

**Facultad de Ciencias Médicas
“José Assef Yara” Ciego de Ávila
Policlínico Docente Gaspar
“Mario Páez Inchausti”**

**TITULO: *INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LEPRO EN CONTACTOS DE UN
CONSULTORIO DEL ÁREA GASPAR.***

**AUTOR: Dra. IDA IRIS GAMBOA MENDOZA.
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

**TUTOR: Dra. MARIA ELENA ABSTENGO PAZOS.
MASTER EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

**ASESOR: Dr. ERNESTO RAMIREZ LEYVA
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN BIOESTADISTICA.**

**INFORME FINAL PARA OPTAR POR EL TITULO DE
MASTER EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS.**

2009

INDICE

Pagina

Contenido

Resumen

Introducción-----1

Objetivos-----7

Marco Teórico-----8

Material y Métodos-----22

Análisis de los Resultados-----30

Conclusiones-----42

Recomendaciones-----43

Referencias Bibliográficas-----44

Anexos

RESUMEN

Se realizó una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimiento de los contactos dispensarizados en el Consultorio del Médico de la Familia No. 17 del Área de salud Gaspar en el municipio Baraguá, durante el período comprendido de septiembre del 2008 a febrero del 2009. El universo de estudio quedó constituido por 71 personas que constituyen el total de contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden del consultorio y periodo antes mencionado, a los que se les aplicó los criterios de exclusión, quedando un universo de 69 . Se aplicó una encuesta para evaluar los conocimientos que poseían sobre el tema antes de la intervención educativa, se efectuó un programa educativo, aplicándose nuevamente el instrumento inicial, se comprobó los resultados obtenidos donde se alcanzaron niveles de conocimientos correctos en todas las variables estudiadas ya que el 97.1 % reconocieron los aspectos generales de la enfermedad , el 98.6% los vías de adquirir la enfermedad, 95.7% los síntomas, el 92.8% reconocieron correctamente las consecuencias para el organismo, las medidas para evitar discapacidades los reconocieron correctamente el 100% y el 98.5% reconocieron correctamente cuando deja de transmitirse, con respecto a la evaluación general del nivel de conocimiento se pudo demostrar que el 98.2% de los capacitados obtuvieron conocimientos aceptables, y solo el 7.2 % se mantuvo con conocimientos inaceptables. La prueba de hipótesis demostró que existe significación estadística entre el antes y el después por lo que la intervención educativa fue efectiva.

Palabra clave: LEPRA

INTRODUCCION

La lepra es una enfermedad temida y desconocida, tanto por quienes la padecen como por sus familiares, cuyo origen en Cuba está relacionado con la esclavitud y la inmigración europea.[1]. 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 sus familias, insistiendo en su curabilidad y la destrucción de los prejuicios al respecto y el estigma de permanecer toda la vida como enfermos. [2].

Es una enfermedad infecciosa de nula transmisibilidad, producida por la bacteria en forma de bastón *Mycobacterium leprae*, descubierta como agente causal del mal por el médico noruego Gerhard Armauer Hansen en 1873, debido a lo cual se los denomina, respectivamente, enfermedad de Hansen a una, y bacilo de Hansen a la otra. Pero no fue hasta 7 años después que al alemán Albert Neisser logró teñir las micobacterias. [3,4].

Mycobacterium leprae nunca se ha logrado cultivar, se produce solamente en vivo en los macrófagos de la piel (histiocitos) y en el de los nervios (células de Schwann). Estas células que habitualmente constituyen una de las barreras de defensa del organismo contra las infecciones, fracasan en el paciente de lepra por causas desconocidas en la actualidad, permitiendo además que se multiplique dentro de ellas y finalmente son destruidas por el bacilo. De este modo las lesiones se extienden principalmente a la piel y los nervios periféricos. La destrucción de estos últimos produce lesiones tanto motoras (parálisis) como sensitivas (anestesia, pérdida de sensibilidad, especialmente al frío y calor). [5].

Alrededor del 95 por ciento de los individuos expuestos a *Mycobacterium leprae* no desarrolla la enfermedad porque su sistema inmunitario combate la infección. En aquellos que sí lo hacen, la infección puede ser de carácter leve (lepra tuberculoide) o grave (lepra lepromatosa). La forma leve, es decir, la lepra tuberculoide, no es contagiosa. [4,6].

Mycobacterium leprae es la única bacteria que invade los nervios periféricos y casi todas sus complicaciones son la consecuencia directa de esta invasión. El cerebro y la médula espinal no resultan afectados. Debido a que la capacidad de sentir el tacto, el dolor, el frío y el calor disminuyen, los enfermos con afectación de los nervios periféricos pueden quemarse, cortarse o herirse sin darse cuenta. Además, la afectación de los nervios periféricos puede causar debilidad muscular, lo que en ocasiones provoca que los dedos adopten forma de garra y se produzca el llamado “pie caído”. Por todo ello, los leprosos pueden acabar desfigurados. [7].

La lepra fue históricamente incurable, mutilante y vergonzante, al punto de que, entre otras medidas, se decretó en 1909, por demanda de la "Sociedad de Patologías Exóticas, «la exclusión sistemática de los leprosos» y su reagrupamiento en Leproserías como medida esencial de profilaxis. [8].

Se sabe que la lepra afecta a la humanidad desde al menos el 600 a. C., y fue bien diagnosticada en las civilizaciones de la Antigua China, Antiguo Egipto e India.[9] En 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que entre dos y tres millones de habitantes seguían permanentemente discapacitados por lepra.[5] Aunque las forzadas cuarentenas o segregación de pacientes es infundada e innecesaria y es considerada no ética aún se mantienen leprosarios en países como India, Japón, Egipto, Vietnam y República Dominicana. Actualmente se sabe fehacientemente que muchas de esas personas que fueron segregadas en esas comunidades, y presumidos de tener lepra, en realidad acusaban sífilis, que sí es altamente contagiosa. La lepra, que no es contagiosa, tiene a aproximadamente al 95% de la población con inmunidad, y luego de sólo unos días de tratamiento no se sufre más la infección. [10].

Su difusión es muy vasta, pero es más frecuente en los países tropicales o templados. Presenta dos tipos principales: la lepra tuberculoide, que produce grandes manchas hiperestésicas y más tarde anestésicas, y la lepra lepromatosa, que origina grandes nódulos en la piel (lepromas). La progresión de las lesiones es causa de grandes deformaciones. Durante la Edad Media fue una enfermedad muy difundida. [11].

Esta enfermedad infecciosa crónica cuyas poblaciones en riesgo de contraer la enfermedad son muy numerosas, principalmente en los países en vías de desarrollo. [8] más de un tercio de todos los hansenianos se enfrentan al peligro de sufrir de incapacidades físicas y sociales permanentes y progresivas. Aunque la morbilidad global de la lepra es baja cuando se compara con la de otras enfermedades transmisibles, la importancia de la endemia leprosa como un problema de salud pública no puede ser medida adecuadamente con solo parámetros estadísticos. La pérdida de producción económica en los lugares de trabajo que produce no puede cuantificarse con facilidad. [12].

Nunca se ha llegado tan cerca del dominio de la Lepra, aunque la enfermedad siga afectando a un alto número de personas, resulta ahora factible su eliminación como problema de Salud Pública. Por esto debemos tener un sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Lepra, confiable, flexible, sencillo, moderno, oportuno y de alta calidad que permita certificar que en nuestro País la Lepra no es un problema de Salud Pública. Por este motivo es importante que el personal de salud se capacite, consulte e implemente las acciones de Vigilancia Epidemiológica de la Lepra para el logro en un futuro cercano del control y eliminación de esta enfermedad. [4].

Dejada a su evolución natural produce graves deformidades e incapacidades que resultan del daño neural, todas las cuales son prevenibles y evitables mediante el diagnóstico precoz y terapia eficaz. [13] No se conoce la vía de contagio, ni los reservorios, ni los vectores capaces de transmitirla. Se supone que la forma más probable de contagio sea el contacto prolongado e íntimo con un enfermo, (persona a persona), [14] la enfermedad afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y también los ojos, además de algunas otras estructuras. Afectó en un momento dado a todos los continentes y dejó tras sí una imagen terrible en la historia y en la memoria de la humanidad, de mutilación, rechazo y exclusión de la sociedad. Ha infundido miedo en los seres humanos durante miles de años, y nunca podrá calcularse el número de personas que, a lo largo de milenios, sufrieron la evolución crónica de desfiguraciones incurables. [15]. Desde la

antigüedad, ha sido considerada una enfermedad contagiosa, mutilante e incurable. Esto condujo a una intensa reacción por parte de la comunidad, haciendo que se temiera más a las personas afectadas que a la propia enfermedad. [16].

