

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CIEGO DE ÁVILA.**

Intervención educativa sobre Lepra en la población de riesgo de La Ofelia del municipio de Venezuela.

**Autor:** Dr. Lázaro Oscar Crespo Martínez.

Ciego de Ávila  
2019

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CIEGO DE ÁVILA.**

Intervención educativa sobre Lepra en la población de riesgo de La Ofelia del municipio de Venezuela.

Tesis en opción al título de Especialista de 1<sup>er</sup> Grado en Medicina General Integral.

**Autor: Dr. Lázaro Oscar Crespo Martínez.**

Aspirante a Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

**Tutora: Dra. Evelyn Sánchez Navarro.**

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

MsC. Salud Ambiental, Asesoramiento Genético.

Profesor Auxiliar.

CIEGO DE AVILA

2019

## **RESUMEN.**

Se realizó un estudio pre - experimental de tipo antes - después para evaluar la efectividad en la aplicación de una intervención educativa con el objetivo de modificar los conocimientos relacionados con la Lepra en la población de riesgo perteneciente al área rural La Ofelia del municipio de Venezuela, en el período comprendido entre marzo 2018 a marzo 2019. El Universo de estudio estuvo constituido por 350 personas, quedando la muestra constituida por 75 participantes de ambos géneros en edades a partir de los 18 años que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Casi la totalidad de los participantes presentó un inadecuado conocimiento sobre las generalidades, forma de transmisión, formas clínicas, sospecha y curabilidad de la Lepra. La intervención resultó efectiva en la evaluación final y en casi la totalidad de los participantes se modificó el conocimiento.

**Palabras claves:** Intervención educativa, Lepra, Conocimiento.

## *Dedicatoria:*

*A mis padres, mi esposa, mi abuela, mi cuñado y mis suegros que siempre han estado conmigo, cuando nadie más lo ha estado, que me apoyaron incondicionalmente a cumplir un sueño hecho realidad el ser médico, y ahora han continuado a mi lado ayudándome a seguir cumpliendo metas en mi vida profesional.*

*Este trabajo va dedicado a ustedes.*

*Gracias por sus esfuerzos, sacrificio y por darme tanto amor.*

## *Agradecimientos:*

*Siéntense incluidas en estas páginas de sincero agradecimiento todas aquellas personas que han sido capaces de merecer mi respeto y admiración por su labor en mi formación, aquellas de quienes siempre guardare inolvidables enseñanzas y experiencia para toda la vida.*

*A la MsC. Evelyn Sánchez Navarro a quien admiro por su calidad humana, sencillez, humildad y sabiduría, quien con su amor, ejemplo y experiencia ha estado ahí para aconsejarme y ha puesto tanto empeño en la realización de este trabajo.*

*A mi familia en general tan abnegada y sacrificada que siempre han estado en todo momento a mi lado.*

*En fin a todos los que no por mencionar no olvido.*

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
<input type="checkbox"/> <b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<input type="checkbox"/> <b>Objetivos.....</b>	<b>6</b>
<input type="checkbox"/> <b>Marco teórico.....</b>	<b>7</b>
<input type="checkbox"/> <b>Método.....</b>	<b>20</b>
<input type="checkbox"/> <b>Análisis y discusión de los resultados.....</b>	<b>27</b>
<input type="checkbox"/> <b>Conclusiones.....</b>	<b>34</b>
<input type="checkbox"/> <b>Recomendaciones.....</b>	<b>35</b>
<input type="checkbox"/> <b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>36</b>
<input type="checkbox"/> <b>Anexos</b>	

## **INTRODUCCION.**

La Lepra (del griego lepis, que significa escama, costra) es producida por el *Mycobacterium leprae*, ha sido considerada una enfermedad mutilante, incurable, repulsiva y estigmatizante, lo que ha generado un trato inhumano hacia las personas que la padecen, constituyendo aún un problema de salud importante para algunos países es una de las enfermedades más antiguas que recuerda la humanidad.<sup>1</sup>

Su descubrimiento fue hecho por el médico Noruego Gerhard Henrik Armauer Hansen, quien en 1873 identificó el bacilo causante de este padecimiento, significando este como el primer hallazgo de una bacteria identificada como causante de una enfermedad en el hombre. Sin embargo no se dispuso de un tratamiento hasta finales de los años cuarenta cuando se introdujo la mono terapia.<sup>2</sup>

En la actualidad continúa siendo un problema de salud en muchos países y áreas geográficas. Este es el primer bacilo identificado como causante de una enfermedad crónica y su transmisión es de persona enferma a persona susceptible<sup>3</sup>. Es una bacteria gram positiva, ácido alcohol resistente, parecido al bacilo de la Tuberculosis; tiene forma de bastoncillo delgado y mide 7 micras de longitud y 0,5 micras de ancho<sup>4</sup>. El sitio de entrada es motivo de conjeturas, pero es probable que se trate de la piel o de la mucosa del tracto respiratorio superior; se plantea que, aunque la dermis esté intensamente infiltrada, la piel contiene pocos gérmenes y es escasamente contagiosa, no obstante para su contagio se requiere una exposición prolongada al bacilo. La enfermedad tiene un período de incubación muy prolongado que puede durar de 3 a 5 años y llegar en algunos pacientes hasta 20 años, tiene además una característica: la alta afinidad que tiene el bacilo por los nervios periféricos y troncos nerviosos superficiales, lo que constituye la causa fundamental por la que la enfermedad posee carácter mutilante, 130 países notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 228 474 nuevas víctimas de la enfermedad de Lepra. Las principales zonas endémicas del planeta son el sur y sureste de Asia, África Central Tropical, Meso América y la parte septentrional de Suramérica, donde según la

Organización Panamericana de la Salud (OPS), para estas 2 últimas zonas, las tasas notificadas oscilan entre 0,1-14,0 x 10 000 habitantes.<sup>5</sup>

Se destaca alto endemismo en la India, Brasil e Indonesia, seguidos por otros 13 países de los cuales 6 de ellos son africanos (Congo, Etiopía, Mozambique, Níger, Angola y Tanzania).<sup>5</sup>

Ya hoy en día con el uso de la poliquimioterapia ha modificado el perfil de la Lepra en todos los países endémicos, en los últimos doce años <sup>6</sup>. Esta es una enfermedad temida y desconocida, tanto por quienes la padecen como por sus familiares, cuyo origen en nuestro país está relacionado con la esclavitud y la inmigración europea. La Lepra es una enfermedad con muchas peculiaridades y complejidades. La experiencia de las personas con Lepra usualmente son escondidas y marginadas, mientras que los profesionales que trabajan en este campo se nos presentan como un mundo auto suficiente e impenetrable. No es sorprendente que alrededor de la Lepra, hay elevado niveles de emociones y de politiquería, incluso en los debates acerca de las soluciones. Y aun así, las barreras de la “especialidad” y el aislamiento son artificiales. Su lucha se ha encarado en diferentes partes del mundo de acuerdo con los recursos científicos disponibles en las distintas etapas históricas y en relación directa con las posibilidades sanitarias de cada país.<sup>7</sup>

Una disminución de la incidencia, no será para nada, la eliminación en un futuro cercano de esta enfermedad, pues seguirán presentándose tasas elevadas en las regiones del tercer mundo, donde se encuentran los 16 países de mayor endemia, y viven en ellos el 91 % de los casos estimados de Lepra en el mundo.<sup>7</sup>

Los resultados de los estudios realizados en Cuba sobre esta enfermedad permiten plantear que su transmisión ha comenzado a disminuir, producto de todo el trabajo de control que se ha iniciado en 1962 y que se ha ido incrementando y actualizado en todo estos años.<sup>8,9</sup>

Todos los países han adoptado oficialmente el tratamiento ambulatorio de la poliquimioterapia (PQT) y han cerrado progresivamente los sanatorios de Lepra. Esto

ha conllevado a un mejoramiento de la autoestima de los pacientes y un tratamiento adecuado.<sup>10</sup>

Al respecto, en nuestro país se creó un programa para controlar la entidad clínica, modificado a partir de 1989, se propone la disminución de la incidencia y prevalencia, así como la prevención del desarrollo de incapacidades mediante el diagnóstico precoz, la curación y la detección de la cadena de transmisión que le atribuye al médico y la enfermera de la familia una función primordial en este sentido e igualmente destaca la necesidad de desarrollar acciones de educación sanitaria en los pacientes y sus familias, con énfasis en su curación y la eliminación de los prejuicios sobre el tema y el estigma de padecer la enfermedad toda la vida.<sup>10</sup>

En la actualidad la Lepra es una enfermedad curable como resultado de los avances de la quimioterapia y especialmente de la utilización desde 1981 de la poliquimioterapia recomendada por la Organización Mundial de la Salud, que consiste en la administración de tres medicamentos -Rifampicina, Clofazimina y Dapsona ha mostrado que este tratamiento es muy efectivo para curar la enfermedad; es aceptado por la mayoría de los pacientes; tiene efectos secundarios mínimos, y previene la aparición de cepas de *Mycobacterium leprae* resistentes a los medicamentos.<sup>11</sup>

Actualmente un equipo de expertos que trabaja en genética humana de las enfermedades infecciosas, ha descubierto recientemente un gen que predispone a padecer la enfermedad de Lepra, en el cromosoma 6, más exactamente en el 6q 25.<sup>12</sup>

Conforme a lo declarado por la Organización Mundial de la Salud, cada año aparecen en el mundo 515 000 nuevos casos, de los cuales, alrededor de 62 000 (12 %) son niños y, según el citado informe, la cifra puede llegar a 700 000, lo cual no resulta extraordinario, pues los especialistas apenas controlan y dan tratamiento a un tercio del total de los afectados con esta infección<sup>13, 14</sup>

