el mayor impacto posible con la menor inversión de recursos. En el caso de la Lepra se suma un hecho aceptado universalmente, aunque no profundamente explicado; existen diferencias importantes entre los países, las

provincias y los municipios; incluso entre diferentes barrios y comunidades incluidos en una misma unidad político-administrativa (10 -13)

En el 2005 en el hemisferio occidental se registran 336 mil casos al año. Las cifras mundiales acusan unos 5,25 millones de casos denunciados mientras los afectados sumarían 10 millones

Según la doctora Laura C Hurtado, dermatóloga-jefa del Programa de Control de Lepra en el municipio habanero de Arroyo Naranjo, contrario a lo que muchos piensan, aún con una tasa de menos de uno por cada 10 mil habitantes, la enfermedad se halla entre nosotros. Conforme al pronóstico de que cada año se diagnostican en Cuba entre 200 y 300 nuevos casos de Lepra, un total de 266 pacientes siguieron tratamiento médico en la Isla durante el 2004, período en el que se registraron 17 nuevos reportes en la provincia de Ciudad de La Habana, dos más que en el año anterior(7).

La prevención primaria de la enfermedad debe partir de la detección y diagnóstico rápido, el adecuado control y tratamiento de casos.

Resulta de gran importancia proporcionar educación sanitaria y se debe destacar la disponibilidad de múltiples medicamentos para el tratamiento, la ausencia de transmisibilidad en pacientes sometidos a tratamiento continuo, así como la prevención de incapacidades físicas y sociales (14 -16, 24,25).

En un estudio realizado en un municipio de Santiago de Cuba puede inferirse que la Lepra es temida porque resulta desconocida razón que justifica incrementar su divulgación a enfermos y familiares y generalizar estas intervenciones en otras áreas de salud (4).

Otros estudios realizados (13, 26, 27,28) demostraron un pobre conocimiento sobre la enfermedad, así como pocos entrevistados aseguraron que la Lepra se cura; igualmente opinaron que es una enfermedad estigmatizante.

En el municipio Limonar se realizó un estudio para evaluar el nivel de conocimientos de la población acerca de la Lepra y puede decirse que existe desconocimiento por parte de la población acerca de la enfermedad, y se encuentra relación significativa entre este, el sexo femenino y la escolaridad (30).

Investigadores del mundo coinciden en afirmar que la estrategia de búsqueda activa tiene una relación costo-eficiencia disminuida, ya que de forma masiva o individual, se invierten demasiados recursos materiales y tiempo, y no existe ninguna certeza de que se diagnostiquen todos o la mayoría de los casos posibles, debido a la diversidad de manifestaciones, a veces asintomáticas, y a los extensos períodos de incubación de la enfermedad. Ante esta situación se impone la información desprejuiciada y la educación progresiva de toda la población, para lograr que, aumentando el conocimiento adecuado sobre esta enfermedad en cuanto a síntomas precoces, curabilidad y prevención de las secuelas, aquellos que se vean afectados en cualquier etapa de su vida sean capaces de acudir a los servicios médicos para descartar o no la presencia de Lepra (29,30).

Por todo lo antes expuesto se deben realizar estudios, con el objetivo de evaluar el nivel de los conocimientos de la población sobre esta enfermedad, como una forma de conocer si realmente nos estamos acercando a los objetivos propuestos de erradicación; o si el diagnóstico escaso, esporádico y a veces nulo de esta enfermedad obedece a falta de visión epidemiológica e integradora y a la necesidad de profundizar en la educación sanitaria de nuestra población.

Son muy pocos los estudios que se realizan actualmente nacional e internacionalmente en los que se evalúe el componente educativo de los programas de control de esta enfermedad, y se olvida que si se tienen conocimientos adecuados acerca de ella, se favorece el cambio de actitud ante los prejuicios y se ayuda a que los pacientes acudan al médico frente a los primeros síntomas. Este hecho de ser extremadamente pobres las experiencias de intervención con enfermos de Lepra y sus familiares es expresión inequívoca del rechazo que aún muestra el personal médico hacia esta entidad, por ello

decidimos realizar esta investigación.

METODO

Se realizó un estudio pre- experimental de intervención educativa antes-después con el total de pacientes enfermos de Lepra del Policlínico Norte del municipio Morón, así como con los contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden, con el objetivo de evaluar una estrategia de intervención educativa para incrementar su nivel de conocimientos acerca de la Lepra, durante el periodo comprendido desde el 1º de marzo del 2007 hasta el 1º de septiembre del 2009.

El universo de trabajo estuvo conformado por 43 personas, todos los pacientes enfermos de Lepra del Policlínico Norte del municipio Morón (7), así como por los contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden (36).