Sin embargo, la imagen social de la lepra ha cambiado en los últimos decenios. Se considera cada vez más como cualquier otro problema de salud pública, en la medida en que se hace más frecuente la atención de estos enfermos en servicios generales de salud. Todos los países han adoptado oficialmente el tratamiento ambulatorio y han cerrado progresivamente los antiguos y estigmatizados leprosorios. Este enfoque optimista merece el más fuerte apoyo, tanto del personal de salud como de otros sectores en todos los niveles, con el objeto de garantizar un tratamiento adecuado y mejorar la auto-estima de los pacientes. [17].

Los estudios clínicos e histopatológicos, con el apoyo de técnicas inmunológicas más actuales e incluso de la bacteriología de la enfermedad, vislumbran aún una difícil batalla para reducir su incidencia o erradicarla. [15].

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. [18].

La gravedad de la Lepra como problema de salud pública, no solo puede evaluarse con lo que indican las cifras, tales como el número de casos registrados en cada uno de los años, las tasas de prevalencia e incidencia, etc., sino que hay que tener en cuenta la duración de la enfermedad, las desfiguraciones físicas que causa y las discapacidades permanentes, que se reflejan en el sufrimiento humano y rechazo social del que es objeto el paciente y la familia, además del impacto económico. [19].

Además de ser una causa importante de morbilidad, complica su manejo el estigma social que en torno a ella ha venido manteniéndose a pesar de los grandes avances

científicos alcanzados, en especial el del tratamiento por quimioterapia conjugada que ha logrado curación de enfermos en corto tiempo. Para lograr un adecuado control se requiere cortar la cadena de transmisión de enfermos que son infectantes a personas sanas, mediante la búsqueda activa de sintomáticos de piel y sistema nervioso y canalización hacia los servicios diagnóstico. El estigma social-religioso que se asoció con las formas avanzadas de lepra continúa en muchas regiones, y sigue siendo el mayor obstáculo a la autodenuncia y tratamientos tempranos. Esos tratamientos efectivos recién aparecen a fines de 1930 con la introducción de la sulfona dapsona y derivados. Sin embargo, aparecieron cepas del bacilo de la lepra resistentes a la dapsona, hasta la aparición de la terapia multidroga (MDT) en los 80. [20].

La clínica del paciente depende de su reacción inmune a la bacteria. La bacteria produce citoquinas que inducen y median la activación macrofágica y fagocitosis. [21].

Los pacientes con lepra tuberculoide tienen una fuerte reacción celular pero baja humoral (baja titulación de anticuerpos): presentan por lo tanto reacción positiva a la lepromina. Los tejidos infectados típicamente tienen muchos linfocitos y granulomas, pero relativamente pocas bacterias.

En la lepra lepromatosa aparecen numerosas máculas eritematosas, pápulas o nódulos. Existe extensa destrucción de tejidos, como por ejemplo cartílago nasal y orejas, apareciendo en fases avanzadas la típica "facies leonina". También hay afectación difusa de los nervios periféricos con pérdidas sensoriales. [22].

Es de difícil contagio. Según la Sociedad Argentina de Dermatología (SAD), la transmisión es "de persona a persona" por un contacto directo y prolongado, calculado en aproximadamente de 3 a 5 años.[21] Se produce entre un enfermo con posibilidad de transmitir la enfermedad (ya que no todos los que padecen lepra eliminan bacilos fuera de su organismo) y una persona sana susceptible. Es decir que debe mediar una predisposición especial para poder enfermar. La mayoría de las personas posee resistencia natural al *Mycobacterium leprae*. [23].

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. [23,4].

Por todo lo antes expuesto se realizó la presente investigación, con el objetivo de evaluar el nivel de los conocimientos de los contactos de Lepra sobre esta enfermedad en el área, 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.

Pregunta Investigativa: ¿Cómo mejorar el nivel de conocimientos sobre Lepra en los contactos del C.M.F #17 Área de Gaspar?

Hipótesis investigativa

La intervención educativa incrementará los conocimientos sobre Lepra en los contactos del caso del consultorio 17 en el Área de Gaspar del municipio Baraguá.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos sobre la Lepra en los contactos del Consultorio del Médico de la Familia No. 17 del Área de salud Gaspar en el municipio Baraguá durante el periodo de septiembre del 2008 hasta febrero del 2009.

Objetivos Específicos

1. Describir los contactos de Lepra según grupo de edad y nivel de escolaridad.
2. Diagnosticar el nivel de conocimiento de los contactos de Lepra antes y después de aplicada la intervención educativa, teniendo en cuenta las siguientes variables:
 - ❖ Aspectos generales de la enfermedad
 - ❖ Vías de adquirir la enfermedad.
 - ❖ Síntomas.
 - ❖ Consecuencias
 - ❖ Medidas para revenir las discapacidades.
 - ❖ Cuando deja de transmitirse
- 3 Evaluar el nivel de conocimiento general sobre Lepra antes y después de la intervención educativa.

MARCO TEORICO

La lepra debe ser tan antigua como la misma humanidad. La evidencia sobre su origen se basa en los escritos que dejaron diferentes civilizaciones y en las lesiones encontradas en restos óseos característicos de la enfermedad que deja en los huesos propios de la nariz, el maxilar, la espina del frontal y las falanges, plantean que tuvo su origen en la India donde se encuentran las primeras descripciones confiables. [24]

El descubrimiento de *M. leprae* significó el primer hallazgo de una bacteria identificada como causante de una enfermedad en el hombre. Este microorganismo aun no se ha cultivado in vitro, casi un siglo después se logró la multiplicación en la almohadilla plantar del ratón y años mas tardes la diseminación de la infección en el armadillo de nueve bandas. El tiempo de multiplicación del bacilo es lento, entre 11 y 16 días. [25,26].

Más de 5 millones de personas en todo el mundo están infectadas por *Mycobacterium leprae*. La lepra es más frecuente en Asia, África, América Latina y las islas del Pacífico. Muchos de los casos de lepra en los países desarrollados afectan a personas que han emigrado de países en vías de desarrollo. La infección puede comenzar a cualquier edad, pero más frecuentemente entre 20 y 30 años. La variedad de lepra grave, llamada lepromatosa, es dos veces más frecuente entre los varones que entre las mujeres, mientras que la forma más leve, llamada tuberculoide, es igual de frecuente en uno y otro sexo. La eliminación de la lepra como problema de salud pública a nivel mundial y nacional fue en el año 2000. [27].

Esta decisión histórica de la comunidad internacional ha tenido una enorme repercusión, ha despertado el interés de los países en el control de la enfermedad y ha contribuido a aumentar el número de pacientes tratados con poliquimioterapia. Por otra parte, el término "eliminación", incluido en la definición de la meta, ha creado cierta confusión. [28].

La eliminación no debe ser confundida con la erradicación, por cuanto esta última supone la interrupción completa de la transmisión, la reducción a cero de la incidencia y la desaparición total del agente causal o, en otras palabras, la supresión de toda fuente de infección o infestación, de tal manera que, aun cuando no se tomen medidas preventivas de ninguna clase, la enfermedad no reaparezca. [30].

La eliminación de la lepra como problema de salud pública es una meta menos ambiciosa, pues para considerar que esta se ha alcanzado la prevalencia de la enfermedad ha de reducirse a menos de 1 caso por 10 000 habitantes. [31, 32].

La principal estrategia para lograr la eliminación de la lepra ha sido la utilización de la poliquimioterapia de la OMS y la detección de casos. [28].

Se cree que la lepra se extendió desde la India a la China, donde se describe con el nombre Lai-Fom, en un libro médico, el Su-Wen cerca de 300 años AC. De la China pasó a los Archipiélagos al Sur de Asia y Japón, mientras que su propagación desde la India hacía el oeste la llevó a Egipto. Los papiros de Ebers describen esta enfermedad con las características de la lepra. [33].

La lepra aparece en Europa al regreso de las tropas de Alejandro El Grande de las campañas de la India (327-326 AC). No existen registros médicos de la enfermedad entre los médicos griegos antes de esa época y en Roma se menciona por primera vez en el año 62 AC, cuando regresan del este las tropas de Pompeyo.

Lenta, pero implacablemente debió extenderse por Europa durante los primeros siglos de nuestra era para alcanzar enormes proporciones durante los oscuros tiempos de la Edad Media, época en la cual se calcula que existían 19,000 “casas de leprosos”.

En España, es muy posible que hubiera sido introducida por los fenicios y, posteriormente por las huestes de Pompeyo. En el siglo XV continuaba siendo importante en toda Europa. [27,33].

La lepra no existía en los indígenas americanos. Algunas descripciones de los cronistas y de los conquistadores que han pretendido identificarse como lepra, no son más que

las lesiones debidas al carate o a la Leishmaniasis, enfermedades que eran prevalentes entre los aborígenes.

Las Antillas debieron ser el primer asentamiento de la lepra en las Américas; allí se crearon leprosorios o lazaretos s mediados del siglo XVI. [27,34]

Se estima que entre dos a tres millones de personas están permanentemente discapacitadas debido a la lepra. [33]. La India tiene el mayor número de casos, en segundo lugar Brasil y Birmania tercero. [35].