Se conmemora el día internacional de la Lepra el último domingo de enero de cada año, como una recordación de las personas que padecieron esta enfermedad, en un futuro no muy lejano el desarrollo de la ciencia podrá librar definitivamente a la humanidad de este flagelo ancestral.<sup>13, 14</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud todas las regiones en promedio alcanzan la meta de mantener la prevalencia por debajo de 1 caso por cada 10.000 habitantes, registrándose la más alta en el Sudeste Asiático (0,64) y la más baja en el Pacífico Occidental (0,05), mientras que las Américas y África estuvieron en el tercer lugar con 0,38; las más altas tasas de detección están en el Sudeste Asiático (8,77) y las Américas (4,25), mientras que la menor está en el Pacífico Occidental (0,28).<sup>15</sup>

De acuerdo con los informes oficiales de la OMS la prevalencia mundial de la Lepra a finales de 2016 era de 214 783 casos<sup>16</sup>. Lo que muestran un aumento del número de casos en relación al año 2015 de un 1,9 %, habiendo aumentado fundamentalmente en el Sudeste Asiático y Pacífico Occidental, zonas históricamente muy afectadas por la enfermedad. Se trata del primer incremento registrado desde el año 2012. Además, según, continúa existiendo una alta tasa de detecciones en niños (lo que indica la continuidad de la transmisión de la infección en las comunidades empobrecidas) y pacientes con discapacidades asociadas (demuestra un diagnóstico tardío).<sup>17</sup>

Entre 2011 y 2017, en América Latina y el Caribe se registró una disminución progresiva de los casos nuevos de Lepra de 36.659 a 29.101, disminuyendo 20 %; la tasa de detección y la prevalencia disminuyeron de 6,07 a 2,86 por 100.000 habitantes y 0,57 a 0,31 por 10.000 habitantes, respectivamente.<sup>18</sup>

Durante el período 2013 a 2018 se registró una disminución progresiva de los casos nuevos de Lepra, de 47 612 en 2013 a 33 084 en 2018 (reducción de 30,5 %), en el mismo período la prevalencia disminuyó de 0,72 por 10 000 habitantes en 2013 a

0,33 en 2018 (reducción de 54,2 %). Se detectaron casos nuevos en 24 de los 35 países de las Américas.<sup>19</sup>

En Cuba, en los últimos diez años se ha comprobado una estabilización entre los casos nuevos que se diagnostican y los que salen de la prevalencia curados, pues a partir del 2007 hasta la fecha se mantienen con una tasa de incidencia aproximadamente a 2.2 por cada 100 000 habitantes lo que representa entre 250 y 300 casos nuevos al año.<sup>14</sup>

En la provincia de Ciego de Ávila se ha incrementado la incidencia de Lepra en los últimos años, todo lo cual nos motivó a realizar esta investigación con el objetivo de modificar los conocimientos de esta entidad en la población y que permita así un rápido diagnóstico de todos los casos en nuestra provincia, el municipio de Ciego de Ávila se estima 2 casos y tasa 1.3 x 10<sup>5</sup> habitantes y en el municipio de Venezuela se reporta 2 casos y tasa 3.7 x 10<sup>5</sup> habitantes, dichos pacientes pertenecen al área rural de La Ofelia constituyendo un problema de salud de la comunidad.<sup>14</sup>

Atendiendo a las razones y los dilemas antes expuestos, permitieron plantear el siguiente problema científico:

**Problema:** ¿Existe un inadecuado conocimiento sobre la enfermedad de la Lepra en la población de riesgo perteneciente al área rural La Ofelia del municipio de Venezuela en Ciego de Ávila?

## **OBJETIVOS.**

**Objetivo general:** Evaluar la efectividad en la aplicación de una intervención educativa en la población de riesgo perteneciente al área rural La Ofelia del municipio de Venezuela en Ciego de Ávila.

### **Objetivos específicos:**

1. Caracterizar una muestra según algunas variables como edad, género y escolaridad en la población de estudio.
2. Determinar el conocimiento en la población de riesgo sobre la Lepra.
3. Aplicar una intervención educativa para modificar el conocimiento sobre la Lepra.
4. Evaluar la efectividad de la intervención después de aplicada la intervención educativa en la población de riesgo de Lepra.

## MARCO TEÓRICO.

La Lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*, un bacilo ácido alcohol resistente. Afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias altas y los ojos. La Lepra se cura con un manejo integral del paciente que incluye medicamentos y rehabilitación física y social.<sup>19</sup>

La mayor carga de enfermedad ocurre en Brasil, en donde se informaron 31 044 casos nuevos en 2013, 93,9 % del total. De los 33 084 casos nuevos informados en la Región, 2 168 (6,6 %) tenían discapacidad grado dos.<sup>20</sup>

Se conoce que la enfermedad ha existido durante muchos siglos. Ya en el año 2 000 a.n.e. en los libros sagrados de la India (*Rig Veda* y *Yagur Veda*) se encontraron descripciones detalladas de esta enfermedad, llamada entonces *Kostha*. Así mismo, en el año 1 500 a.n.e., en los papiros Ebers y Brosh, en Egipto, se describe una enfermedad muy similar a la Lepra. Hay también referencias de esta, en Japón, hacia el año 1000 a.n.e. en tratados de medicina japonesa, bajo el nombre del *shimpo*. En China hacia el año 300 a.n.e., en el libro *Su-Wan*, se describe una enfermedad llamada *Lai-Fom* que tenía características similares a la Lepra.<sup>21</sup>

En la Biblia la enfermedad es mencionada en el levítico del Antiguo Testamento con la palabra *Zaraath*, y también la refieren en el Nuevo Testamento los libros de San Mateo y San Lucas, ya con el término de Lepra. Es probable que se halla propagado a Europa, específicamente a la región del Mediterráneo, bien por los fenicios, egipcios o hebreos, en sus viajes comerciales por el continente, o por las tropas del conquistador Alejandro Magno, a su regreso de sus campañas de la India, en el año 372 a.n.e., pudiendo haberse introducido en la península itálica por los soldados romanos de Pompeyo en el año 76 a.n.e., y de aquí se diseminó por toda la Europa Romana.<sup>21</sup>

Su presencia en Europa occidental, ha sido bien registrada en documentos, comenzando por Italia en el año 62 de nuestra era, luego en Alemania en el 180, posteriormente en España en el 600, y finalmente en Francia, en el año 800. Se extendió más tarde por el resto de los países europeos, para constituir durante toda

la Edad Media un terrible azote para el viejo continente; de ahí que la enfermedad se considerara un castigo o maldición del cielo, opinión reforzada durante toda esta época por la Iglesia, por lo que llegó, en algunos países, a celebrarse ceremonias religiosas en las que se declaraba civilmente muerto al enfermo de Lepra (*separatioleprosorum*). Así se constata en edictos especiales de varios reyes y papas, donde se enumeran una serie de disposiciones encaminadas a combatir a los enfermos, pues la tónica de aquella época era combatir a los leprosos olvidándose de la enfermedad. Por ello es que vemos a los leprosos literalmente separados de la sociedad, pues además de ser expulsados de sitios públicos, maltratados físicamente, e incluso hasta asesinados, tampoco podían concurrir a ningún acontecimiento social familiar, pues al ser considerados muertos en vida, ni siquiera existían para su familia. Se les obligaba a llevar un vestuario especial y una campanilla que permitía reconocerlos, aún a larga distancia.<sup>21</sup>

En un texto de alrededor del siglo XI se recoge que diversas culturas como la cristiana, judía, árabe egipcia, persa e india, se incriminaban unas a otras, de ser las causantes y trasmisoras del mal. Hasta ahora no se ha podido determinar con certeza cuándo y dónde se originó, y todavía se discute el origen africano o asiático de la Lepra; no obstante, la región septentrional de África Central, desde Mali hasta Somalia, región donde se encuentra la zona con más países afectados actualmente por la enfermedad, puede haber sido su foco originario.<sup>21</sup>

Se considera que el ser humano enfermo es la única fuente de infección. Se transmite de persona enferma a persona sana susceptible. Para que se produzca el contagio deben darse determinadas condiciones.<sup>22, 23</sup> Contacto con un paciente bacilífero que elimina grandes cantidades de bacilos a través de secreciones nasales, que exista algún grado de inmunocompromiso específico para el *Mycobacterium leprae* que determine la susceptibilidad del huésped, contacto íntimo y prolongado. Esto no sólo incluiría al contacto intradomiciliario, sino también el contexto social y laboral.<sup>24</sup>

Actualmente se considera que la inhalación de gotitas de Flügge cargadas de bacilos es la vía de entrada principal. La inoculación por insectos no es considerada válida. Cabe destacar que la Lepra no es una enfermedad hereditaria.<sup>24</sup>

Una vez que el bacilo ingresa en el organismo va directamente hacia los ganglios linfáticos donde cumple la primera etapa de la infección (período de incubación), esta puede durar desde meses hasta cinco o más años. Pueden ocurrir tres cosas. La destrucción total del bacilo, con lo cual no se produce la enfermedad (se da en el 90 a 95 % de las personas infectadas). Segundo la destrucción parcial del bacilo, con desarrollo de inmunidad celular, aunque insuficiente para eliminarlo. Se produce enfermedad que adopta formas clínicas paucibacilares (PB). Como última opción, no hay destrucción del bacilo por falla de la inmunidad celular y se produce enfermedad con formas clínicas multibacilares (MB).<sup>25,26</sup>