A dichos pacientes en estudio se les aplicó una encuesta (Anexo N° 2), previa discusión y aprobación por los autores de la investigación, con el fin de identificar sus necesidades de aprendizaje y así diseñar un programa educativo según los resultados encontrados. Una vez establecidos los temas y objetivos del programa educativo se procedió a ejecutar la intervención en un local adecuado, con buena iluminación, ventilación, empleando materiales didácticos que facilitaron la comprensión como: láminas, pancartas, pizarrón, retroproyector y computadora. Se determinó el número de sesiones necesarias para lograr el principal objetivo: elevar los conocimientos sobre la enfermedad y de esta forma mejorar la calidad de vida de estos enfermos y sus familiares en dependencia de las necesidades de aprendizaje y del propio paciente.

Una vez impartido el programa educativo se aplicó nuevamente la encuesta diseñada (Anexo N° 2) y se compararon los conocimientos de estos pacientes antes y después de la intervención.

Operacionalización de variables por objetivo:

Objetivo N° 1:

Edad: variable cuantitativa continua.

Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica.

Escolaridad: variable cualitativa nominal politómica.

Variable	Escala	Descripción
Edad	0 – 4	Según edad biológica
	5 – 9	
	10 -14	
	15 – 19	
	20 – 59	
	60 – 74	
	75 y más	
Sexo	Masculino	Según sexo biológico de pertenencia
	Femenino	
Escolaridad	Primaria sin terminar	Según último grado aprobado.
	Primaria terminada	Con 6° grado aprobado.
	Secundaria	Con 9° grado aprobado.
	Pre universitario	Con 12° grado aprobado.
	Universitario	Con carrera universitaria terminada.

Objetivo N° 2:

Variable dependiente:

Conocimiento acerca de la Lepra: Adquisición a través de la vida de temas relacionados con dicha enfermedad.

Operacionalización de esta variable:

Conocimientos sobre la Lepra en los pacientes y contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden en cuanto a:

- Poseer conocimientos sobre la existencia de la Lepra en Cuba.
- Poseer conocimientos sobre la curabilidad de la enfermedad.
- Poseer conocimientos sobre las vías de transmisión.
- Poseer conocimientos sobre el riesgo familiar de contagio.
- Poseer conocimientos sobre la producción de deformidades.
- Poseer conocimientos sobre las manifestaciones clínicas.
- Poseer conocimientos sobre las medidas de rehabilitación.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluará los mismos.

Clave de calificación

Para la evaluación de las preguntas se establecieron calificaciones de Bien, Regular y Mal, teniendo en cuenta las preguntas desde la número 4 hasta la 7.

Pregunta #4

Tiene un valor de 20 puntos. Cada inciso vale 5 puntos.

Los incisos correctos son: a y d.

Los incisos incorrectos son: b y c.

Se considerarán evaluados de:

Bien: Los que obtengan más de 15 puntos.

Regular: Los que obtengan de 10 a 15 puntos.

Mal: Los que obtengan menos de 10 puntos.

Si no marca ninguno de los incisos o los marca todos se considerará evaluado de mal.

Pregunta #5

Por ser la pregunta más compleja que evalúa tres de las variables en estudio tiene un valor de 40 puntos.

Los incisos correctos son: d, e, f, h y tienen un valor de 7.5 puntos cada uno.

Los incisos incorrectos son: a, b, c, g, i, con un valor de 2 puntos cada uno.

Se considerarán evaluados de:

Bien: Los que obtengan de 30 a 40 puntos.

Regular: Los que obtengan de 20 a 29 puntos.

Mal: Los que obtengan menos de 20 puntos.

Si no marca ninguno de los incisos o los marca todos se considerará evaluado de mal.

Pregunta #6

Tiene un valor de 20 puntos. Cada inciso vale 2 puntos.

Los incisos correctos son: a, b, c, d, f.

Los incisos incorrectos son: g, h, i, j.

Se considerarán evaluados de:

Bien: Los que obtengan 16 puntos o más.

Regular: Los que obtengan de 8 a 15 puntos.

Mal: Los que obtengan menos de 8 puntos.

Si no marca ninguno de los incisos o los marca todos se considerará evaluado de mal.

Pregunta #7

Tiene un valor de 20 puntos. Cada inciso vale 2 puntos.

Los incisos correctos son: a, b, c, f, g, h, i.

Los incisos incorrectos son: d, e, j.

Se considerarán evaluados de:

Bien: Los que obtengan 16 puntos o más.

Regular: Los que obtengan de 8 a 15 puntos.

Mal: Los que obtengan menos de 8 puntos.

Si no marca ninguno de los incisos o los marca todos se considerará evaluado de mal.

Para evaluar el nivel de conocimiento general se consideró la siguiente Escala de calificación.

Nivel de conocimiento bueno: Los que obtengan entre 80-100 puntos

Nivel de conocimiento regular: Los que obtengan entre 60-79 puntos

Nivel de conocimiento malo: Los que obtengan menos de 60 puntos

Objetivo N° 3:

Nivel de conocimiento general: variable cualitativa nominal politómica

Nivel de	Bueno	Cuando obtenga una calificación de 80-100
Conocimiento		puntos según la clave.
	Regular	Cuando obtenga una calificación de 60- 79
		puntos según la clave.
	Malo	Cuando obtenga una calificación menor de
		60 puntos según la clave.