En 1999, la incidencia epidemiológica mundial de la lepra era estimada en 640.000 (con 108 casos en EE.UU.); en 2000, 738.284, señalando para 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) listaba 91 países con lepra epidemiológicamente endémica. India, Birmania y Nepal con el 70% de los casos. En 2002, 763.917 nuevos casos se detectaron mundialmente, y para ese año la OMS listó a Brasil, Madagascar, Mozambique, Tanzania y Nepal con el 90% de casos de mal de Hansen. [36].

De acuerdo a recientes estadísticas de la OMS, están decreciendo en aproximadamente 107.000 casos (o el 21 %) desde 2003 a 2004. Y decrece consistentemente en los siguientes tres años. Los casos registrados de MH fue 286.063; y 407.791 nuevos casos detectados en 2004. [37].

En EE.UU. se cree que hay sub-registros, ausencia de denuncias y aumento de casos; allí se articula con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).[9] Aunque el número de casos continua cayendo, hay bolsones de alta prevalencia en ciertas áreas como Brasil, Sudese Asiático (India, Nepal), partes de África (Tanzania, Madagascar, Mozambique) y el oeste del Pacífico. [38].

Para contener esta enfermedad, países como Estados Unidos destinaron ciertas áreas geográficas para el confinamiento de los enfermos. Un ejemplo de ello es la isla Culión, situada en Filipinas. [39].

En 1991, los Estados miembros de la O.M.S. declararon, mediante una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, su intención de eliminar la lepra como problema de salud pública para el año 2000. En ese año un grupo de trabajo sobre la Lepra estableció las líneas generales de la estrategia para la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública. El Programa de Acción de la OMS para la Eliminación de la Lepra (LEP), cuya meta es tener menos de un caso por diez mil habitantes, informa para 1997 un número de 926.259 casos, con una prevalencia mundial de 1,67 casos por 10.000 habitantes. El 91% de los pacientes en el mundo tienen acceso a la poliquimioterapia (PQT), habiéndose curado desde la implantación de la terapia multidroga, un acumulado cercano a los ocho millones de pacientes. [40].

Durante 2004 se registraron aproximadamente 410 000 casos nuevos de lepra, en comparación con 804 000 en 1998. A comienzos de 2005, 290 000 casos estaban sometidos a tratamiento. [37].

Para el año 2000 habiendo Colombia cumplido esta meta en 1997 al tener una prevalencia de la enfermedad menor de 1 caso por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, existen áreas geográficas que no presentan registros de la enfermedad [41].

A tenor de la información más reciente, aún es preciso hacer grandes esfuerzos para conseguir eliminar la lepra en cinco países: Brasil, India, Madagascar, Mozambique y Nepal. [42].

En numerosos países de Asia, África y América Latina existe un número elevado de casos. Esos países representan aproximadamente un 75% de la carga mundial de la enfermedad, en 1997, unos 2.100 millones de personas viven en países donde la prevalencia de la enfermedad es mayor de un caso por 10.000 habitantes. En este mismo año se estima que entre uno y dos millones de personas tienen discapacidades visibles e irreversibles causadas por la lepra y requieren atención de la comunidad donde viven. [35].

Con la entrada en vigencia de los Tratados Torrijos Carter en 1979 pasó a Panamá el Hospital de Palo Seco, donde los norteamericanos atendían los casos de Lepra que se diagnosticaban en Panamá (tanto panameños como extranjeros), recibimos en aquella ocasión 135 pacientes. Actualmente tenemos 41 casos registrados, el 83% son multibacilares. Las regiones con las más altas prevalencias son: Herrera, Darién, Metropolitana y Los Santos, el 100% son mayores de 15 años. [43].

En el salvador se hace prioritario que el Ministerio de Salud, como rector de la Salud de la Población establezca un Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen (Lepra) que garantice y de soporte al compromiso político de alto nivel, para su eliminación, así como, el contar con una infraestructura adecuada para el desarrollo y funcionamiento del programa. El programa en el marco de que las enfermedades transmisibles esta ligado a factores culturales, sociales y económicas de compleja solución y considera que “ la lucha por el control de la lepra se articula en el reconocimiento de la dignidad de las personas, sus derechos universales y la búsqueda de la liberación de sus capacidades para alcanzar su realización plena”, lo anterior, sustentado en los principios de equidad, subsidiaridad, universalidad, solidaridad y autonomía, creyendo por lo tanto que la Lepra es factible de ser controlada y eliminada. Para ello incluye el financiamiento sostenido para todos los aspectos esenciales del programa y de las áreas específicas de operación, el acceso al diagnóstico bacteriológico con la baciloscopía de linfa con garantía de calidad, la poliquimioterapia estándar, suministro ininterrumpido de medicamentos y un sistema de registro y notificación de casos que permita la evaluación del resultado de todos y cada uno de los pacientes y del desempeño general del Programa.

Este Programa aborda la Situación epidemiológica de la lepra en el contexto actual del país, Objetivos, Metas, Política, Misión, Visión, Propósito, Oferta de servicios, Indicadores de seguimiento y evaluación y finalmente las características del modelo de organización y gestión.

En este país, la Enfermedad de Hansen (Lepra) no constituye un problema de gran magnitud en comparación con otras enfermedades, pero su trascendencia esta en las discapacidades físicas y sociales que origina. [44].

Desde hace muchos años (1953), se elaboraron por parte del Ministerio de Salud a través de la Unidad de Epidemiología, estrategias de prevención y control de la Lepra haciéndolas propias dentro de las enfermedades de vigilancia epidemiológica semanal. Se elaboraron las primeras Normas de Prevención y Control de la Lepra en el año 2000, con la participación de un equipo técnico multidisciplinario y expertos en el tema. Sin embargo, no se dispuso de un tratamiento hasta el siglo XX a fines de los años cuarenta, cuando se introdujo la dapsona y sus derivados. Así se revolucionó el enfoque de la lucha antileprosa, ya que los enfermos podían tratarse ambulatoriamente, con lo cual el aislamiento altamente estigmatizante ya no era necesario. No obstante, la monoterapia con dapsona tuvo cada vez menos éxito y la lucha contra la enfermedad llegó a ser ineficaz, debido a la progresiva aparición y amplia difusión de bacilos de lepra resistentes a esta medicación. Los enfermos entonces consideraron que la mejoría era muy lenta y el tratamiento muy prolongado, por lo cual tendían a ir a las consultas en forma irregular y hasta a abandonarlo. [45].

En la década del 70 un nuevo esquema de tratamiento con multidroga (MDT) preconizado por el grupo de expertos de la OMS cambiará el sombrío destino de los enfermos y la transmisión de esta antigua enfermedad, y hará que se elimine en un futuro no lejano el problema de salud hasta entonces sin solución. Hasta 1982 no se contaba en el mundo con un tratamiento eficaz contra la Lepra, pero la poliquimioterapia recomendada por la OMS permitió reducir los periodos de medicación, interrumpir la transmisión y lograr la curación del paciente. En el país el tratamiento oportuno, completo y regular con la poliquimioterapia es efectuado por los servicios de salud locales y es supervisado por personal de enfermería; dándose seguimiento a sus contactos. [46].

A finales del siglo XX en 16 países (los de mayor endemia) viven el 91% de los casos estimados de lepra en el mundo. No obstante, de éstos, los 5 países más endémicos contribuyen con el 80% de los casos. En 1997, se estima en 1,15 millones el número de casos en el mundo, la mayoría concentrada en el Sudeste Asiático, África y las Américas. De ellos, 890 mil están registrados para tratamiento, y más del 97% se encuentra en poliquimioterapia (PQT). Aproximadamente medio millón de casos nuevos

se diagnostican cada año en el mundo. [47].

En los últimos 5 años la tasa de prevalencia de la enfermedad ha sido estable, manteniéndose dentro de los rangos de 0.010 x 10,000 habitantes, cumpliéndose con los indicadores de eliminación, pudiéndose decir que nos encontramos en la etapa de pos eliminación de la enfermedad.

Se trabaja en mantener estos indicadores, pero también, en desarrollar actividades para confirmar los resultados obtenidos, consolidarlos y validar la situación de eliminación alcanzada, dar sustentabilidad al proceso e incorporar tecnologías que puedan llevar a un futuro no muy lejano a un nuevo objetivo en la lucha contra la lepra: la interrupción de la transmisión con la erradicación definitiva de la enfermedad.

En general, el país presenta una tendencia sostenida de casos, presentando una vigilancia comprendida entre los años 1953 y 2004. En el periodo anterior a 1953 se conocieron varios casos de lepra (50 casos) que fueron tratados en el consultorio y en el servicio de dermatología del Hospital Nacional Rosales. Fue a partir de 1953 a 1963 que ya se cuenta con datos demostrativos de la incidencia de esta enfermedad la cual ha sido variable, presentando una elevación de los casos en 1959 y 1961 llegando a contemplar 255 casos en 1963 de los cuales han fallecido 33 según anuarios estadísticos epidemiológicos de la Unidad de Epidemiología del ministerio de Salud.