Si bien la magnitud de la endemia es moderada y la morbilidad global por Lepra es baja comparada con otras enfermedades transmisibles, su importancia como problema de salud pública está dada por las discapacidades físicas y sociales, permanentes y progresivas que produce, de no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, regular y completo.<sup>25,26</sup>

La vigilancia epidemiológica de la Lepra consiste en el registro sistemático, el análisis de los datos para la creación de información relevante y posterior difusión de la misma. A partir de 1985, el país introdujo la poliquimioterapia para el tratamiento farmacológico de la Lepra, cumpliendo globalmente con la meta de eliminación como problema de Salud Pública en 1997. En cuanto a las cohortes el país alcanzó el 82 % de curación en Lepra MB en el año 2012 y el 81,8 % en Lepra PB en el año 2013.  
<sup>25,26</sup>

Para conocer que un paciente tiene Lepra debe presentar uno o más de los siguientes signos o síntomas y que todavía no concluyó un esquema completo de tratamiento, lesiones cutáneas hipopigmentadas o rojizas, con pérdida bien definida de la sensibilidad, lesiones de los nervios periféricos, puestas de manifiesto por pérdida de sensibilidad y de fuerza en manos, pies o cara, frotis cutáneos positivo. Se

debería sospechar Lepra en toda persona que presente alguno de los siguientes signos o síntomas: máculas hipocrómicas o eritematosas en la piel, pérdida o disminución de la sensibilidad en dichas lesiones, entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies, debilidad de las manos, pies o párpados, dolor o hipersensibilidad de los nervios, inflamación o presencia de nódulos en la superficie corporal, heridas o quemaduras indoloras en las manos o pie.<sup>27</sup>

Es importante conocer si el paciente procede o no de área endémica, antecedentes de contactos con otros enfermos de Lepra, el tipo de signo-sintomatología (hiperestesia, hipoestesia, hormigueos, disminución de fuerza, epistaxis, lesiones cutáneas o mucosas.) y tiempo de evolución. Deben ser registrados los tratamientos previamente realizados, como así también enfermedades previas significativas y enfermedades intercurrentes<sup>28</sup>

El examen clínico consiste en la inspección meticulosa a fin de detectar la presencia de lesiones cutáneas (infiltración, máculas, pápulas, úlceras y nódulos) y mucosas asociadas a pérdida o trastornos de la sensibilidad; compromiso del sistema nervioso periférico reflejado por engrosamiento y/o dolor del nervio comprometido y en algunos casos lesiones viscerales.<sup>22, 25,29</sup>

La Lepra indeterminada (LI) constituye la forma de inicio de la enfermedad por lo cual se hace necesario un alto índice de sospecha para arribar a su diagnóstico. El estado inmunológico del huésped determinará su viraje hacia alguno de los polos del espectro o su permanencia indefinida como tal. Clínicamente se caracteriza por presentar una mácula hipopigmentada o eritematosa, única o menos frecuentemente múltiple, de unos pocos centímetros de diámetro, que puede localizarse habitualmente en cara, tronco o superficie extensora de miembros. Estas lesiones pueden encontrarse hipo o anestésicas, con alteración de la sudoración y pérdida del vello en la zona afectada. No hay compromiso de membranas mucosas ni de órganos internos. Los nervios periféricos no se encuentran engrosados. La baciloscopía en estos casos es en general negativa y más raramente positiva.<sup>22,29</sup>

La Lepra tuberculoide (LT), forma clínica estable, de alta resistencia por lo cual la baciloscopía en estos casos es negativa. Clínicamente se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas, constituidas por placas sobre elevadas, eritematosas, con bordes bien definidos y continuos. En número menor a 5, con un tamaño inferior a 10 cm de diámetro, se localizan en forma asimétrica en cualquier parte del tegumento, a veces siguiendo el trayecto del nervio afectado. Estas lesiones se encuentran anestésicas, sin sudoración y con alteración del crecimiento del pelo. No hay compromiso de membranas mucosas ni de órganos internos. La alteración del sistema nervioso periférico, es comúnmente unilateral. Clínicamente se traduce por el engrosamiento del nervio con alteración de la sensibilidad termoalgésica en el territorio inervado por él. Los nervios más comúnmente afectados son, en orden de frecuencia: cubital, mediano, tibial posterior, ciático poplíteo externo, radial, facial, ramas auricular y transversa del plexo cervical superficial, supraorbitario y supraclavicular.<sup>25,29</sup>

La Lepra lepromatosa (LL) representa el polo contrario a la Lepra tuberculoide, con compromiso de la piel, nervios y órganos internos, curso insidioso y múltiples complicaciones. Constituye una forma estable desde el punto de vista inmunológico, con baja resistencia, por lo cual la baciloscopía es fuertemente positiva. Se caracteriza clínicamente por la presencia de lesiones cutáneas generalizadas, simétricas y bilateralmente distribuidas. Los primeros signos en aparecer son máculas de color hoja seca, de límites difusos y numerosos; estas pueden coalescer afectando uniformemente la piel, respetan algunos sectores como cuello, pliegues y gotera vertebral. Si la enfermedad sigue su curso sin realizar tratamiento aparecen las siguientes lesiones. Tubérculos o lepromas son lesiones sobre elevadas, color piel, de tamaño variable, se encuentran en forma aislada o se aglutinan formando placas, se localizan en cualquier parte del tegumento. Facies leonina: la infiltración cutánea a nivel de cara provoca ésta facie característica, con acentuación de los pliegues cutáneos, caída de la pirámide nasal (secundaria a la perforación del tabique nasal), madarosis (caída de pestañas), alopecia de la cola de las cejas e infiltración de los lóbulos de las orejas en badajo de campana.<sup>29</sup>

La disminución o desaparición de las cejas y pestañas se debe a la infiltración de los folículos pilosos, que en casos avanzados es irreversible. En algunos ocasiones, por atrofia de los tejidos vecinos, algunas pestañas pueden dirigirse hacia el ojo (triquiasis) dando lugar a lesiones corneales. Las lesiones más comunes a nivel ocular son el lagofthalmos y la insensibilidad corneal. El lagoftholmo es el resultado de la parálisis de los músculos orbiculares de los párpados. No hay parpadeo y los ojos se encuentran abiertos, por esta razón, están expuestos a conjuntivitis, queratitis, ulceración corneal e infección intraocular.<sup>25</sup>

La alteración del sistema nervioso periférico es de instalación lenta desde el inicio de la enfermedad, provocando una disminución de la sensibilidad con distribución simétrica hasta inclusive la anestesia en etapas más avanzadas. La sensibilidad térmica es la primera en afectarse, seguida por la táctil y por último la dolorosa. Inicialmente se comprometen las superficies extensoras de antebrazos, piernas, manos y pies para luego extenderse en forma proximal. Los trastornos tróficos que aparecen por alteración nerviosa son: mal perforante plantar, úlceras de piernas y atrofia muscular; la debilidad que provoca esta última se inicia por lo general en manos y pies.<sup>22, 25,29</sup>

La Lepra borderline o dimorfa (LB) constituye la parte central del espectro, entre los polos de alta (tuberculoide) y baja (lepromatosa) resistencia, pudiendo virar hacia cualquiera de ambos extremos. Inmunológicamente inestable, provoca además episodios reaccionales que generan compromiso neurítico severo con mayor riesgo de desarrollar discapacidades. Clínicamente se caracteriza por presentar lesiones anulares, con zonas centrales que tienden a la curación, con aspecto de recorte de hostia y borde periférico más bien difuso (BB). Cuanto más se acerca hacia el polo de mayor resistencia, las lesiones se asemejan a la Lepra tuberculoide, aunque más numerosas y de mayor tamaño (BT), por el contrario, cuando se acercan al polo de menor resistencia, las lesiones se asemejan a la Lepra lepromatosa, pero sin presentar los estigmas de este extremo (BL).<sup>22, 25,29</sup>

La Lepra nodular infantil forma clínica infrecuente es una variedad clínica benigna, se presenta en niños, hijos de familiares (intradomiciliarios) con formas multibacilares.

Las lesiones asientan en áreas expuestas, cara, glúteos, miembros superiores, etc, son únicas o escasas. No existe compromiso de nervios periféricos y órganos internos ni presenta episodios reaccionales. No evoluciona hacia otras formas clínicas por lo cual presenta pronóstico favorable. No requiere de tratamiento. La baciloscopía es negativa.<sup>29</sup>

La Lepra infantil es excepcional antes del año, las edades más frecuentemente afectadas son entre los 6 y 14 años. Las formas más frecuentes son la Lepra indeterminada y tuberculoide, seguida por la forma borderline. No se recomienda quimioprofilaxis en niños con contactos bacilíferos. Maniobras para explorar sensibilidad: El enfermo deberá ser instruido respecto a las pruebas que se le van a realizar, tratando de contestar sin mirar. Se explorarán las lesiones cutáneas sospechosas y se deberán comparar con la piel aparentemente normal.<sup>29</sup>

La sensibilidad térmica se explorará usando dos recipientes adecuados, uno conteniendo agua caliente y la otra agua fría, se tocará alternadamente con cada uno la zona a explorar, el enfermo deberá contestar si siente frío o calor. La sensibilidad al dolor se investigará con una aguja estéril, tocando alternadamente con la punta o la cabeza del mismo, el paciente deberá contestar si toca o pincha. La sensibilidad al tacto se explorará con un trozo de algodón. Los troncos nerviosos periféricos deberán explorarse en ciertos lugares específicos, por ejemplo: Cubital: canal epitrocúleo craneano, Mediano: canal del carpo, entre los tendones del palmar mayor y menor, Ciático poplíteo externo: detrás de la cabeza del peroné, Tibial posterior: por detrás del maléolo interno, Rama auricular del plexo cervical superficial: zona lateral del cuello.<sup>30</sup>