Variable independiente:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva para lograr cambios de comportamiento específicos y sostenidos en sectores de la población. Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Operacionalización de esta variable:

Centrado en el sujeto: Los pacientes enfermos de Lepra y sus contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden del área norte de Morón son el centro de la actividad, siendo sujeto y objeto a la vez.

Ética

Esta investigación se realizó de acuerdo a los cuatro principios básicos de la ética:

el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, obteniendo el consentimiento informado de los pacientes en estudio o sus responsables o tutores.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico.

- ❖ Análisis– síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- ❖ Análisis histórico– lógico: Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre la Lepra.
- ❖ Inducción- deducción: Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

Métodos empíricos:

- ❖ La observación: Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un problema de intervención educativa que logre resolver el objetivo general de la investigación.
- ❖ La encuesta o instrumento (Anexo 2): Se utilizó como técnica para la obtención de la información dada sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a los enfermos de Lepra y sus contactos intradomiciliarios de primer orden, para evaluar los conocimientos de los mismos acerca de la Lepra. La misma fue validada en un pilotaje de 10 personas que intervienen en el estudio de acuerdo a los objetivos propuestos por nuestros investigadores, en el periodo de estudio antes mencionado.
- ❖ El procesamiento estadístico: Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del pre test y post test aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico

SPSS para Windows y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2007.

Los datos obtenidos de la encuestas fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizo el Test de comparación de medias⁽³⁵⁾ para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha=0.05$. Para el análisis estadístico de la hipótesis usamos que:

$H_0: \mu_a = \mu_d$ Las medias son iguales en ambos momentos

$H_1: \mu_a \neq \mu_d$ Las medias difieren en ambos momentos

Estadígrafo de prueba:

$$Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

Entonces la regla de decisión sería rechazar H_0 si la $Z_{\text{observada}} > Z_{\text{tabulada}}$ ($Z_0 > Z_{1-\alpha/2}$), en caso de utilizar un software estadístico se rechazara la H_0 si la probabilidad asociada al estadígrafo ($p < \alpha$). Se calcularon también los Intervalos de confianza para la media:

$$\bar{x} \pm Z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

La hipótesis de nuestra investigación es: Si se aplica una estrategia de intervención educativa en pacientes enfermos de Lepra y sus contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden, del policlínico Norte del municipio Morón se incrementaran sus conocimientos sobre la enfermedad y de esta forma mejoraremos su calidad de vida.

Se redacto un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego.

Diseño metodológico de la intervención educativa.

La intervención educativa es un sistema de actividades educativas efectiva para lograr cambios de comportamiento específicos y sostenidos en sectores de la población. Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Título: Programa educativo para incrementar el nivel de conocimientos sobre la Lepra en pacientes y contactos:

Fundamentación: Teniendo en cuenta que resultan extremadamente pobres las experiencias de intervención con enfermos de Lepra y sus contactos y la importancia de transmitir información sobre aspectos medulares de la enfermedad se decidió evaluar el impacto de una estrategia de intervención educativa en los pacientes enfermos de Lepra del policlínico Norte del municipio Morón y sus contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden.

Objetivo general: Diseñar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en los pacientes enfermos de Lepra del policlínico Norte del municipio Morón y sus contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden, sobre su enfermedad y de esta forma mejorar su calidad de vida.

Objetivos específicos:

- 1.-Identifica el nivel de conocimientos de los participantes en el estudio con relación a la Lepra antes de la intervención.
- 2.-Diseñar un plan estratégico de capacitación para enfermos de lepra y sus contactos.
- 3.-Evaluar el nivel de conocimientos adquiridos después de la intervención.

Requisitos de ingresos: Pacientes enfermos de Lepra del policlínico Norte del municipio Morón y sus contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden.

Duración: Los encuentros se realizaron semanales y con periodo de tiempo de 2 meses. El grupo recibió un total de 9 encuentros.

Perfil del egresado:

El egresado de este curso contará con el conocimiento necesario acerca de la Lepra permitiéndole esto el mejor conocimiento sobre su enfermedad y el mejoramiento de su calidad de vida.

Estructura del plan de estudio y aspectos organizativos:

Semanas lectivas: 9

Frecuencia semanal: Los encuentros se realizaron con una frecuencia semanal y con periodo de tiempo de 2 meses por lo que el grupo recibió un total de 9 encuentros.

Total de horas: 18 horas

Se realizó en el Policlínico Norte del municipio Morón con una matrícula de 43 personas.

El mismo se planificó de la siguiente forma

Cursos	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Primera vez	6-1-09	3-3-09

Programa analítico:

Sede: Aula del Policlínico Norte del municipio Morón.