Fue hasta 1990 que la lepra se dejó de ver como una enfermedad de la piel y comenzó a ser atendida como una enfermedad transmisible, aprobándose por la OPS/OMS la propuesta de eliminarla como problema de salud pública para el año 2000, lo que hoy en día se pospuso para el 2005. La incidencia de los casos de Lepra lepromatosa en el período 1953 a 1963 significaban el 45.1%, siguiéndole la Lepra Indeterminada con 30.6%, la Tuberculoide con 18.4% y la Dimorfa con 5.9%. Según la edad el estudio de esos años nos permitió conocer que la mayor frecuencia de la enfermedad estaba en las personas mayores de 15 años (95.7%). Según el sexo la enfermedad es más frecuente en el sexo masculino con el 72.1 % de los casos y el femenino 27.9%.

En cuanto a la procedencia, los departamentos con mayor número de focos de lepra son: Santa Ana en los municipios de Santa Rosa Guachipilín y Metapán; Chalatenango en los municipios de La Palma, Nueva Concepción, Tejutla y San Rafael con una prevalencia de 0.9 x 10,000 hab; Usulután en los municipios de Ereguayquin, Jiquilisco

y Ozatlan con una prevalencia de 0.2 x 10,000 habitantes. y La Unión en los municipios de Conchagua, La Unión, El Carmen, Pasaquina, San Alejo, Santa Rosa de Lima y Nueva Concepción de Oriente con una prevalencia de 0.4 x 10,000 habitantes.

Del total de casos acumulados a 1963, fallecieron hasta el 31 de diciembre 33 casos, de los cuales el 63.7% fueron masculinos y 36.3% femeninos. Es de recalcar que el mayor número de muertes fue de los enfermos con Lepra Lepromatosa o sea el 66.7% del total de muertes. El tratamiento era de tipo ambulatorio.

A partir de 1964 hasta 1995 únicamente se tienen datos del número de casos reportados por año llegando a un total de 66 casos, mas los 184 casos de los años anteriores haciendo un total de 250 casos.

A partir de los años 1996 el programa inicia la vigilancia epidemiológica de los casos, de forma permanente encontrándose una detección de 75 casos a la fecha a los cuales se les ha hecho un seguimiento continuo de estos así como el de sus contactos en la medida de lo posible.

La tendencia de la enfermedad va hacia la disminución, las tasas de prevalencia desde 1996 a la fecha oscilan entre 0.004 a 0.03 por 10,000 habitantes. , o sea que se mantienen en niveles de eliminación.

Según el sexo, es en el masculino donde predomina la enfermedad (65%) y femenino (35%) siendo mayormente la lepromatosa la prevalente en ambos con el 36% y según la edad el mayor número de casos se encuentra entre las edades mayores de 15 años con el 97.3%, y entre 10 a 14 años 2.7%.

En cuanto a la mortalidad esta presenta un 5.3% (5 casos en los 8 años analizados) de los casos reportados a predominio de la Lepra Tuberculoide (2 casos). [32].

En Cuba, Al momento del descubrimiento, en 1492, no existía la lepra entre los naturales del nuevo mundo. En ninguno de los países descubiertos, los historiadores reportan casos. Se calcula una población indígena entre 300 000 y 600 000 habitantes que rápidamente desaparecieron por enfermedades y malos tratos entre otros desmanes que recibían de la emigración.

La lepra se introduce en el país con la trata de esclavos procedentes de Guinea, Senegal, Angola y el Congo, donde existían focos leprógenos. También se reporta

lepra de los colonizadores procedentes de España y Portugal. Los primeros enfermos se reportaron el 17 de enero del año 1615.

Ese mismo año se dicta por el Ministerio de Salud Pública de Cuba, el primer programa de control que utiliza el dapsona como medicamento contra el mal de Hansen, y la sulfametoxipiridoxina. Se atienden los pacientes en los servicios de dermatología de los Hospitales Clínico-Quirúrgicos, se realiza la labor de terreno en busca de nuevos enfermos y se fomenta la realización del examen en los contactos. En 1972 se pone en vigor el segundo Programa Control que descentraliza las acciones hacia el área de salud e incluye la administración controlada de las drogas, la quimioprofilaxis, la labor de terreno y se transforman los leprosorios al quedar en funcionamiento sólo la institución de la provincia de la Habana para la rehabilitación y asilo de enfermos discapacitados o con problemas sociales. [6].

Historia del tratamiento

El primer gran avance tuvo lugar en los años cuarenta, cuando se desarrolló el medicamento dapsona, que detenía la enfermedad. Pero el tratamiento duraba muchos años, incluso toda la vida, lo que dificultaba el cumplimiento por los pacientes; en los años sesenta, *M. leprae* empezó a desarrollar resistencia a la dapsona, el único fármaco contra la lepra conocido por entonces. La rifampicina y la clofazimina, los otros dos componentes de la TMM, se descubrieron en los primeros años sesenta. [45].

Prevención y tratamiento

En el pasado, las deformaciones causadas por la lepra conducían al ostracismo y los enfermos infectados solían ser aislados en instituciones y colonias. En algunos países, esta práctica continúa siendo frecuente. A pesar de que el tratamiento precoz puede prevenir o corregir la mayoría de las deformidades más importantes, las personas con lepra son propensas a sufrir problemas psicológicos y sociales.

El aislamiento, no obstante, es innecesario. La lepra es contagiosa sólo en la forma lepromatosa que no recibe tratamiento, e incluso en esos casos no se transmite fácilmente. Además, la mayoría de las personas tiene una inmunidad natural frente a la

lepra y sólo aquellos que viven junto a un leproso durante mucho tiempo corren el riesgo de contraer la infección. Los médicos y las enfermeras que tratan a los enfermos de lepra no parecen estar más expuestos que los demás.

Los antibióticos pueden detener el avance de la lepra o incluso curarla. Debido a que algunas de las micobacterias pueden ser resistentes a determinados antibióticos, el médico puede prescribir más de un medicamento, en particular para los afectados de lepra lepromatosa. La dapsona, el antibiótico más frecuentemente utilizado para tratar la lepra, tiene un precio relativamente accesible y, por lo general, no tiene efectos secundarios; sólo en algunos casos produce erupciones cutáneas de naturaleza alérgica y anemia. La rifampicina, que es más cara, es incluso más fuerte que la dapsona; sus efectos colaterales más graves son la afección hepática y síntomas similares a los de la gripe. Otros antibióticos que pueden ser administrados a los leprosos incluyen clofacimina, etionamida, minociclina, claritromicina y ofloxacina.

El antibiótico debe continuarse durante mucho tiempo, porque las bacterias son difíciles de erradicar. Dependiendo de la gravedad de la infección y de la opinión del médico, el tratamiento puede continuarse por un período que oscila entre 6 meses y muchos años. Muchas personas afectadas de lepra lepromatosa toman dapsona el resto de su vida. [45].

La eliminación de la lepra como problema de salud pública

- * En 1991 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución para eliminar la lepra como problema de salud pública en el año 2000. Por eliminar la lepra como problema de salud pública se entiende conseguir una prevalencia de menos de un caso por 10 000 personas. La meta se alcanzó a tiempo.
- * El uso generalizado de la TMM ha reducido la carga de morbilidad de forma espectacular.
- * A lo largo de los últimos 20 años, más de 14 millones de enfermos de lepra se han curado, de ellos unos 4 millones desde 2000.
- * La prevalencia de la enfermedad ha disminuido un 90%: de 21,1 por 10 000 habitantes a menos de 1 por 10 000 habitantes en 2000.

- * La carga mundial de morbilidad por esta causa se ha reducido espectacularmente: de 5,2 millones en 1985 a 805 000 casos en 1995, 753 000 al final de 1999, y 286 000 al final de 2004.
- * La lepra ha sido eliminada en 113 de los 122 países en que la enfermedad era un problema de salud pública en 1985. Desde 2000, otros 13 países han alcanzado la meta de la eliminación.
- * Desde 2001 se viene registrando una disminución anual del 20% de los casos nuevos detectados.
- * No hay fenómenos de resistencia a los fármacos empleados en la TMM.
- * Las actividades se están centrando actualmente en eliminar la lepra a nivel nacional en los otros países endémicos, y a nivel sub-nacional en el resto de países. [49].

La lepra sigue activa en más de 100 países del mundo, de los que 15 acumulan el 94% de los nuevos casos detectados, según señaló la Asociación Fontilles durante la presentación de la campaña “Mejorar sus condiciones evita la lepra”, centrada en África.

Haciendo referencia a los últimos datos publicados en 2006 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), recordaron que de ellos (Bangladesh, Brasil, China, India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Filipinas, Sri Lank) seis son africanos (Angola, República Democrática del Congo, Mozambique, Madagascar, Nigeria, y República Unida de Tanzania).