El tratamiento supervisado no sólo permite vigilar la toma de la droga, sino mantener contacto en forma permanente con el enfermo, realizar la anamnesis, examen físico, aparición de posibles reacciones adversas o complicaciones y control baciloscópico cuando sea necesario.<sup>31-33</sup>

Se considerará paciente curado cuando finalice el tratamiento adecuadamente en el período de tiempo estipulado de 24 meses en los multibacilares y 6 meses en los

paucibacilares, se dará alta clínica en no menos de 18 meses con un período de observación de 10 años en los multibacilares y de 3 años en los paucibacilares. De no cumplirse con estos requisitos, se considerará abandono o incumplimiento del mismo y deberá reiniciarlo.<sup>31, 33</sup>

Todos ellos se administran por vía oral. La monoterapia con cualquiera de los fármacos disponibles es considerada iatrogénica, por lo cual está definitivamente contraindicada su prescripción. En la actualidad se utiliza el esquema poliquimioterapia recomendado por la OMS en 1982 en el cual es imprescindible dividir en dos categorías a los pacientes: MB y PB. El esquema consiste en administrar una toma mensual supervisada y una toma diaria autoadministrada, combinando de dos a tres drogas: Rifampicina, Clofacimina y Dapsona. Es seguro para la mujer y su bebé durante el embarazo y lactancia. Pueden administrarse a pacientes con Virus de Inmunodeficiencia positivos en tratamiento antirretroviral y a pacientes en tratamiento para Tuberculosis.<sup>27</sup>

Para realizar un correcto control en la atención primaria deberá realizarse un diagnóstico de situación en cada lugar donde se detecte un paciente con enfermedad de Lepra ya que el mayor porcentaje de posibles nuevos casos surgirán del entorno íntimo del paciente; es importante durante la anamnesis establecer condiciones de vida del paciente, grupo familiar, social, entorno laboral y contactos interhumanos en cada ámbito. Los contactos deben ser citados a los centros más cercanos a su domicilio a fin de detectar precozmente un paciente enfermo y de esta manera poder actuar oportunamente. En caso de no resultar, los centros de atención deberán efectuar visitas programadas a las zonas referidas por el paciente.<sup>33, 34</sup>

Los centros de atención deben interactuar con la comunidad a fin de educar e informar a cerca de aspectos básicos de la enfermedad (qué es, como se contagia, cuáles son sus manifestaciones, cómo es su tratamiento y seguimiento) recalcando siempre la importancia de tratarse de una enfermedad que tiene cura. De esta manera se evitarán los prejuicios tan estigmatizantes de esta patología.<sup>33, 34</sup>

Debido a que la enfermedad de Lepra puede alterar la estructura y funcionamiento de algunas partes de cuerpo, se suele identificar la misma con atributos profundamente desacreditadores. Es decir que se estigmatiza a la persona afectada y el grado de estigmatización se expresa en la caracterización, que social e históricamente, se ha hecho de la enfermedad. Por lo tanto para el control de la Lepra y para la reducción de los prejuicios, se hace necesario neutralizar el rechazo de quienes no padecen Hansen y, por otro lado, promover el no ocultamiento de quienes si lo padecen, ya que de lo contrario se permite la continuidad de la cadena de transmisión.<sup>33, 34</sup>

Vencer a la enfermedad no sólo requiere la colaboración de las autoridades sanitarias, del equipo de salud, sino también de la comprensión y concientización de la sociedad en su conjunto. En esta lucha la prevención es vital, ya que localizar a los enfermos precozmente reduce las lesiones físicas y acelera la curación. También se hace necesario fomentar e instalar el mensaje de que la enfermedad tiene cura y los enfermos, diagnosticados y bajo tratamiento, pueden desarrollar sus actividades laborales y sociales sin ningún impedimento. Se requiere de un equipo multidisciplinario para llevar a cabo en forma permanente, la tarea de vigilancia de contactos.<sup>33, 34</sup>

Se define la intervención educativa como: “Una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general”.<sup>35</sup>

Dentro de los objetivos de la intervención tenemos la intervención psicoeducativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los

ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos.<sup>35</sup>

El Contenido de la intervención constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades. Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas.<sup>36</sup>

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio.<sup>37, 38</sup>

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación. El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado; el nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización; el nivel de la organización, asumiendo la complejidad de la misma; el nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera.<sup>38</sup>

Se pueden contemplar cuatro funciones de la intervención comenzando con la terapéutica que desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado; la preventiva que está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis.

Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades; el desarrollo que no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social; y la intervención social que desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento-agente’ de cambio social.<sup>39</sup>

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo los déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social)<sup>40</sup>

Dependiendo de los distintos modelos de intervención adoptados, podemos encontrar dos tipos de agentes de la intervención: entre profesionales y para profesional (colaboradores del profesional), como la investigación realizada en el contexto de la Ciudad de la Habana trabajando con profesionales de las ciencias médicas de todas las policlínicas del municipio 10 de octubre la Dra. Ochandategui Camejo expresa resultados que avalan la efectividad de las intervenciones educativas cuando al inicio de su estudio el 85% de los profesionales tenían un nivel de conocimientos insuficientes y luego de haber realizado la intervención el mismo se elevó al 95 %.<sup>40 - 42</sup>

El modelo más defendido es el que plantea una acción mediadora y colaborativa entre profesionales directos de la intervención y participantes colaboradores que median en el proceso. La intervención llevada a cabo por un profesional, que se

desplaza al lugar de la intervención y desarrolla todo el proceso, posee un corte clínico que ha demostrado ser poco eficaz en el contexto de la intervención social.<sup>43</sup>

Desde los modelos mediadores, no es el profesional quien lleva el peso de la intervención directa, sino son estos para profesionales o colaboradores, insertados en los ambientes concretos, quienes llevan a cabo el programa de intervención con destinatarios de la misma. Este tipo de intervención ha resultado ser más didáctica y más efectiva a largo plazo. Conlleva unanimidad en la valoración del papel de la intervención, y debe ser pactada y desarrollada en torno a parámetros de participación, corresponsabilidad y cooperación. Los participantes son los que diseñan la intervención, no especialistas externos. A partir de este modelo podemos encontrar dos tipos de agentes: los internos (forman parte de la institución desde donde se instaura el programa) y los externos (colaboran con el proyecto, desde fuera).

Cuando ambos profesionales colaboran entre sí en un mismo programa de intervención se configura una situación mixta. Un trabajo realizado por la Dra. C. Ana Teresa Fariñas Reinoso de la Escuela Nacional de Salud Pública arroja resultados significativos ya que sitúa a los médicos que laboran en contextos de América Latina con necesidades de aprendizaje con niveles bajos 88.6 % de conocimientos sobre salud y luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92.5 %. Estas modalidades de trabajo están cobrando mucho auge en los últimos años, no solo con fines propios de intervención sino también de investigación, constituyendo toda una línea de trabajo identificada con el término de investigación cooperativa.<sup>44</sup>

Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue más fácilmente si estas personas participan en las decisiones que afectan a las

distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario. <sup>44 - 46</sup>

La intervención debe relacionarse con la investigación, de modo que permita guiar el proceso de intervención, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido e, incluso, validar o falsear principios teóricos sobre los que se sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la intervención, tanto en el diseño como en el desarrollo de la misma, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de valorar los cambios. <sup>47,48</sup>

**Hipótesis de investigación:** Si se aplica una intervención educativa sobre la Lepra, pudiera modificarse el conocimiento de la población de riesgo perteneciente al área rural La Ofelia del municipio de Venezuela.

## **MÉTODO.**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de una intervención educativa para modificar conocimientos relacionados a la Lepra en la población de riesgo pertenecientes al área rural La Ofelia del municipio de Venezuela en Ciego de Ávila, en el período comprendido entre marzo 2018 a marzo 2019.

### **Universo y muestra.**

El universo estuvo constituido por 350 personas pertenecientes al área de salud antes referida en Ciego de Ávila, en el período de estudio antes comprendido. La muestra fue conformada por 75 personas a través de un muestreo intencionado, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

### **Criterios de inclusión:**

Población de riesgo con edad mayor de 18 años que dieron su disposición para participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado (ver Anexo I).

### **Criterios de exclusión:**

Pacientes con discapacidad Intelectual.

Población que no deseen participar.

### **Criterios de Salida:**

Pacientes que decidan retirarse de la investigación.

Población que tengan 3 ausencias o más durante el tiempo que se lleve a cabo el estudio.

## **Métodos de obtención de información.**

Los datos fueron recogidos a través del cuestionario (Anexo II) fuente de información primaria de la investigación, aplicada antes y después; creada por el autor y aprobada por criterio de experto del servicio de Medicina General Integral del área de salud del policlínico Juan Olimpio Valcárcel municipio Venezuela, Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó inicialmente un cuestionario de recogida de información, luego se aplicó el programa de intervención educativa (ver Anexo III) diseñado para modificar los conocimientos relacionados con la enfermedad de la Lepra en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una vez concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

La aplicación de la intervención educativa consta de la etapa diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

En la etapa diagnóstica los conocimientos sobre la Lepra fueron identificados utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

En la etapa de intervención propiamente dicha, la muestra fue conformada por un grupo de 75 personas que se dividieron en tres grupos de 25 personas, la intervención se elaboró en bases de la necesidades reales y sentidas de la población, la intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses y medios (6 semanas) y para ello se desarrolló 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de tres veces por semana. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

En la etapa de evaluación y análisis de los resultados, se aplicó el mismo cuestionario inicial y se evaluó la modificación del conocimiento sobre la Lepra en los participantes del estudio después de la intervención, bajo los principios de la primera, una semana después de finalizada la intervención educativa.