Tema Nº 1: Presentación del programa

Objetivos: Interactuar con el grupo creando un ambiente de confianza, desinhibición y establecer las reglas del grupo.

Contenidos:

- ❖ Presentación de los participantes y el programa
- ❖ Aplicación de la encuesta
- ❖ Cierre

Tareas para el tema.

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas formuladas en el cuestionario.

Bibliografía:

1. Salvador Álvarez M de J, Álvarez Cortés J, Bastard Ortiz E, Castillo Núñez B, Márquez Feliú M. Lepra temida o desconocida. Capacitación a enfermos y familiares. [artículo en línea]. MEDISAN 2002; 6(2).
2. Trujillo A. Una vida digna para todos los leprosos. Diario Médico. COM 2002. 24 de mayo.
3. Gómez, José Luis México : el conocimiento de la lepra parte I: la miseria [Arch. argent. dermatol](#); 56(2):81-84, mar.-abr. 2006.

Tema Nº 2: Breve recuento histórico de la Lepra. Concepto. Epidemiología.

Objetivos: Incrementar los conocimientos de los participantes acerca de la Lepra haciendo énfasis en las vías de transmisión de la misma.

Contenido:

- ❖ Aspectos relevantes sobre la historia de la enfermedad.
- ❖ ¿Qué es la Lepra? Concepto.
- ❖ Vías de transmisión de la enfermedad.

Tareas para el tema.

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas relacionadas con el contenido, las cuales fueron previamente elaboradas.

Bibliografía:

1. González PM. Historia de la lepra en Cuba. La Habana: Publicación del Museo de Historia de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay"; 1993:308-401.
2. Maciel, Laurinda Rosa. For the sake of the healthy, the leprosy loses his freedom: a history of the public policies for fighting leprosy in Brazil (1941-1962). Niterói; s.n; 2007. 380 p. bilus.
3. World Health Organization. Weekly epidemiological record. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2005; 80(13):13-124.
4. Dra. Silvia Venero Fernández. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Rev Cubana Hig Epidemiol 2006; 44(3)

5. Estrada SI. Algunos aspectos de la bacteriología del Mycobacterium leprae. Rev Cubana Med Trop 1993; 45(1):8-12.
6. González Goizueta L. Lepra: un estigma médico y social sin erradicar (monografía en Internet). Citado 24 enero 2003.

Tema Nº 3: Manifestaciones clínica de la Lepra.

Objetivos: Incrementar los conocimientos de los participantes acerca de las manifestaciones clínicas de la Lepra, logrando así mejor reconocimiento de la enfermedad.

Contenido:

- ❖ Principales síntomas y signos de la enfermedad
- ❖ Localizaciones más frecuentes de las lesiones.

Tareas para el tema.

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas relacionadas con el contenido, las cuales fueron previamente elaboradas.

Bibliografía:

1. Mc Dougall C, Ulrich MJ. Enfermedad por micobacterias: lepra. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K, directores. Dermatología médica general. Vol 3. 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1997. p. 2491-2504.
2. De O Feliciano RV, Kovacs MH. Opiniones sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase e no Recife. Rev Panam Publica 1997 Feb; 1(2):112-8.
3. Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral/R. Álvarez Sintés. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 433.

Tema Nº 4: Deformidades o discapacidades producidas en la Lepra.

Objetivos: Incrementar los conocimientos de los participantes acerca de las

principales discapacidades y las medidas de rehabilitación para evitarlas.

Contenido:

- ❖ Principales discapacidades producidas en los enfermos de Lepra.
- ❖ Medidas de rehabilitación para prevenir dichas discapacidades.

Tareas para el tema.

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas relacionadas con el contenido, las cuales fueron previamente elaboradas.

Bibliografía:

1. González Goizueta L. Lepra: un estigma médico y social sin erradicar (monografía en Internet). Citado 24 enero 2003.
2. <http://www.almamater.cu/diversos/paginas/lepra.htm>
3. Mc Dougall C, Ulrich MJ. Enfermedad por micobacterias: lepra. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K, directores. Dermatología médica general. Vol 3. 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1997. p. 2491-2504.
4. Centro para el control de enfermedades. Hansen's disease (Leprosy). Technical information (monografía en Internet). 2003.
5. Trujillo A. Una vida digna para todos los leprosos. Diario Médico. COM 2002. 24 de mayo.

Tema Nº 5: Cierre y evaluación.

Objetivos: Reafirmar los conocimientos adquiridos durante los encuentros anteriores y evaluarlos.

Contenido:

- ❖ Reafirmación del contenido impartido.
- ❖ Aplicación de la encuesta.

Tareas para el tema.

Los participantes en el estudio deben responder las preguntas relacionadas con el contenido, las cuales fueron previamente elaboradas.

Los participantes en el estudio deben responder nuevamente el cuestionario inicial.