"Todo esto revela el gran trabajo que queda pendiente en África", aclararon desde la asociación, para la que la situación real de la enfermedad en este continente no es del todo conocida, ya que existe la constancia de que la enfermedad está presente en países (Etiopía, Guinea Ecuatorial, Ghana, Chad, Malawi, Zambia y Zimbabwe) que no tienen registro sobre la lepra.

No obstante, tal y como indica su informe anual, aunque durante el 2006 se registraron 259.017 casos de lepra, de los que aproximadamente 23.692 son niños menores de 14

años, se ha contabilizado un descenso en los casos registrados en todos el mundo, pero sobre todo en el Sudeste Asiático, América, África, Pacífico Occidental y Mediterráneo Oriental. Una tendencia iniciada en 2002 cuando se detectaron 620.638 expedientes, seguidos en 2003 de 514.718; en 2004, 407.791 enfermos; y en 2005, 299.036.

Sin embargo, aunque los datos son buenos, el director médico de lepra de la asociación, el Dr. José Ramón Gómez, denuncia que "muchos gobiernos no desean que se relacione su país con esta enfermedad y presionan a los trabajadores sanitarios para reducir las cifras, dar de alta a los casos antes de tiempo y alcanzar así objetivos políticos".

En este sentido, y como consecuencia de estas estadísticas "favorables", desde Fontilles temen que se estén dejando de destinar fondos y ayudas a los proyectos contra la lepra, y se deje de investigar pese a que se sigue desconociendo el modo de transmisión y las fuentes de esta enfermedad. [50].

Cronología de la Lepra en Cuba

1520 - En nuestro país los primeros datos de indicadores de salud aparecen en las Actas de Ayuntamiento o Actas Capitulares que existía en el ayuntamiento de todos los pueblos y de esta forma se conoció que "la primera epidemia en Cuba fue en el 1520

17 Ene 1613 - En Cuba se tiene noticias de los primeros enfermos de Lepra en el Acta del Cabildo en Ciudad de La Habana, el 17 de Enero de 1613 en la que se informa que han llegado desde fuera 6 personas tocadas del mal de San Lázaro 11.

1848 - La sarna noruega fue descrita inicialmente en enfermos leproso en 1848. Se reporta esta variedad de escabiosis en pacientes cubanos.

1860 - Nació en San Antonio de los Baños, provincia de La Habana, el primer investigador en el año 1860. Se especializa en Sifilografía, Leprología y Cirugía.

Investiga el mangle rojo, como posible medio de curar la lepra. Es el primer Secretario de Sanidad y Beneficencia en Cuba.

1907 - Toca el honor de dar el «do de pecho» con respecto a las exageraciones de leproso existentes en Colombia, «tierra de los leproso», al médico cubano Manuel F. Alfonso, Director del Hospital de San Lázaro en La Habana,

1950 - Estas palabras del inspirado escritor traen a la memoria una canción compuesta por el Hermano Pablo que solía cantar una poetisa cubana en la década de 1950. Lesbia Olivares padecía de lepra. Como no podía pararse, caminaba de rodillas. Tenía los dedos encorvados

25 Ene 1998 - LA HABANA (CNN) -- En el penúltimo día de su visita a Cuba, el Papa Juan Pablo II pidió el sábado la liberación de los encarcelados "por razones de conciencia", y bendijo y estrechó las manos de enfermos de lepra en el Santuario de San Lázaro, ubicado en las afueras de La Habana. ...

15 Nov. 2004 - Este mes se cumplen 150 años desde que las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul se hicieron cargo de la atención de los enfermos de lepra, labor que aún desarrollan en el actual Instituto Nacional de Dermatología, ubicado en las afueras de La Habana. ...

9 Abr. 2009 - Un cineasta dijo haberse sorprendido de que la gente no se concentró en la historia de los leproso, sino que fue más allá hacia una reflexión sobre la ignorancia [42].

Programas de control de la Lepra en Cuba

A partir 1962 en que se crea el primer programa nacional de control de lepra, estos se han actualizado por los conocimientos que se han incorporado en el campo de la leprología y por el desarrollo que ha tenido el sistema de salud cubano.

En el año 1972 se elabora un segundo programa y se descentraliza la atención de la lepra a nivel de áreas de salud, lo cual fue un paso muy importante.

En el año 1977, con la descentralización en marcha, se confecciona un tercer programa y se utiliza una nueva droga, la rifampicina. En aquel momento se hacen búsquedas de contactos, y se ejecuta su quimioprofilaxis.

El cuarto programa acontece en 1988. Entonces se pone en práctica la llamada búsqueda activa en centros de trabajo donde ya fue diagnosticado un enfermo y donde existían, por supuesto, mayores posibilidades de que surgieran otros pacientes.

El quinto programa ocurre en el 2001 y su principal proyección tiene que ver con el fortalecimiento de la capacidad técnica de diagnóstico, desde el punto de vista clínico, microbiológico, y anatomopatológico, que son los tres pilares en que nos basamos para el diagnóstico de la lepra.

Cuba ha mantenido esta línea desde hace años y en esta nueva etapa en que nos encontramos, logrado el objetivo de la OMS desde 1993, la sistematicidad en todas las acciones del programa y la capacitación de los recursos humanos, debe ser un propósito permanente en todas las instancias del sistema de salud cubano. [11].

MATERIAL Y METODO

Tipo de diseño, método y lugar

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) para evaluar la utilidad de una intervención educativa sobre Lepra con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden y los extradomiciliarios en el Consultorio del Médico de la Familia No.17 del área de salud Gaspar en el municipio Baraguá, durante el período comprendido de septiembre del 2008 a febrero del 2009.

Universo

El universo de estudio estuvo constituido por 71 personas que representan el total de contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden y extradomiciliarios del caso de Lepra del consultorio y periodo antes mencionado, excepto dos personas que no aceptaron participar en el estudio por lo que trabajamos con 69 contactos.

Criterios de inclusión:

Todos los dispensarizados como contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden y los contactos extradomiciliarios del caso de Lepra sin distinción de sexo, ni raza.

Criterios de exclusión:

- Personas que se nieguen a participar.
- Personas que abandonan el estudio.
- Niños
- Personas con incapacidad mental

El estudio se realizó en tres momentos:

Primer momento: se le aplicó la encuesta inicial (anexo 2) para diagnosticar el nivel de conocimiento que tenían las personas acerca de las variables de estudio y conocimientos generales del tema, donde se constató un conocimiento inadecuado.

Segundo momento: se pone en práctica la intervención educativa que se basa en un programa educativo el cual se diseñó teniendo en cuenta las brechas existentes en los conocimientos sobre la enfermedad y a partir de una revisión bibliografía exhaustiva, este programa responde a la necesidad creciente en la población de elevar los conocimientos sobre la lepra permitiendo una mayor participación comunitaria. En este programa se enfatizan los principios didácticos que aseguran una mejor atención a las particularidades sobre el tema de forma que se logre una asimilación activa y consciente de los conocimientos.

El Programa se ejecuta con una duración de 3 meses , se conformaron tres grupos de 23 integrantes cada uno que recibieron de forma independiente, el ciclo de cinco sesiones con una frecuencia quincenal, en el horario de 3:00 a 5:00 pm; a través de dinámicas de grupo, debates, video-debates, conferencias, seminarios y actividades prácticas, con la utilización de diferentes métodos y técnicas participativas (juego de roles, modelación, mesa redonda y lluvia de ideas), y la constatación final de los resultados de la aplicación de la propuesta. (Anexo 3).

Tercer momento: se vuelve a aplicar el instrumento inicial (Anexo 2) para evaluar el nivel de conocimiento alcanzado después de aplicado la intervención educativa en los contactos intradomiciliarios y extradomiciliarios del caso de Lepra del consultorio del Médico de la Familia N° 17 del Área de Salud de Gaspar cuanto a:

- Conocimientos sobre los aspectos generales de la Lepra
- Vías de transmisión de la enfermedad.
- Síntomas de la Lepra.
- Consecuencias de la enfermedad para el organismo.
- Medidas para prevenir las discapacidades
- Cuando la enfermedad deja de transmitirse.

Consideraciones éticas.

Se les informó a los participantes que serían incluidos en un estudio con el objetivo de explorar y mejorar sus conocimientos sobre la Lepra. Se solicitó su consentimiento (Anexo 1), así como se respetó su decisión de participar o no en la intervención.

El Programa Educativo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

- **Análisis histórico – lógico:** Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre la Lepra
- **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.
- **Inducción – deducción:** Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético – deductivo:** Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la misma.
- **Sistémico estructural:** permitió la organización del Programa, a partir de la determinación de sus temas y el establecimiento de las relaciones entre ellos, para conformar una nueva estructura como totalidad.