### **Métodos teóricos.**

El análisis histórico lógico se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de su historia, por lo que se empleó para indagar sobre los conocimientos que poseían la población sobre la Lepra.

El análisis y 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.

En la inducción y deducción se establecieron generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.

El hipotético y deductivo deduce una hipótesis como respuesta al problema.

### **Métodos del nivel empírico:**

La técnica de recolección de la información fue la encuesta, método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

### **Procesamiento estadístico.**

Se aplicó la técnica de McNemar para analizar la efectividad de la intervención. (Esta prueba estadística es utilizada cuando estamos en presencia de datos binarios (0,1). Se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado y de esta forma hallar diferencias significativas entre el conocimiento sobre la Lepra en la población de riesgo, antes y después de la aplicación del programa educativo. Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y se resumió en frecuencias

absolutas y porcentajes. Esta prueba es muy significativa por debajo de 0,1; significativa entre 0,1 y 0,5; y no significativa por encima de 0,5.

### **Aspectos éticos**

Este proyecto de intervención educativa está en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación.

La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los participantes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

### Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa Continua	18 -28 años 29-38 años 39-48 años 49-60 años Más 60 años	Se evalúan 5 grupos según años cumplidos	Porcentaje según categorías
Género	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino  Masculino	Según género biológico de pertenencia	Porcentaje según categorías.
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria sin terminar  Primaria  Secundaria  Preuniversitario  Universitario	Según nivel de escolaridad vencido.	Porcentaje según categorías.
Conocimiento	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado.  Inadecuado.	Según nivel de conocimientos recogido en el cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

## PROGRAMA EDUCATIVO.

<b>Tipo de actividad.</b>	<b>Lugar de la actividad.</b>	<b>Tema.</b>	<b>Objetivos.</b>
Conferencia	Escuela Primaria Esteban López Hainee	Introducción al programa Educativo.	Presentar a los participantes y crear relaciones afectivas entre los mismos.  Presentar el curso y sus objetivos.  Motivar a la divulgación de los temas impartidos a amigas, vecinas u otras personas
Conferencia	Escuela Primaria Esteban López Hainee	Introducción sobre la enfermedad de Lepra.	Mostrar aspectos de la Lepra.  Definir el concepto.
Conferencia	Escuela Primaria Esteban López Hainee	Forma de transmisión y tratamiento de la Lepra.	Explicar las principales formas de transmisión e

			<p>infección de la Lepra.</p> <p>Mostrar la forma de evitarlas.</p>
Conferencia	Escuela Primaria Esteban López Hainee	Forma clínica de presentación de la Lepra y diagnóstico.	<p>Explicar las formas clínicas más frecuentes de la Lepra.</p> <p>Definir el diagnóstico de la Lepra.</p>
Conferencia	Escuela Primaria Esteban López Hainee	Cuando estamos en presencia de la enfermedad de la Lepra.	<p>Enseñar la técnica de diagnóstico más preciso en la atención primaria.</p> <p>Explicar la importancia de la pesquisa en la comunidad.</p> <p>Enseñar las características de presentación y sospecha de la Lepra.</p>

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Participantes según género y edad en La Ofelia en el 2019.

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
18 - 28 años	4	5,3	6	7,9	10	13,3
29 - 38 años	5	6,7	9	11,9	14	18,7
39 - 48 años	7	9,3	8	10,8	15	20,0
49 - 60 años	10	13,3	12	15,9	22	29,3
Más de 60 años	6	8,1	8	10,8	14	18,7
Total	32	42,7	43	57,3	75	100,0

Fue  
nte:  
Cue  
stio  
nari  
o  
de  
rec  
ogi

da de datos.

De los 75 participantes del estudio se observó que la mayoría pertenecían al género femenino 43, para un 57,3 % mientras que 32 eran masculinos para un 42,7 %, el mayor porcentaje correspondió al grupo de edad comprendido entre los 49 – 60 años, con 22 personas en este rango de edad, lo que significó el 29.3 %, siendo representativo para ambos géneros.

En un estudio realizado por la Dra. Abreu Guillén Glenys de Jesús y MsC. Escalona Veloz Rafael muestra que el grupo etario predominante fue el de 40-49 años (28,0 %), en relación con el género fue levemente más frecuente el masculino, con 56,0 % del total, lo que difiere con este estudio.<sup>53</sup>

Los resultados obtenidos, en comparación con la intervención realizada por Dra. Reley<sup>49</sup> y Echemendia<sup>52</sup>, muestran que el género masculino predominó en estas intervenciones lo cual difiere de nuestros resultados en el que prevaleció el género femenino.

En un trabajo realizado por José F, Torres Ávila y Claudia L en Bogotá, Colombia, se encontró que el grupo de edad más frecuente lo constituyó el de 21-41 años, lo que difiere con este estudio.<sup>57</sup>

Tabla 2. Participantes según escolaridad.

<b>Escolaridad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Primaria sin terminar	14	18,6
Primaria	12	16
Secundaria	28	37,3
Preuniversitario	19	25,3
Universitario	2	2,7
Total	75	100

De los 75 participantes del estudio se observó que la mayoría pertenecían a la secundaria 28, para un 37,3 % mientras que 2 eran universitario para un 2,7 %. Observándose un bajo nivel de escolaridad en la comunidad.

En un estudio realizado por el Dr. Verdasquera Corcho Denis y colaboradores en La Habana el grupo de escolaridad de mayor número de participantes pertenecía al de universitarios, lo que difiere con este estudio.<sup>54</sup>

Resultados similares se encontraron en un estudio realizado por Esmerida y colaboradores en donde se observó que el grupo de escolaridad que predominó fue el de secundaria en un 35,4%.<sup>59</sup>

Tabla 3. Conocimientos sobre generalidades de la Lepra.

Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	3	4,0	73	97,3
Inadecuado	72	96,0	2	2,7
Total	75	100,0	75	100,0

Prueba de McNemar  $p=0,000$

Antes de aplicar el programa de intervención no lograron responder adecuadamente las preguntas del cuestionario 72 participantes para un 96,0 %, una vez culminado el mismo y de esperar un tiempo prudencial, 73 participantes respondieron correctamente este acápite elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta un 97,3 %, solo 2 participantes no respondieron adecuadamente para el 2,7 %. La razón de los cambios fue estadísticamente positiva y significativa con una  $p =0,000$ .

Los resultados obtenidos, en comparación con la intervención realizada por Reley <sup>49</sup>, muestran una diferencia en el incremento de respuestas correctas (se aumentó en 62 % y en la actual investigación en aproximadamente 93 %). Sin embargo, en comparación con las intervenciones de Pereira y colaboradores. <sup>50</sup> Deslisle y colaboradores <sup>51</sup> se alcanzó un 10 % mayor de respuestas correctas, estadísticamente no significativas.

Resultado similar fue encontrado en un estudio realizado por la Dra. Echemendia Ferreiro Anairis en Venezuela donde sí se modificó el conocimiento sobre las generalidades de la Lepra.<sup>52</sup>

En el estudio de Oramas Fernández y colaboradores, encontraron que el 70 % de los enfermos fueron diagnosticados tardíamente. Al explorar el conocimiento que tenían sobre la Lepra se observó un deficiente conocimiento, lo cual deduce la importancia de la intervención comunitaria con el objetivo de modificar estilos de vida y promover conductas de salud saludables.<sup>55</sup>

Tabla 4. Conocimientos sobre forma de transmisión de la Lepra.

Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	2	2,7	70	93,3
Inadecuado	73	97,3	5	6,7
Total	75	100,0	75	100,0

Prueba de McNemar  $p=0,000$

En el estudio realizado de los 75 participantes de la muestra, 73 de ellos no alcanzaron identificar las respuestas correctas de los incisos consignados en la encuesta lo que representó un 97,3 %, una vez finalizada la intervención educativa y replicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se modificó a 70 (93,3 %). La razón de los cambios fue estadísticamente positiva y significativa con una  $p=0,000$ .

Resultado similar fueron encontrados en estudios anteriores donde las respuestas correctas antes de las intervenciones realizadas eran bajas (entre un 12 y 20 % aproximadamente). El incremento actual de respuestas correctas (aproximadamente

90 %), aunque significativo según la prueba de McNemar, resulta superior en comparación con el 60 % de los estudios precedentes.<sup>49, 50, 51</sup>

En comparación con otros trabajos como el estudio realizado por la Dra. Echemendia Ferreiro Anairis en Venezuela, se observó que había un adecuado conocimiento sobre las formas de transmisión de la Lepra antes de realizada la intervención educativa lo cual no ocurre en este trabajo.<sup>52</sup>

Tabla 5. Conocimientos sobre forma clínica de la Lepra.

Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	4	5,3	72	96,0
Inadecuado	71	94,7	3	4,0
Total	75	100,0	75	100,0

Prueba de McNemar  $p=0,000$

Al valorar los resultados reflejados en la tabla 5, sobre las formas clínicas de la Lepra, antes de aplicar el programa educativo los participantes mostraron un inadecuado conocimiento sobre las mismas con 71 de ellos que representaron un 94,7 %. Una vez finalizada la intervención, se modificaron los conocimientos adecuadamente en 72 participantes para un 96,0 % elevando la preparación de los encuestados. La razón de los cambios fue estadísticamente positiva y significativa con una  $p = 0,000$ .