Bibliografía:

Toda la utilizada en los temas anteriores.

Métodos:

Conferencia, taller, charlas educativas y dinámica de grupo.

Recursos y medios de enseñanza:

- Hojas, lápices
- Pizarra y plumones
- Transparencias y retroproyector
- Computadora, moden, vídeo y scanner para obtener información actualizada de bases de datos bibliográficas.

Claustro:

Dra. Tania Alemán Martínez.

Estrategia

PROGRAMA DE CLASES

Tema	Contenido	Tipo de enseñanza				Total de Horas	Fecha	Profe
		Conf.	Charla Educ.	Din. Grupo	Taller			
1	Presentación de los participantes y el programa Aplicación de la encuesta Cierre		2h			2h	6-1-09	Dra. Tania Alemán
2	Aspectos relevantes sobre la historia de la enfermedad.	2h			2h	4h	13-1-09	Dra. Tania Alemán

	¿Qué es la Lepra? Concepto. Vías de transmisión de la enfermedad						20-1-09	
3	Principales síntomas y signos de la enfermedad Localizaciones más frecuentes de las lesiones.	2h			2h	4h	27-1-09 3-2-09	Dra. Tania Alemán
4	Principales discapacidades producidas en los enfermos de Lepra. Medidas de rehabilitación para prevenir dichas discapacidades.	2h			2h	4h	10-2-09 17-2-09	Dra. Tania Alemán
5	Reafirmación del contenido impartido.			2h		2h	24-2-09	Dra. Tania Alemán
Aplicación de la encuesta						2h	3-3-09	Dra. Tania Alemán
Total		6h	2h	2h	6h	18h		

Total de horas del curso	18
--------------------------	----

Evaluación:

La evaluación final será a través de la aplicación del cuestionario inicial, teniendo en cuenta la clave de calificación

RESULTADOS

Tabla No 1: Distribución de los pacientes y contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden del área de salud norte del municipio Morón según edad y sexo, durante el periodo comprendido desde el 1º de marzo 2008 hasta el 1º de marzo 2009.

	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 – 4	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-
10 - 14	1	2.32	-	-	1	2.32
15 - 19	7	16.28	2	4.65	9	20.93
20 - 59	13	30.23	19	44.19	32	74.42
60 - 74	1	2.32	-	-	1	2.32
75 y más	-	-	-	-	-	-
Total	21	48.84	22	51.16	43	100

Fuente: La encuesta

En la tabla Nº 1 podemos apreciar que de los pacientes en estudio predominan los adultos en el grupo etáreo de 20 a 59 años, con un 74.42 %, le sigue el grupo 15 a 19, con un 20.93 % y según el sexo el 48.84 % corresponde al sexo masculino mientras que el 51.16 % corresponde al sexo femenino.

Tabla No 2: Distribución de los pacientes y contactos de Lepra según escolaridad.

Escolaridad	Nº	%
Primaria sin terminar	-	-
Primaria terminada	1	2.32
Secundaria	25	58.14
Pre universitario	12	27.91
Universitario	5	11.63
Total	43	100

En esta tabla podemos observar que el nivel escolar que predomina es el de secundaria básica con un 58.14 %, le sigue el pre universitario (12º grado), con un 27.91 % y sólo el 2.32 % tenía un nivel escolar de primaria terminada porque su edad no le permitía mayor nivel. Así mismo del total en estudio sólo 5 son universitarios para un 11.63 %.

Tabla No 3: Nivel de conocimientos de los pacientes y contactos de Lepra sobre la existencia de la enfermedad en Cuba y su curabilidad, antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bien	7	16.28	43	100
Regular	10	23.25	0	0
Mal	26	60.47	0	0
Total	43	100	43	100

En relación con el nivel de conocimientos de los pacientes enfermos de Lepra y sus contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden sobre la existencia de la Lepra en Cuba y la curabilidad de la enfermedad antes y después de la intervención educativa, podemos observar que el 60.47% de los encuestados fueron evaluados de mal antes de la intervención educativa, el 23.25% fue evaluado de regular y sólo el 16.28% fue evaluado de bien, ahora después de aplicar la estrategia de intervención el 100 % de los encuestados adquirieron los conocimientos necesarios sobre el tema y fueron evaluados de bien.

Estos resultados se asemejan a los encontrados en un estudio realizado por el Dr. Gómez y colaboradores en México en el 2006: dónde el 100 % de los participantes reconocieron la existencia de la enfermedad en su país y su curabilidad después de la intervención educativa (28).