Métodos empíricos:

- **Observación:** Se utilizó para profundizar y conocer sobre la manifestación del problema, en el comportamiento de los sujetos en diversas interacciones con el investigador.
- **La encuesta (Anexo 2):** Se utilizó como técnica para la obtención de la información dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a los contactos del caso y que constituyeron la muestra de estudio para evaluar los conocimientos de los mismos acerca de la enfermedad. La misma fue validada en un pilotaje de 10 personas que integran la muestra de acuerdo a los objetivos propuesto por nuestros investigadores, en el período de estudio antes mencionado para determinar el nivel de comprensión de las preguntas.
- **Entrevistas en profundidad no estructurada:** se utilizó en un proceso de comunicación en el que el investigador trató de averiguar lo que es significativo o importante para el entrevistado, sus significados, perspectivas, interpretaciones, vivencias y juicios, además posibilitó descubrir la definición personal que hace el entrevistado de su situación personal, por tanto tiene como principal característica la subjetividad.

Métodos estadístico –matemático

- **Estadístico-descriptivo:** El cual se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, se realizó la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se utilizaron los porcentajes (%) y como medida de significación estadística se usó el McNemar para muestras dependientes.

Dóctimas de McNemar.

Objetivo: Verificar estadísticamente a través de esta dóctima Ji- cuadrado si hay o no cambios después de aplicada la metodología, respecto a lo acontecido antes.

Proporción de cambios:

$$X^2 = \frac{(A-D-1)^2}{A+D}$$

Se utilizan las tablas de contingencia de dos por dos donde:

A: Es el número de personas que tenían conocimientos inaceptables antes y que después fueron aceptables.

B: Es el número de personas que tenían conocimientos inaceptables antes y que después continuaron inaceptables.

C: Es el número de personas que tenían conocimientos aceptables antes y que después continuaron aceptables.

D: Es el número de personas que tenían conocimientos aceptables antes y que después fueron inaceptables.

El diseño metodológico del estudio es un estudio con muestras pareadas.

Bajo la hipótesis nula $H_0: p_1 \geq p_2$ contra la alternativa $H_1: p_1 < p_2$ y bajo los supuestos de que el tamaño de la muestra es grande y la igualdad de varianzas, se realiza una prueba de comparación de proporciones para dos poblaciones con muestras pareadas, a través del estadístico J_i - cuadrado (prueba de McNemar) con 1 grado de libertad a un nivel de confianza del 95% y un nivel de significación de $\alpha = 0.005$, este procedimiento se realizó con el programa para análisis epidemiológicos de datos tabulados, EPIDAT 3.1; los resultados de la p calculada se constata con el α teórico prefijado y si $p < \alpha$, entonces habrá significación estadística para rechazar la hipótesis nula, los resultados se muestran en el (Anexo 5)

Conceptualización y operacionalización de las variables:

Variable dependiente:

Nivel de Conocimiento sobre Lepra: La adquisición a través de la vida de temas

relacionados con la enfermedad, como son: historia, vías para adquirirla, principales síntomas, consecuencias y medidas para prevenir las discapacidades de la misma.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluará los mismos por variables del estudio y nivel de conocimiento en general.

- **Aceptable:** Cuando haya contestado correctamente como se expone posteriormente y haya obtenido de 66 - 100 puntos en la evaluación.
- **Inaceptable:** Cuando haya contestado incorrectamente como se expone posteriormente y haya obtenido menos de 65 puntos en la evaluación.

Evaluación por variables del estudio

1. Aspectos generales.

Ítem 1- Las personas para contestar correctamente deben marcar 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 2.7.

Aprobando al marcar tres incisos como mínimo.

Desaprobando al marcar dos incisos o menos.

2. Vías de adquirir la enfermedad.

Ítem 2- Las personas para contestar correctamente deben marcar 2.1, 2.3, 2.6, 2.5, 2.7.

Aprobando al marcar tres incisos correctos como mínimo.

Desaprobando al marcar dos incisos o menos.

3. Síntomas de la enfermedad

Ítem 3- Las personas para contestar correctamente deben marcar 2.2, 2.4, 2.5, 2.6.

Aprobando al marcar dos incisos correctos como mínimo.

Desaprobando al marcar menos de dos incisos correctos.

4. consecuencias de la enfermedad para el organismo

Ítem 4- Las personas para contestar correctamente deben marcar 2.1, 2.2, 2.5.

Aprobando al marcar dos incisos correctos como mínimo.

Desaprobando al marcar menos de dos incisos correctos.

5. Medidas para prevenir las discapacidades.

Ítem 5-. Las personas para contestar correctamente deben marcar 2.1, 2.3, 2.4, 2.6, 2.7.

Aprobando al marcar tres incisos correctos como mínimo.

Desaprobando al marcar dos incisos o menos.

6. Cuando la Lepra deja de transmitirse.

Ítem 6-. Las personas para contestar correctamente deben marcar el inciso 2.1

Aprobando si marca el inciso correcto.

Desaprobando si marca otro inciso.

7. Nivel de conocimiento en general sobre Lepra

La evaluación fue integral con todo el ítem que anteriormente se expusieron y se dio una puntuación de 6.7 puntos en cada uno de los incisos correctos y se califica de las siguientes formas

Los resultados se expresaron en forma cuantitativa con antes y después en diferentes tablas (Anexo- 4) los que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones y se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecido por el departamento de Investigación y Postgrado de la Facultad de Ciencias Médica de Ciego de Ávila.

Control semántico:

Contacto intradomiciliario de primer orden: Toda persona que convive con un enfermo de Lepra.

Contacto intradomiciliario de segundo orden: Toda persona que convivió con un enfermo de Lepra por un periodo mayor de un año (personas que vivieron con el enfermo en su casa, o en cuyas casas vivió el enfermo).

Contacto extradomiciliario: Toda persona que sin convivir con el enfermo mantiene con el una relación estrecha por un tiempo mayor de un año (vecinos, amigos, compañeros de trabajo y/o escuela).

Síntomas: Conjunto de manifestaciones que puede ser referidas o constatadas al interrogatorio o examen físico.

Medidas de prevención: Acciones destinadas a impedir algo que debe evitarse.

Vías de transmisión: Medio por lo que gérmenes patógenos penetran en el organismo.

Conocimientos: Acción efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural.

Discapacidad: El enfermo tiene dificultad o se le hace imposible realizar con destreza las actividades manuales, la higiene personal, la movilidad, la comunicación y tiene afectada la psiquis, expresado por un comportamiento inusual

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LEPROA EN CONTACTOS DE UN CONSULTORIO DEL ÁREA DE GASPAR.

Después de diagnosticar el estado actual del conocimiento sobre la Lepra en los contactos intradomiciliarios y extradomiciliarios del consultorio del Médico de la Familia N° 17 del Área de Salud de Gaspar, se obtuvo que estas personas poseen conocimientos inaceptables en cuanto a: Conocimientos sobre los aspectos generales de la Lepra, vías de transmisión de la enfermedad, síntomas de la Lepra, consecuencias de la enfermedad para el organismo, medidas para prevenir las discapacidades, cuándo la enfermedad deja de transmitirse, se aplicó la intervención educativa y se logró los resultados siguientes.

Tabla No. 1 Describir los contactos de Lepra según grupo de edad y nivel de escolaridad del Consultorio del Médico de la Familia No.17 del área de salud Gaspar en el municipio Baraguá, durante el período comprendido de septiembre del 2008 a febrero del 2009.

Grupo de Edad	Nivel de Escolaridad									
	Primaria		Secundaria		Medio superior		Superior		Total	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%
15-19	--	--	3	4.3	4	5.8	--	--	7	10.2
20-24	--	--	--	--	5	7.2	--	--	5	7.2
25-59	--	--	6	9.5	21	30.4	15	21.7	42	60.8
60-64	--	--	3	4.3	5	7.2	2	2.8	10	14.6
65 +	3	4.3	--	--	2	2.8	--	--	5	7.2
Total	3	4.3	12	19.0	37	53.6	17	24.6	69	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No. 1 se obtuvo como resultado que el grupo de edad con mayor representación fue el de 25 a 59 y que el nivel de escolaridad que predominó es el nivel medio superior.

Tabla No. 2

Evaluación del nivel de conocimiento sobre los aspectos generales de la Lepra antes y después de la intervención educativa en el Consultorio del Médico de la Familia No. 17 del área de salud Gaspar en el municipio Baraguá, durante el período comprendido de septiembre del 2008 a febrero del 2009

Aspectos generales	N=69			
	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
Correcto	39	56.5	67	97.1
Incorrecto	30	43.5	2	2.9
Total	69	100	69	100

Fuente: Encuesta

Prueba de McNemar

Ji-cuadrado	gl	Valor p
----- 23,3103	----- 1	----- 0,0000

Esta tabla No. 2 nos muestra los conocimientos de los encuestados sobre los aspectos generales de la enfermedad donde el 56.5% (39 encuestados) reconocen tres o más de los aspectos generales de esta patología, siendo las más reconocidas en un 46.4(32 encuestados) que la enfermedad existe en Cuba, seguido por el 34.8 (24 encuestados) que refieren que la imagen de la enfermedad ha cambiado en la actualidad ,antes de la intervención educativa, al concluir la intervención se elevó el nivel de conocimiento, aumentándose las respuestas afirmativas y el 97,1% (67capacitados) reconocen tres o más de los aspectos generales y el 98.5% (68) incorporaron en sus conocimientos que la enfermedad tiene cura. (Anexo 4). Tabla 1.