De manera general, comparando los resultados obtenidos con las investigaciones consultadas se haya correspondencia a nuestros hallazgos ya que se observó un incremento significativo en el porcentaje de respuestas correctas después de aplicada la intervención.<sup>49, 50, 51, 52</sup>

En un estudio realizado por el Dr. Galván se observó resultados similares en cuanto al conocimiento inadecuado de las formas clínicas de la Lepra en la población.<sup>56</sup>

Los resultados obtenidos, en comparación con la intervención realizada por Esmerida y colaboradores, muestran que antes de la intervención existía un inadecuado conocimiento acerca de las formas clínicas de la Lepra coincidiendo con este estudio, luego de replicado el cuestionario se observó diferencia en el incremento de respuestas correctas (se aumentó en un 53 % y en la actual investigación en aproximadamente 90 %).<sup>59</sup>

Tabla 6. Conocimientos sobre sospecha de Lepra.

Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	1	1,3	71	94,6
Inadecuado	74	98,7	4	5,4
Total	75	100,0	55	100,0

Prueba de McNemar  $p=0,000$

Se observó que en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, solo uno de los participantes presentó un adecuado conocimiento sobre síntomas sospechosos mencionados para esta enfermedad para el 1,3 % de la muestra y 74 para el 98,7 % no marcaron los ítems correctos de la encuesta. Una vez terminado el proceso de intervención, las respuestas correctas se elevaron a 71 de los participantes para un 94,6 % lo que resultó en una modificación significativa y positiva con una  $p =0,000$ .

Resultado similar fueron encontrados en un estudio realizado por la Dra. Iturralde Reley Dayaima en Venezuela, observándose un incremento significativo en el

porcentaje de respuestas correctas después de aplicada la intervención sobre sospecha de Lepra.<sup>49</sup>

En un estudio realizado por el Dr. Guerrero, M. y León, S. se observó un conocimiento inadecuado en cuanto a la sospecha de Lepra, lo que favorece a un diagnóstico tardío de esta enfermedad.<sup>58</sup>

Tabla 7. Conocimientos sobre curabilidad de la Lepra.

Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	5	6,7	69	92,0
Inadecuado	70	93,3	6	8,0
Total	75	100,0	75	100,0

Prueba de McNemar  $p=0,000$

Al preguntar si la Lepra es una enfermedad curable se evidenció que al inicio el 93,3 % con 70 encuestados no lograron responder adecuadamente la pregunta una vez finalizada la intervención se apreció un adecuado conocimiento al modificar las respuestas correctas en 69 para un 92,0 %, lo que resultó en una modificación significativa y positiva con una  $p =0,000$ .

Resultado similar fueron encontrados en un estudio realizado por la Dra. Echemendia Ferreiro A. en Venezuela, observándose que había un inadecuado conocimiento sobre la curabilidad de la Lepra antes de la intervención para luego obtener un aumento significativo del porcentaje de respuestas correctas después de la intervención educativa.<sup>52</sup>

En un estudio realizado por Pereira y colaboradores se observó que antes de la intervención existía un adecuado conocimiento sobre curabilidad de la Lepra lo cual no corresponde con esta intervención.<sup>50</sup>

## **CONCLUSIONES.**

De la población de riesgo incluida en el estudio predominó el género femenino y las edades entre 49 - 60 años, con un nivel escolar secundario. Casi la totalidad de los participantes presentaban un inadecuado conocimiento sobre la Lepra. La intervención educativa resultó efectiva en todos los participantes al modificar el conocimiento sobre generalidades de la Lepra, su forma de transmisión, forma de presentación, sospecha y curabilidad de la misma.

## **RECOMENDACIONES.**

Extender la aplicación de esta intervención educativa a todas las comunidades del municipio Venezuela y de la provincia Ciego de Ávila dada la reemergencia de la Lepra en la actualidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Colectivo de autores. Instituto Nacional de Salud. Protocolo Vigilancia Epidemiológica Instituto Nacional de Salud 2014. [página de internet] Disponible en:<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/protocolos>.
2. Abreu Guillén Glenys de Jesús, Escalona Veloz Rafael. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con estados reaccionales de lepra. MEDISAN [revista en Internet]. 2015 [ cited 18 Sep 2017 ] ; 19 (7): [aprox. 9p]. Available from:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192015000700005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000700005&lng=es)
3. Blanco, C., & Claxton, M. Lepra: una enfermedad no erradicada. Carta al editor Medisur, 2018.
4. Fitzpatrick T. Dermatología en medicina general. 8 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 2445-55.
5. Idemyor V. Lepra infection: inextricably linked liaison. J Natl Med Assoc 2016; 99(12):1414-9.
6. Organización Mundial de la Salud. Lepra. Nota descriptiva No. 101/ Enero 2014. Ginebra: OMS; 2014 [citado 14 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>
7. Estrategia mundial para la lepra 2016–2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Guía de monitoreo y evaluación. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2017 [citado 25/6/2018]. Disponible en:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225874-sp.pdf;jsessionid=F9F30C31F012767DBFE5FE5F2A82D8DD?sequence=11>
8. Cabrales León MO, Leyva León Ál, Ramírez Oquendo R, Álvarez YaborVd, Escalona Pérez I. Comportamiento de la lepra en la provincia en Cuba, 2003-2012.

Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2014 [citado 2018/1/25]; 39(5). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/download/274/460>

9. Moreira Rios I, Moreno Diaz EN, Sotolongo Castillo A, Rivera Moreira A, Carballea Suárez Y. Enfoque de los factores de riesgo de la lepra con las determinantes sociales de la salud. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2014 [citado 14/05/2018]; 52(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032014000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000100002)

10. Sánchez Machado OF, Martínez Fando B, Palacios Madrazo I, Lugo González. AM, Quintana García T. Comportamiento clínico y epidemiológico en el diagnóstico tardío de lepra. Gaceta Médica Espirituana 2014; 16(1): 28-37.

11. Ortega González LM. Lepra (Enfermedad de Hansen). Principales afecciones del individuo con el contexto social y familiar. En: Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. P. 430-34.

12. Moreira Rios I, Rivera Moreira A, Ochoa Clara I, Pérez Moreno N, Iglesia Romero DE. Prevalencia y pronóstico de la lepra en Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas 2014 Feb; 18(1): 57-65.

13. Matos RO, de Souza Monteiro AP, de Barros Pontes L, do Socorro dos Santos Campos M, Ribeiro Teixeira R. Tratamento da hanseníase em uma unidade básica de saúde. Rev Med. 2015; 16(4):37-40.

14. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2017. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana: s.n., 2018.

15. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Presentación lepra en las regiones de las Américas 2013. [www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task) Lepra en la Región de las Américas, 2013. Programa

Regional de Lepra. Unidad de Control de Enfermedades. Consultado 19 de enero de 2016.

16. OMS. Estrategia mundial para la lepra 2016-2020. Guía de monitoreo y evaluación. 2017, [Citado 12 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225874-sp.pdf?sequence=11>.

17. Gómez, J. Situación actual de la lepra: Últimos datos. Revista de Leprología, 2018, 31(4), p. 257.

18. OMS. Weekly Epidemiological Record. Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy, 2018, Vol 92(35), 501–520. Disponible en: <http://www.who.int/wer>.

19. Organización Mundial de la Salud. Global leprosy update, 2014: need for early case detection, disponible en: <http://www.who.int/wer/2015/wer9036.pdf>. Consultado 19 de enero de 2016

20. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Presentación lepra en las regiones de las Américas 2014. [www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task) Lepra en la Región de las Américas, 2014. Programa Regional de Lepra. Unidad de Control de Enfermedades. Consultado 19 de enero de 2016.

21. Benedek TG. The history of gold therapy for Lepra. J Hist Med Allied Sci. 2014; 59: 50-89.

22. Eichelmann K, González González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Leprosy. An Update: Definition, Pathogenesis, Classification, Diagnosis, and Treatment. Actas Dermosifiliogr. 17 de julio de 2014.

23. Fischer J, Jaled M, Olivares L, Pardo Méndez N, Loos M. Lepra y discapacidad grado 2. Revisión de 10 años del Servicio de Dermatología del Hospital "F. J. Muñiz". Dermatol Arg [Internet]. 2014 [citado 12 Jul

2014];19(6):40712.Disponible en:<http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolog/article/view/1218/685>

24. Gómez, J. Situación actual de la lepra: Últimos datos. Revista de Leprología, 2018, 31(4), p. 257.

25. Bologna, Jean L, Joseph L Jorizzo, y Julie V Schaffer. Dermatology. [S.l.]: Elsevier Saunders, 2014.

26. Faizal M, Rincón G, Betancourth M, Calderón CA y cols. Guía de atención de la lepra. Medicina & Laboratorio 2014; 17:359-388

27. Pannikar V. Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy: 2011-2015. Lepr Rev. diciembre de 2015;80(4):3534.

28. Una guía para el control de la lepra. Segunda edición. Leprología Básica. Ministerio de Salud de la Nación. Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer. Área programática. 2014

29. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. / [edited by] Lowell A. Goldsmith. [et al.]. New York: McGraw-Hill Professional; 2015.

30. Ramos-e-Silva M, Rebello PF. Leprosy. Recognition and treatment. Am J Clin Dermatol. 2014;2(4):203-11.

31. Di Martino Ortiz B, Rodriguez Masi M, Knopfmacher O, Bolla de Lezcano L. Lepra infantil: presentación de un caso: childhood Leprosy: report a case. Fontilles, Rev. Leprol. 2015; 28:5-10

32. Ferrer M, Vereá A, Pecotche D, Ivanov M, Lucini D. Lepra histioide de Wade Arch. Argent. Dermatol. 2015; 60:111-114.

33. Álvarez Sintés R [y otros].Temas de Medicina General Integral. La Habana: editorial Ciencias Médicas; 2014.