Tabla No 4: Nivel de conocimientos de los pacientes y contactos de Lepra sobre las vías de transmisión, el riesgo familiar de contagio y la producción de deformidades, antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bien	5	11.63	43	100
Regular	8	18.60	0	0
Mal	30	69.77	0	0
Total	43	100	43	100

En relación con el nivel de conocimientos de los pacientes enfermos de Lepra y sus contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden sobre las vías de transmisión, el riesgo familiar de contagio y la producción de deformidades, antes y después de la intervención educativa, podemos observar que el 69.77% de los encuestados fueron evaluados de mal antes de la intervención educativa, el 18.60% fue evaluado de regular y sólo el 11.63% fue evaluado de bien, ahora después de aplicar la estrategia de intervención el 100 % de los encuestados adquirieron los conocimientos necesarios sobre el tema y fueron evaluados de bien.

Estos resultados se asemejan a los encontrados en la bibliografía consultada, en un estudio realizado por el Dr. Trujillo A. en el 2002: se encontró que el 99.1% de los participantes adquirieron los conocimientos necesarios sobre la enfermedad después de la intervención educativa (15).

Tabla No 5: Nivel de conocimientos de los pacientes y contactos de Lepra sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad, antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bien	5	11.63	43	100
Regular	10	23.26	0	0
Mal	28	65.11	0	0
Total	43	100	43	100

En relación con el nivel de conocimientos de los pacientes enfermos de Lepra y sus contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad, antes y después de la intervención educativa, podemos observar que el 65.11% de los encuestados fueron evaluados de mal antes de la intervención educativa, el 23.26% fue evaluado de regular y sólo el 11.63% fue evaluado de bien, ahora después de aplicar la estrategia de intervención el 100 % de los encuestados elevaron su nivel de conocimiento sobre el tema y fueron evaluados de bien.

Estos resultados coinciden con los del Dr. Erildo Frómeta Vázquez en un estudio realizado en pacientes enfermos de Lepra y sus contactos intradomiciliarios de primer orden en el año 2007; dónde el 79.4% de los participantes tenían un nivel de conocimiento malo antes de la intervención educativa y después de esta el 100% elevó su nivel de conocimientos sobre el tema (31).

Tabla No 6: Nivel de conocimientos de los pacientes y contactos de Lepra sobre las medidas de rehabilitación, antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bien	3	6.98	43	100
Regular	8	18.60	0	0
Mal	32	74.42	0	0
Total	43	100	43	100

En relación con el nivel de conocimientos de los pacientes enfermos de Lepra y sus contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden sobre las medidas de rehabilitación, antes y después de la intervención educativa, podemos observar que del total de participantes, 32 fueron evaluados de mal antes de la intervención educativa lo que representa el 74.42%, el 18.60% fue evaluado de regular y sólo el 6.98% fue evaluado de bien, ahora después de aplicar la estrategia de intervención el 100 % de los encuestados elevaron su nivel de conocimiento sobre el tema y fueron evaluados de bien.

Resultados semejantes fueron encontrados en un estudio realizado por el Dr. Salvador Álvarez y colaboradores en MEDISAN en el 2002: dónde el 97 % de los participantes después de la intervención educativa elevaron sus conocimientos sobre el tema (4).

Tabla No 7: Nivel de conocimientos general de los pacientes y contactos de Lepra, antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Intervención educativa			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bueno	0	0	43	100
Regular	8	18.60	0	0
Malo	35	81.40	0	0
Total	43	100	43	100

Resultado: $p = 0.004$ $\alpha = 0.05$

Entonces: $p < \alpha$

En la tabla N° 7 se muestra la distribución de los pacientes enfermos de Lepra y sus contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden según sus conocimientos generales sobre la Lepra antes y después de la intervención educativa, podemos observar que del total de participantes en el estudio (43), el 81.40 % de los encuestados fueron clasificados como mal conocimiento, el 18.60 % tenían conocimiento regular y ninguno de los encuestados tuvieron un conocimiento bueno antes de la intervención educativa: ahora después de aplicar la estrategia de intervención el 100 % de los encuestados adquirieron un nivel de conocimiento bueno, lo que coincide con la capacitación a enfermos y familiares. Lepra temida o desconocida realizada por Salvador Álvarez M de J, Álvarez Cortés J, Bastard Ortiz E, Castillo Núñez B, Márquez Feliú M. (4).

Al realizar el análisis estadístico de la comparación de medias cuando se comparan los momentos antes y después de la intervención para buscar la

efectividad de la estrategia de intervención educativa aplicada podemos apreciar con dichos resultados lo siguiente:

Momentos	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza
Antes	58.39	10.36	(48.01 ; 68.74)
Después	88.48	11.29	(77.19 ; 98.39)

La media para el momento antes de la intervención fue de 58.39 por lo que la calificación del nivel de conocimiento de los casos y contactos de Lepra fue de malo y después de la intervención la media subió a 88.48 por lo que los capacitados adquirieron un nivel de conocimiento bueno.