Según bibliografía revisada algunos autores se refieren la asociación de la Lepra con las malas condiciones de higiene además citan que existen evidencias de la disminución o desaparición de la lepra en países con buen desarrollo socioeconómico y con medidas sanitarias adecuadas. [45].

Tabla No. 3

Evaluación del nivel de conocimiento sobre las vías de adquirir la enfermedad, antes y después de la intervención educativa en el Consultorio del Médico de la Familia No.17 del área de salud Gaspar en el municipio Baraguá, durante el período comprendido de septiembre del 2008 a febrero del 2009.

Vías	N=69			
	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
Correcto	26	37.7	68	98.6
Incorrecto	43	62.3	1	1.4
Total	69	100	69	100

Fuente: Encuesta

Prueba de McNemar

Ji-cuadrado	gl	Valor p
----- 37,2093	----- 1	----- 0,0000

Esta tabla No. 3 nos muestra los conocimientos de los encuestados sobre las vías de adquirir la enfermedad), donde solo el 37.7% (26 contactos) reconocen dos o más vías de adquirir de la enfermedad, siendo las más reconocidas en un 82,6 % (57 de las personas) la piel, seguido por el 69.5% (48 encuestados) que refieren de una persona no tratada a otra, al concluir la intervención se elevó el nivel de conocimiento, aumentándose las respuestas afirmativas y el 78.3% (54 capacitados) reconocen dos o más de las vías como las anteriores y el 89.8% (62) incorporaron en sus conocimientos que la vías respiratoria es una vía de adquirir la Lepra. (Anexo 4). Tabla 2.

No coinciden nuestros entrevistados con los entrevistados en un estudio realizado en Japón donde los aspectos relacionados con la transmisibilidad de la enfermedad son los más conocidos por la población estudiada (79,92 %). [49].

Tabla No. 4

Evaluación del nivel de conocimiento sobre los síntomas la Lepra antes y después de la intervención educativa en el Consultorio del Médico de la Familia No.17 del área de salud Gaspar en el municipio Baraguá, durante el período comprendido de septiembre del 2008 a febrero del 2009

Síntomas	N=69			
	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
Correcto	21	30.4	66	95.7
Incorrecto	48	69.6	3	4.3
Total	69	100	69	100

Fuente: Encuesta

Prueba de McNemar

Ji-cuadrado	gl	Valor p
40,1957	1	0,0000

En la tabla No. 4 muestra el conocimiento antes y después de las personas encuestadas según síntomas de la lepra, el 30.4% (21 encuestado) tuvieron conocimiento correcto sobre síntomas de la enfermedad antes de la intervención siendo los más conocidos lesiones cutáneas hipopigmentadas o hiperpigmentadas en el 55.1% (38), pérdida de la fuerza muscular de las manos y los pies en un 20.3% (14). Pérdida de la sensibilidad en las lesiones 17.4% (12) y perdida de la cola de las cejas 10.1% (7) después de la intervención aumentó el nivel de conocimiento sobre los síntomas incorporando un por ciento amplio los que reconocieron las lesiones cutáneas hipopigmentadas o hiperpigmentadas con 97.1% (67), pérdida de la fuerza muscular de las manos y los pies 87.0 % (60), pérdida de la sensibilidad en las lesiones 84.1%(58) y pérdida de la cola de las cejas 94.2% (65) quedando finalmente con respuestas correctas un 95.7% (66) (Anexo 4). Tabla 4.

En estudios realizados en el municipio Limonar perteneciente a provincia Habana algunos resultados sobre el conocimiento de los síntomas coinciden con los obtenidos en nuestro trabajo como la pérdida de la sensibilidad de las lesiones donde el 3.66% de los encuestadores respondieron correctamente, la pérdida de la fuerza muscular 9.75 % ,no obtenemos resultados similares en el conocimiento que tenían los pacientes encuestados sobre identificar las lesiones cutáneas hipopigmentadas o hiperpigmentadas como unos de los principales síntomas de la enfermedad donde solo el 12.8% en este municipio respondieron afirmativamente. Luego de la intervención la mayoría de los encuestados respondieron correctamente. [13].

Según bibliografía revisada en una intervención educativa realizada en el área de salud del Policlínico Municipal de Santiago de Cuba a enfermos y familiares nos muestran que antes de la intervención un 18.5% solo tenían conocimientos correctos sobre los síntomas de la enfermedad y después de la intervención el 100% de los encuestados contestaron correctamente; esto nos demuestra la escasa información que tiene la población sobre la enfermedad y la eficacia de la intervención educativa. [14].

Tabla No. 5:

Evaluación del nivel de conocimiento sobre las consecuencias de la Lepra para el organismo antes y después de la intervención educativa en el Consultorio del Médico de la Familia No.17 del área de salud Gaspar en el municipio Baraguá, durante el período comprendido de septiembre del 2008 a febrero del 2009.

consecuencias	N=69			
	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
Correcto	15	21.7	64	92.8
Incorrecto	54	78.3	5	7.2
Total	69	100	69	100

Fuente: Encuesta

Prueba de McNemar

Ji-cuadrado	gl	Valor p
44,1800	1	0,0000

En la tabla No. 5 podemos apreciar el conocimiento antes y después sobre las consecuencias e la enfermedad para el organismo. Del total de encuestados 69, solo el 21.7 (15) tuvieron conocimientos correctos antes de la intervención ya que reconocen dos o más de las consecuencias reconocida por el 23.1 % de los participantes, como los defectos visuales, seguida de deformidades y trastornos de la personalidad con solo el 11. 6% (8) y 5.8% (4) respectivamente, lo que demuestra que la mayoría de las personas antes de la intervención no reconocen las consecuencias que puede tener la lepra para el organismo, solo después de la intervención el 92.8 % reconocieron las consecuencias de la enfermedad para el organismo. (Anexo 3) Tabla 5.

En bibliografía consultada encontramos que en muchas ocasiones las personas desconocen correctamente las consecuencias de la enfermedad para el organismo, por lo que no toman adecuadamente las medidas para evitarlas aumentando el riesgo de padecerlas. [20].

Los resultados obtenidos concuerdan con los de otros autores como el estudio realizado por el doctor Alfredo Abreu en el año 2004 publicado en Infomed sobre las discapacidades en pacientes enfermos de Lepra, donde encontramos un 62% de su muestra con conocimientos sobre las consecuencias de esta enfermedad para el organismo. [10].

Tabla No. 6

Evaluación del nivel de conocimiento sobre las medidas para prevenir las discapacidades antes y después de la intervención educativa en el Consultorio del Médico de la Familia No.17 del área de salud Gaspar en el municipio Baraguá, durante el período comprendido de septiembre del 2008 a febrero del 2009.

Medidas	N=69			
	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
Correcto	19	27.5	69	100
Incorrecto	50	72.5	0	0
Total	69	100	69	100

Fuente: Encuesta

Prueba de McNemar

Ji-cuadrado	gl	Valor p
-----	-----	-----
42,1875	1	0,0000

En la tabla No. 6 podemos apreciar la evaluación del nivel de conocimiento sobre las medidas para prevenir las discapacidades donde los datos obtenidos nos demuestran que solo el 27.5 % (19 encuestados) conocen las medidas para prevenir las discapacidades, reconociendo utilización de calzados que proteja los pies sensibles el 26.1 (18), el empleo de guantes para los que trabajen con objetos calientes o agudos 23.1(16) y solo después de la intervención aumentaron su nivel de conocimiento sobre las medidas donde el 100 % de lo capacitados respondió correctamente. (Anexo 3).

Estudios realizados en Washington por Benson y coladores nos muestra que un gran porcentaje de los pacientes enfermos de Lepra que presentan discapacidades tenía desconocimiento de las medidas más elementales necesarias para evitar las discapacidades. [27].

Es posible evitar la aparición de discapacidades y/o deformidades, en los enfermos de lepra, ya que al comienzo de la enfermedad, no las presentan o generalmente si se detectan, éstas son leves y reversibles, por lo que es importante intervenir en la fase inicial dando educación a los enfermos para que realicen ejercicios y prácticas sencillas, evitando así que con el tiempo se hagan graves y permanentes. [10].

Tabla No. 7

Evaluación del nivel de conocimiento sobre cuando la Lepra deja de transmitirse antes y después de la intervención educativa en el Consultorio del Médico de la Familia No.17 del área de salud Gaspar en el municipio Baraguá, durante el período comprendido de septiembre del 2008 a febrero del 2009.