34. Van Veen NHJ, Lockwood DNJ, Van Brakel WH, Ramirez J Jr, Richardus JH. Interventions for erythema nodosum leprosum. A Cochrane review. *Lepr Rev.* diciembre de 2016;80(4):355-72.
35. ¿Qué es la intervención socioeducativa? [Página en Internet].UPN; 2009 [citado 29 Oct 2014] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://upnintervencioneducativa-tere.blogspot.com/>
36. Arias Carbonell MM, Cano Pozo E, Torres Leyva JE. Estrategias de aprendizaje de los residentes en Medicina General Integral del Centro Oftalmológico “José Martí”. *Educ Med Super* [serie en Internet]. 2012 [citado 29 Oct 2012]; 24(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412010000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200010).
37. Integrating concepts of cognitive or learning style: a review with attention to psychometric standards. Ottawa: Canadian College of Health Service Executives; 2010.
38. Puerta E. Aprendizaje autogestionado asistido (AAA). Bogotá: Santillana; 2015.
39. UNESCO. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior; Paris; 1998. Material docente del módulo de postgrado. [Documento no publicado].
40. Morles V, Álvarez N, Camino J, Castillo E, Manzanilla O, Nieves F, et al. Sistema nacional de educación avanzada. Caracas: Centro de Estudios e Investigaciones sobre 26. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. *Educ Med Super* [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2009]; 22(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es)
41. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. *Educ Med Super* [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2009]; 22(2): [aprox. 8 p.]. .

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es).

42. Muñoz Quezada MT. Estrategias de aprendizaje en estudiantes universitarios [página en Internet]. 2007 [citado 10 Sep. 2009] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/autores/autor-69-maria-teresa-munozquezada-HTML>.

43. Isolina Cardozo SM, Marcelo Andino G, Brunnetti Esquivel AB, Espindola E. Efectividad de los métodos activos como estrategia de enseñanza-aprendizaje en grupos grandes y heterogéneos. Educ Med Super [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2010]; 22(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412008000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000100004&lng=es)

44. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015 [página en Internet]. La Habana: MINSAP; 2005. [Citado 29 Oct 2010] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://intranet.sld.cu/areas-del-cnicm/servicios-especiales-de-informacion/departamento-de-fuentes-y-servicios-de-informacion/archivo/proyecciones-salud-hasta-2015/proyecciones-de-spc-para-2015-documento-de-trabajo.doc/view>

45. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de trabajo. La Habana: MINSAP; 2005.

46. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Intervenciones comunitarias para la prevención de quemaduras y escaldaduras en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> Educación Avanzada; 2014.

47. Ríos Massabot NE, Fernández Viera RM, Jorge Pérez ER. Los registros médicos en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [serie en Internet]. 2005 [citado 29 Oct 2009]; 31(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

48. Callejo J. Articulación de perspectivas metodológicas: capacidades del grupo de discusión para una sociedad reflexiva. *Papers*. 2012; 56: 31-55.

49. Iturralde Reley D. Intervención educativa sobre Lepra en adolescentes del consultorio número 7, Municipio Venezuela. 2018

50. Pereira, L.; Campos, N.; Ruiz, Y.; Delgado, M.; La O, M.C.; Mengana, M.; Correa, M. Fernández, M. Intervención comunitaria sobre Lepra. s.l.: Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, *Revista de Información Científica*, 2007, Vol 54(2). 1028-9933.

51. Delisle, A., Ribeaux, M., Cano, J., Ana Selva, A., & Revés, L. Modificación de conocimientos sobre lepra en la atención primaria de salud. *Medisan*, 2011, Vol 15(6).

52. Echemendia Ferreiro A. Intervención educativa sobre la Lepra en adultos pertenecientes consultorio No. 26 del municipio de Venezuela en el período comprendido entre junio 2018 a febrero 2019.

53. Abreu Guillén Glenys de Jesús y MsC. Escalona Veloz Rafael. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con estados reaccionales de lepra. *MEDISAN* 2015.

54. Dr. Verdasquera Corcho Denis y colaboradores. Enfrentamiento a brotes de enfermedades infecciosas en la atención primaria de salud. 2014.

55. Oramas Fernández DK, Cruzata Rodríguez L, Sotto Vargas JD, Poulot Limonta S. Comportamiento de la lepra en dos policlínicos del municipio La Lisa. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2015 oct-dic [citado 10 abril 2017];25(4):113-140.

Disponible en:

[http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252009000400008&script=sci\\_artt](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252009000400008&script=sci_artt)

ex

56. Galván, Y. Comportamiento Epidemiológico de la Lepra en la Provincia Ciego de Ávila. Años 1990-2013. Universidad de Ciencias Médicas José Asseff Yara. Ciego de Ávila: s.n., 2014. Tesis de grado para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología.
57. José F, Torres Ávila, Claudia L. Genotipificación de *Mycobacterium leprae* Colombiano para la Determinación de Patrones de Transmisión de la Enfermedad [ sitio en Internet ].2014 [citado 25 Junio 2014 ] . [ aprox. 6p.] .Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012400642009000100002&script=sciarttext>
58. Guerrero, M. y León, S. Retraso en el diagnóstico de lepra como factor pronóstico de discapacidad en una cohorte de pacientes en Colombia, 2014, Vol. 33 (2).
59. Esmérida Deliste Griñan Ana, Ribeaux Martínez Mislav, Cano Reyes Josefina.et.al. Modificación de conocimientos sobre lepra en la atención primaria de salud. MEDISAN [serie en Internet].2014 [citado 9Jun2016]; 15(6): [aprox.1.p.] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011000600004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600004&lng=es).

**ANEXOS**

**Anexo I.**

**ACTA DE CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO  
Policlínico Docente “Juan Olimpio Valcárcel” de Venezuela  
Departamento de Medicina General Integral.  
Ciego Ávila.**

El que suscribe: \_\_\_\_\_ doy mi conformidad para participar en la investigación para modificar conocimientos sobre la Lepra. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por el Dr. Lázaro Oscar Crespo Martínez quien me ha informado que:

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no lesionará mis relaciones con los médicos de la atención primaria, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Participante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Anexo II.

Policlínico Docente “Juan Olimpio Valcárcel” de Venezuela.

Departamento de Medicina General Integral.

Cuestionario de recogida de información.

### Preguntas del cuestionario

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridad:

- a) \_\_\_ Primaria sin terminar.    b) \_\_\_ Primaria.    c) \_\_\_ Secundaria.  
d) \_\_\_ Preuniversitario.        e) \_\_\_ Universitario.

1 – ¿Conoce usted que es Lepra? Marque con una x las que considere correcta.

- a) \_\_\_ La Lepra es una enfermedad bacteriana que se manifiesta en la piel.  
b) \_\_\_ Enfermedad viral asociada a infecciones respiratorias que se manifiesta en lesiones escamosas en la piel.  
c) \_\_\_ Generalmente inicia con manchas blanquecinas en la piel, con pérdida de las sensaciones.  
d) \_\_\_ Es un germen transmisible, que requiere condiciones especiales para manifestar su contagio.  
e) \_\_\_ La Lepra es una enfermedad curable.

2- ¿Conoce usted sobre la forma de transmisión de la enfermedad? Marque con una x las que considere correcta.

- a) \_\_\_ Se considera que el ser humano enfermo es la única fuente de infección.  
b) \_\_\_ Contacto con un paciente enfermo que elimina grandes cantidades de gérmenes a través de secreciones nasales.  
c) \_\_\_ Contacto íntimo y prolongado con pacientes sin tratamientos.

- d)  Contactos con roedores y animales domésticos susceptibles de al germen.
- e)  Es una enfermedad hereditaria.

3- ¿Conoce usted la forma clínica de presentación de la Lepra para su diagnóstico? Marque con una x las que considere correcta.

- a)  Lesiones en piel blanquecinas o rojizas, con pérdida bien definida de la sensibilidad.
- b)  Pérdida de sensibilidad en manos, pies o cara.
- c)  Heridas o quemaduras indoloras en las manos o pies.
- d)  Engrosamiento de los nervios de las manos.
- e)  Inflamación o presencia de nódulos en la superficie del cuerpo.
- f)  Catarro y tos seca.
- g)  Ninguno de los anteriores.

4- ¿Conoce usted como se puede sospechar la enfermedad de la Lepra? Marque con una x las que considere correcta.

- a)  Cuando se pierde la sensación de frío o calor en la exploración de dos recipientes de agua fría y caliente.
- b)  Cuando hay pérdida de los dientes.
- c)  Cuando hay intoxicaciones de la piel y la mucosa de la boca.
- d)  Cuando al explorar con una aguja, tocando alternadamente con la punta o la cabeza del mismo, no se siente nada.
- e)  Cuando presenta visión borrosa y malestar en el cuerpo.
- f)  Nunca.

5- ¿Conoce usted sí, es curable la enfermedad de la Lepra? Marque con una x la que considere correcta.

- a)  Nunca.
- b)  A veces.
- c)  Siempre que se encuentre tempranamente.

Conocimientos sobre la Lepra.

La evaluación fue integral ya que tuvo en cuenta los 5 elementos que posteriormente se expondrán y se dio diferente puntuación en dependencia de las preguntas, calificándolas de la siguiente forma:

- **Adecuado:** Cuando haya contestado correctamente como se expone posteriormente y haya obtenido de 70 - 100 puntos en la evaluación.
- **Inadecuado:** Cuando haya contestado incorrectamente como se expone posteriormente y haya obtenido menos de 70 puntos en la evaluación.

### **Evaluación por variables del estudio.**

#### **Pregunta 1**

Conocimiento sobre generalidades de la Lepra correctamente deben marcar el inciso a, c, d, e.