Al obtener el resultado de la probabilidad (p) asociada al estadígrafo de prueba podemos apreciar que el valor de este es $p = 0.003$ por lo que este resultado es menor que el nivel de significación planificado en la investigación ($\alpha = 0.05$) por lo que ($p < \alpha$). Se rechaza la hipótesis nula hecho que se complementa al observar los intervalos de confianza calculados para cada momento (antes y después), donde se aprecia que la media calculada se encuentra justamente dentro de dicho intervalo de confianza, por lo que se afirma con dicha prueba con un nivel de confiabilidad del 95% que la media difiere en ambos momentos por lo que la intervención aplicada en los casos y contactos de Lepra fue efectiva y se cumple con los objetivos trazados en la investigación.

CONCLUSIONES

Con nuestra investigación podemos concluir que los enfermos de Lepra y sus contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden incrementaron sus conocimientos sobre la Lepra después de aplicar el programa educativo diseñado según las necesidades de aprendizaje de los participantes: por lo se demuestra el valor incomparable de la labor educativa en las enfermedades transmisibles.

RECOMENDACIONES

Recomendamos realizar estudios de intervención educativas acerca de la Lepra en otras áreas de salud con el objetivo de incrementar los conocimientos de los pacientes de Lepra y sus contactos y de esta forma elevar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González PM. Historia de la lepra en Cuba. La Habana: Publicación del Museo de Historia de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay"; 1993:308-401.
2. Maciel, Laurinda Rosa. For the sake of the healthy, the leprosy loses his freedom: a history of the public policies for fighting leprosy in Brazil (1941-1962). Niterói; s.n; 2007. 380 p. bilus.
3. Gil SA, Hernández GO, Rojas V. Programa de control de lepra para el médico de la familia. 2ª edición. La Habana: ECIMED; 1994:1-43.
4. Salvador Álvarez M de J, Álvarez Cortés J, Bastard Ortiz E, Castillo Núñez B, Márquez Feliú M. Lepra temida o desconocida. Capacitación a enfermos y familiares. [artículo en línea]. MEDISAN 2002; 6(2).
5. Estrada SI. Algunos aspectos de la bacteriología del Mycobacterium leprae. Rev Cubana Med Trop 1993; 45(1):8-12.
6. González Goizueta L. Lepra: un estigma médico y social sin erradicar (monografía en Internet). Citado 24 enero 2003.
7. <http://www.almamater.cu/diversos/paginas/lepra.htm>
8. Dra. Silvia Venero Fernández. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Rev Cubana Hig Epidemiol 2006; 44(3)
9. Garcia, Ivie Caroline de Oliveira. Hansen's patients nutritional assessment and population characteristics - SP. São Paulo; s.n; 2006. 138
10. Mc Dougall C, Ulrich MJ. Enfermedad por micobacterias: lepra. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K, directores. Dermatología médica general. Vol 3. 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1997. p. 2491-2504.
11. Centro para el control de enfermedades. Hansen's disease (Leprosy). Technical information (monografía en Internet). 2003.
12. World Health Organization. Weekly epidemiological record. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2005; 80(13):13-124.

13. Ricardo Dávila L. Fronteras confusas: impactos sociales de la migración (monografía en Internet). Citado 20 octubre 2002.
14. De O Feliciano RV, Kovacs MH. Opiniones sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase e no Recife. Rev Panam Publica 1997 Feb; 1(2):112-8.
15. Trujillo A. Una vida digna para todos los leproso. Diario Médico. COM 2002. 24 de mayo.
16. Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral/R. Álvarez Sintés. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 433.
17. Julian Manzur, José Díaz Almeida, Marta Cortés. Dermatología. L Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. 310 p.il
18. Morales, Jaime; Muñoz A., Oswaldo; Perdomo, Anabestina Epidemiología de la enfermedad de hansen paute-azuay 1981-1982. Quito; s.n; 1982. 136 p. btab
19. Rodrigues, Luciana Silva. Study of the antiapoptotic effect of the Mycobacterium leprae in cells of Schwann human beings. Rio de Janeiro; s.n; out. 2005. 114 p. btab, bgraf.
20. Reyes Jaimes, Oscar; Reyes Flores, Oscar. Distribución del micobacterium leprae en la piel de pacientes con lepra lepromatosa. Dermatol. Venez: 41(2):19-23, 2003. ilus, tab
21. Pinho, Joao Renato Rebello; Andrade Junior, Heitor Franco de; Schenberg, Ana Clara. Different cutaneous tests for follow-up of leprosy patients. Hansen.int; 23(1/2):49-52, 1998.
22. Fleury, Raul Negrao. Priorities for leprosy research in Brazil. Hansen.int; 30(1):2-2, jan.-jun 2005.
23. Quaggio, Cristina Maria da Paz. Hanseníase: Quality of life of people that suffered from hansen's who live in the social area of Instituto Lauro de Souza Lima - Bauru. São Paulo; s.n; 2005. 97 p. ilus, tab

24. Rodriguez, Gerzaín; Sarmiento, Martha; Pinto, Rafael. Qué se debe hacer con un paciente que se rehúsa a recibir la terapia para una enfermedad. *Infectio*; 9(3):152-155, sept. 2005.
25. Diorio, Suzana Madeira; Manini, Marli Izabel Penteado; Trino, Lazara Moreira; Sartori, Beatriz Gomes Carreira; Opromolla, Diltor Vladimir Araujo. Resistance to dapsons and rifampin in *Mycobacterium leprae* isolated from leprosy patients of Sao Paulo State. *Hansen.int*; 30(1):15-18, jan.-jun 2005.
26. Pedrazzani, Elisete Silva; Helene, Lucia Maria Frazao; Vieira, Carmem Silva de C. A; Vieth, Hannelore; Bezerra, Celia Maria; Mendes, Else Botelho. Capacitation of multipliers in the area of nursing in leprosy. *Hansen.int*; 23(1/2):27-34, 1998.
27. De la Osa JA. Hansen (monografía en Internet). Citado 20 octubre 2002.
28. Gómez, José Luis México: el conocimiento de la lepra parte I: la miseria [Arch. argent. dermatol](#); 56(2):81-84, mar.-abr. 2006.
29. Borges, Mirela Bernardina; Teixeira, Maria do Carmo Borges; Lacet, Celina Maria Costa; Gabriel Júnior, Alexandre; Lopes, Antonio Carlos. Leprosy: diagnosis, treatment and control. *Rev Soc. Bras. Clín. Méd*; 4(4):110-117, jul.-ago. 2006.
30. Maluf, Sâmia Amire; Pedrazzani, Elisete Silva; Pedroso, Mariângela; Toyoda, Cristina Yoshie. Prevenção de incapacidades em hanseníase: realidade numa unidade sanitária. *Rev. Bras enfermagem*; 38(3/4):319-328, jul.-dez. 1985.
31. Frómata VE. Intervención educativa sobre Lepra para incrementar el nivel de conocimientos de pacientes y contactos. [Tesis]. Morón: Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández;2007.

ANEXO Nº 1

Consentimiento Informado

Por este medio yo: _____,
comunico mi aprobación a participar en el estudio: Intervención educativa para elevar el nivel de vida de los pacientes y contactos de lepra del Policlínico Norte del municipio Morón, de la Dra. Tania Alemán Martínez, quien me ha explicado detalladamente las características del mismo.

Firma: _____

ANEXO Nº 2

Encuesta

- 1) Edad: _____
- 2) Sexo: _____
- 3) Escolaridad (se refiere a su último grado aprobado): _____
- 4) Marque con una X los planteamientos correctos.
 - a) La Lepra es una enfermedad curable.
 - b) No existe la Lepra en Cuba.
 - c) No se cura, una vez adquirida el paciente será enfermo durante toda su vida.
 - d) Sí existe la Lepra en Cuba
- 5) Marque con una X los planteamientos correctos.
 - a) Siempre se producen deformidades en los pacientes enfermos de Lepra.
 - b) Es una enfermedad de transmisión sexual.
 - c) Se puede transmitir por un simple saludo de manos.
 - d) Detectada y tratada precozmente no necesariamente se producen deformidades en la Lepra.
 - e) Se transmite fundamentalmente a través de bacterias presentes en la nariz o vías respiratorias.
 - f) Una vez iniciado el tratamiento el paciente deja de constituir un riesgo para su familia porque se interrumpe la transmisión de la enfermedad.
 - g) Es muy fácil enfermar de Lepra.

h) El mayor por ciento de la población se defiende contra la Lepra por lo que no es tan fácil contraer la enfermedad.

i) La familia del paciente con Lepra siempre estará en riesgo de enfermarse, aunque el paciente esté bajo tratamiento.

6) Los síntomas y signos de la enfermedad son:

a) Manchas en la piel con alteraciones de la sensibilidad

b) Llagas en miembros inferiores

c) Piel seca

d) Sangramiento por la nariz

e) Caída de la cola de la ceja

f) Calambres o adormecimiento de la extremidades

g) Dolor de cabeza

h) Intensa falta de aire

i) Diarreas

j) No sé

7) Marca con una (X) las respuestas correctas acerca de la medidas de rehabilitación para evitar las deformidades o secuelas en un paciente enfermo de Lepra:

a) Abrir y cerrar las manos durante 10 minutos tres veces al día

b) Masajear los pies y remover la piel muerta todos los días

c) Cortarse las uñas con extremo cuidado y asistir al podólogo

d) Usar cualquier tipo de zapatos

e) Caminar largas distancias diariamente

f) Usar espejuelos para proteger los ojos del polvo y suciedades

g) Si fuma usar boquilla o pipa

- h) Utilizar paños gruesos para protegerse del calor en la cocina
- i) Abrir y cerrar los ojos veinte veces en varias ocasiones durante el día
- j) Realizar todo tipo de trabajos pesados

8) ¿Considera que existe divulgación suficiente acerca de la lepra?

- a) Sí
- b) No
- c) No sé