Valor de la pregunta 20 puntos, (5 puntos por inciso)

- **Adecuado:** Si identifica tres o cuatro incisos correcto.
- **Inadecuado:** Si identifica dos o menos incisos correcto.

#### **Pregunta 2**

Conocimientos sobre formas de transmisión de la Lepra: Los participantes para contestar correctamente deben marcar a, b, c.

Valor de la pregunta 30 puntos, (10 puntos por inciso).

- **Adecuado:** Si identifica tres incisos correctos.
- **Inadecuado:** Si identifica dos incisos correctos o menos.

#### **Pregunta 3**

Conocimientos sobre formas clínicas de la Lepra: Los participantes para contestar correctamente deben marcar a, b, d, e.

Valor de la pregunta 20 puntos, (5 puntos por inciso).

- **Adecuado:** Si identifica tres o cuatro incisos correctos.
- **Inadecuado:** Si identifica dos incisos correctos o menos.

#### **Pregunta 4**

Conocimientos sobre la sospecha de Lepra: Los participantes para contestar correctamente deben marcar a, d.

Valor de la pregunta 20 puntos, (10 puntos por inciso).

- **Adecuado:** Si identifica dos incisos correctos.
- **Inadecuado:** Si identifica un inciso correcto o menos.

#### **Pregunta 5**

Conocimientos sobre la evolución de la Lepra: Los participantes para contestar correctamente deben marcar c.

Valor de la pregunta 10 puntos, (10 puntos por inciso).

- **Adecuado:** Si identifica el inciso correcto.
- **Inadecuado:** Si no identifica el inciso correcto.

### **Anexo III.**

Policlínico Docente “Juan Olímpio Valcárcel” de Venezuela

Departamento de Medicina General Integral.

Programa de Intervención Educativa.

#### **Objetivo General:**

Modificar los conocimientos de los grupos seleccionados sobre la enfermedad de la Lepra por medio de una intervención educativa para motivar un cambio de conducta en la población de riesgo.

#### **Específicos:**

Definir el concepto de la Lepra.

Mencionar las formas de transmisión.

Explicar las formas clínicas de presentación de la Lepra.

Describir síntomas de sospecha de presentación de la Lepra.

#### **Sección No.1.**

Tema: Introducción al programa Educativo.

Objetivos:

- Presentar a los participantes y crear relaciones afectivas entre los mismos.
- Presentar el curso y sus objetivos.
- Motivar a la divulgación de los temas impartidos a amigas, vecinas u otras personas

Lugar: Escuela Primaria Esteban López Hainee

#### **Actividades:**

Introducción: Se realizó por parte del autor la presentación de la investigación, además de la presentación de cada participante a través de la técnica: “Presentación

Cruzada”, esta consiste en: se le indicó al grupo que intercambiara información acerca de sus conocimientos de la Lepra.

Actividad Principal: Se abordan los temas relacionados con la investigación, se tiene en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos. Se aplicó el cuestionario inicial.

Cierre: Breve resumen de la labor a realizar y de precisar cuándo será el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Método de enseñanza: Conferencia.

Medios: Humanos.

## **Sección. No.2.**

Tema: Introducción sobre la enfermedad de Lepra.

Objetivos:

- Mostrar aspectos de la Lepra.
- Definir el concepto.

Actividades:

Introducción: Se explicaron las principales características de la Lepra, haciéndose énfasis en su definición.

Actividad Principal: mediante la lectura dirigida se expuso la definición de la Lepra. Posteriormente se pidió que hicieran comentarios y presentaran sus dudas, las que fueron aclaradas por el grupo con el apoyo del moderador.

Cierre: Se aplicó la técnica: “La Mecha y la Bomba”, que consistió en situar a las participantes en un círculo. Se pasan de mano en mano una pelota de izquierda a derecha y un bolo de derecha a izquierda, los que al coincidir en las manos de algunas participantes “explotan” lo cual determinó que se hicieran algunas preguntas relacionadas con el tema impartido en ese encuentro. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Lugar: Escuela Primaria Esteban López Hainee

Métodos de enseñanza: Conferencia.

Medios: Humanos, Pancarta de cartulina, Bolo, Pelota y Material de Oficina.

### **Sección No. 3.**

Tema: Forma de transmisión y tratamiento de la Lepra.

Objetivos:

- Explicar las principales formas de transmisión e infección de la Lepra.
- Mostrar la forma de evitarlas.

#### Actividades:

Introducción: Se hizo un breve resumen de la actividad anterior y se recordaron los términos y definiciones introducidas en el encuentro precedente.

Actividad Principal: Mediante la lectura dirigida se expusieron las principales características de la Lepra y sus formas más comunes de infección, posteriormente, se le mostró un vídeo, que trataba algunos aspectos del tema, aplicándose la técnica Lluvia de ideas, adaptada por el autor, que consiste en: A partir de un tema o problema se recogen, en un papelógrafo o pizarrón, todas las ideas que se produzcan por el plenario, en el orden en que aparezcan. No importa su lógica aparente, ni su relación directa con el tema. Cuantas más ideas mejor. Luego se discute cada una de las ideas o soluciones eliminando o aceptándolas según el consenso grupal. El coordinador debe hacer una síntesis final del resultado del trabajo cuidando no demeritar las ideas eliminadas sino resaltando las más acertadas.

Cierre: Se empleó una técnica de animación: dar y recibir aprecio. Todos los sujetos sentados en círculo, de izquierda a derecha, el que le dio aprecio lo reciben, luego este se expresa en voz alta para que todos los escuchen. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Lugar: Escuela Primaria Esteban López Hainee

Métodos de enseñanza: Conferencia audiovisual.

Medios: Humanos, Videos, Televisor, Pizarra y Tizas.

#### **Sección No. 4.**

Tema: Forma clínica de presentación de la Lepra y diagnóstico.

Objetivos:

1. Explicar las formas clínicas más frecuentes de la Lepra.
2. Definir el diagnóstico de la Lepra.

#### Actividades:

Introducción: Esta sección se iniciará con la técnica participativa “El Amigo Secreto”, Donde cada integrante después de haber seleccionado su pareja le tendrá que realizar una pregunta relacionada con el tema anterior y así sucesivamente todos podrán preguntar y responder.

Actividad Principal: Se inicia la sección con una conferencia por parte del autor de la investigación, sobre las formas clínicas de presentación más común de la Lepra y como llegar a su diagnóstico; luego a través de la técnica participativa, Lluvia de Ideas. Se le solicitó a los sujetos que mencionaran las formas clínicas de la lepra y su sintomatología, los cuales se escribieron por medio de un moderador en la pizarra, al finalizar el autor expuso cual sería el más importante para las pacientes.

Cierre: Se aplicó la técnica: temores y esperanza que consiste en que cada una de las pacientes exponga sus temores y esperanzas sobre el tema tratado, lo cual va seguido de un resumen de aquellos que se consideren los principales síntomas que fueron debatidos.

Tiempo: 1h

Lugar: Escuela Primaria Esteban López Hainee

Métodos de enseñanza: conferencia.

Medios; Humanos, Pizarra y Tizas.

### **Sección No 5.**

Tema: Cuando estamos en presencia de la enfermedad de la Lepra.

Objetivos:

- Enseñar la técnica de diagnóstico más preciso en la atención primaria.
- Explicar la importancia de la pesquisa en la comunidad.
- Enseñar las características de presentación y sospecha de la Lepra.

#### Actividades:

Introducción: Para lograr la motivación en este encuentro, se escogieron algunos de los participantes que de forma voluntaria quisieran relatar una vivencia.

Actividad principal: En los dos subgrupos se les entregó a los sujetos, de forma impresa una situación, que simuló un problema de salud, para que lo lean y analicen lo que se trata es de reconocer las técnicas presente en cada situación, se tiene en cuenta que ya se conocen las principales técnicas de pesquisa y diagnóstico de la Lepra. Posteriormente se realiza una exposición detallada de las conclusiones a las que arribó cada subgrupo. La técnica fue escrita en una pizarra que permitió al final de la discusión establecer un debate que involucró a todos los participantes, lo que fue dirigido por el moderador quien enfatizó en las características presentes que pudiera estar presente ante la enfermedad de Lepra.

Cierre: Se aplicó una técnica de “La Papa Caliente”, se formó un círculo y se entregó a una de las participantes un preservativo inflado en la mano, el cual tenía en su interior una pregunta sobre el tema de referencia, se pidió que lo circularan al ritmo de la música. Al detenerse el sonido quien tenía el preservativo debía explotarlo, leer la pregunta en voz alta y darle respuesta, si no fue la correcta se corrige en el grupo y se entrega otro preservativo a los participantes, prolongándose el juego hasta que se terminen las preguntas.

Tiempo: 1h

Lugar: Escuela Primaria Esteban López Hainee

Métodos de enseñanza: conferencia.

Medios; Humanos, Pizarra y Tizas.

### **Etapas de Evaluación.**

En la tercera etapa, se aplicó por segunda vez el mismo cuestionario una vez impartido el programa educativo, donde se pudo modificar el conocimiento de la población de riesgo.

Análisis de los Datos:

A la información obtenida en el cuestionario sobre la Lepra, se le realizó un análisis cualitativo, para lo cual se utilizó el programa EXCEL, las dos fases de estudio (antes y después de la aplicación del programa educativo) fueron confrontadas, comparando los resultados y expresándolo en tablas en forma de por cientos.

El procesamiento de la información, incluyó el cálculo de medidas descriptivas para variables cualitativas como las frecuencias absolutas y porcentajes, se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 11.0 para Windows utilizándose una laptop marca ASUS, con una confiabilidad del 95 %. Los resultados se ilustraron en tablas en forma de por cientos, comparando los resultados antes y después de la aplicación de la intervención educativa.