Cuando deja de transmitirse	N=69			
	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
Correcto	6	8.7	68	98.5
Incorrecto	63	91.3	1	1.5
Total	69	100	69	100

Fuente: Encuesta

Prueba de McNemar

Ji-cuadrado	gl	Valor p
-----	-----	-----
57,1429	1	0,0000

En la tabla No. 7 podemos apreciar la evaluación del nivel de conocimiento sobre las cuando la lepra deja de transmitirse donde apreciamos los datos obtenidos nos demuestran que solo el 8.7 % (6 encuestados) reconociendo que la enfermedad se deja de transmitir al inicio del tratamiento y solo después de la intervención aumentaron su nivel de conocimiento, un 98.5 % de los capacitados respondió correctamente. (Anexo 3) Tabla 7.

Estudios realizados por el Dr. Manuel de Jesús Salvador Álvarez, y la Dra. Julia Álvarez Cortés en la Ciudad de la Habana no muestran que con anterioridad a la acción educativa, los integrantes de la serie estimaban que la afección podía ser transmitida

aunque el paciente siguiera un plan terapéutico específico; sin embargo, luego de haber conocido lo indispensable acerca de ello, 85,2 % de la casuística varió por completo sus criterios preliminares sobre el particular o sea que deja de ser transmitida al inicio de la terapéutica. [51].

Tabla No. 8

Evaluación del nivel de conocimiento en general sobre Lepra antes y después de la intervención educativa en el Consultorio del Médico de la Familia No.17 del área de salud Gaspar en el municipio Baraguá, durante el período comprendido de septiembre del 2008 a febrero del 2009.

Nivel de Conocimientos general sobre Lepra	N=69			
	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
Aceptable	17	24.6	64	92.8
Inaceptable	52	75.4	5	7.2

Prueba de McNemar

Ji-cuadrado	gl	Valor p
-----	-----	-----
41,1915	1	0,0000

En la tabla No. 8 podemos apreciar la evaluación del nivel de conocimiento general sobre la lepra antes y después que tienen los contactos en estudio. Del total de encuestados 69, el 24.6% (17) tuvieron conocimientos aceptables, y un 75.4 % (52) con conocimientos inaceptables. Después de la intervención educativa el nivel de conocimientos en cada uno de los contactos en estudio se elevó, siendo de un 92.8 % (64) los conocimientos aceptables. Solamente 5 capacitados para un 7.2 % se mantuvieron con conocimientos inaceptables hasta el final de la intervención educativa. El instrumento aplicado antes de la intervención permitió determinar el nivel de conocimiento que tenían contactos sobre Lepra y después evaluar la efectividad del Programa Educativo y quedó estadísticamente demostrado que el ji-cuadrado calculado (X^2) es mayor que la ji-Cuadrado Tabulado, es decir, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) por lo que se considera que resultó efectiva la intervención educativa en la consecución de los objetivos que persiguió.

CONCLUSIONES

Se demostró que la intervención educativa acerca de la Lepra en los contactos del caso, del Consultorio del Médico de la Familia No. 17 del Área de Salud Gaspar en el Municipio Baraguá es efectiva.

RECOMENDACIONES

Resultan extremadamente pobres las experiencias de intervención con los contactos de lepra, e incluso en otras poblaciones, en relación con este tema; expresión inequívoca del rechazo que aún se muestra. Sobre la base de los resultados obtenidos y el desempeño observado en los encuentros recomendamos realizar y generalizar estas intervenciones en otras áreas de salud.

.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Selvapandian AJ, Richard J, Wilson TF. Attitude of people towards leprosy: urban and rural areas-a comparative study. *J Rehabil.* 1972;13:16-22
2. Gay J, Mascaró JM, Jaqueti G, González G, Piñol J. Lepra. En: Gay Prieto J. *Dermatología.* Barcelona: 7ma. ed. Editorial Científico-Médica; 1971.p.335-87.
3. Estrada SI. Algunos aspectos de la bacteriología del *Mycobacterium leprae*. *Rev Cubana Med Trop*1993; 45 (1):8-12
4. Fine PEM. A more balanced view is needed. *World Health Forum* 1996;17:120-122
5. Gil SA, Hernández GO, Rojas V. Programa de Control de Lepra para el Médico de la Familia. 2da ed. La Habana: ECIMED; 1994:1-43
6. Ministerio de Salud Publica: Programa Nacional de Control de la lepra, La Habana, 1998
7. Noordeen SK. Eliminación de la lepra como problema de salud pública. Una perspectiva global. Informe de la Conferencia OPS/OMS sobre la Eliminación de la Lepra de las Américas, Brasilia, 27 a 29 de mayo de 2006
8. Ollé-Goig JE. La eliminación de la lepra en el año 2008, ¿qué será de Antonio y Bajamut? *Enf Infecc y Microb Clin.* 2005;19(4):172-6
9. Burrish G, Hartmann A, Lockwood W. Leprosy in South Dakota. *SDJ Med.* 2006;49(6):185-222.
10. Lepra. Publicación digital en Infomed. Dr. Alfredo Abreu. 2004.
11. Ministerio de Salud Publica: Programa Nacional de Control de la lepra, La Habana, 2008
12. Ponninghaus JM, Fine PE, Sterne JA, Malema SS, Bliss L, Wilson RJ. Extended schooling and good housing conditions are associated with reduced risk of leprosy in rural Malawi . *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 1999; 62(3):345-52
13. Montenegro I, Prior A, Uribe-Echevarria A. Conocimientos de la población sobre Lepra. *Rev Cubana Med Integr* 2006; 22(3).
14. Rojas V. Nivel de conocimientos de los enfermos de lepra de Ciudad de La Habana en relación con su padecimiento. *Rev Cubana Med Trop.* 1989;41(1):6475..

15. Abreu G, Amador A, Borroto R., Burke M, Castellanos Cobas M. Para la vida. La Habana: UNICEF /MINSAP; 1992: 163-72
16. Roxas MG. Optimism in the Philippines. World Health Forum 1996;17:119-120.
17. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: "Eliminación de la Lepra de Las Américas", Lepra al día, Boletín 8, 2005
18. Ponninghaus JM, Fine PE, Bliss L, Sliney IJ, Bradley DJ, Riss RJ. The Lepra evaluation project an epidemiological study of leprosy in Northern Malawi. Lepr Rev. 2005;58(4):359-75
19. González PM. Historia de la lepra en Cuba. La Habana: Publicaciones del Museo de Historia de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay"; 1993: 308-401
20. Recent Advances in the Treatment of Leprosy. Dermatol Online J 9(2), 2005
21. Comité de expertos en Lepra: segundo informe, Serie Informes Técnicos N° 874. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1998.
22. Chen XS, Li VZ, Jiang C, Zhu CB, Ye GY. Studies on mode of detection of leprosy in China during the years 1981-1998. Lepr Rev. 2008;72 (3):302-10.
23. Algunos factores que inciden en la demora del diagnóstico de la lepra. Bol Of Sanit Panam 2004; 116 (4):307-9.
24. 7th WHO Expert Committee on Leprosy June 2006.
25. Terencio AJ. Pasado, presente y futuro de la lepra. Rev Leprol Fontilles 2005; 20(6): 1202-5.
26. Valera C. La Santa Biblia. Antiguo Testamento. Libro II de Moisés [Revisión de 1990]. Santiago de Chile: Sociedades Bíblicas Unidas; 1991:155-8.
27. Benson A. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. 15ta ed. Washington, DC:OPS; 2007:328-32. (Publicación científica: nr 538).
28. Organización Mundial de la Salud. Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública. Ginebra: OMS; 1995. (Documento WHO/LEP/95.1.)
29. Noordeen SK. Eliminating leprosy as a public health problem. Is the optimism justified? World Health Forum 1996;17:109-108.
30. Rao PV, Bhuskade RA, Desikan KV. Modified leprosy elimination campaign for case detection in a remote tribal area in the state of Orissa, India. Lepr Rev. 2006;71(3):377-81.

31. Heymann, David L. (ed): El control de enfermedades transmisibles, 18 ed; Publicación Científica y Técnica N°. 613, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.; 2005.
32. World Health Organization. Elimination of leprosy: Questions and answers. Geneva: WHO; 1996. (Documento WHO/LEP/96.4).
33. Action Programme for the Elimination of Leprosy. Status Report, WHO/LEP/98.2
34. Noorden SK Hacia la eliminación de la lepra como problema de salud pública. Bol Of Sanit Panam 1995;119 (2): 185-9.
35. Valderez M. Situación de los programas de control de lepra en América. Washington, DC: OPS; 2008.
36. Mandal MG, Pal D, Majumdar V, Biswas PC, Biswas S, Saba B. Recent trends in leprosy in a large district of West Bengal, India, revealed. Lepr Rev. 2007;71(1):71-6
37. Freerksen E, Rosenfeld M, Depasquale G, Bonnici E, Gatt P. The Malta project a country free itself of leprosy. A 27 years progress study (1972-1999) of the first successful eradication leprosy. Chemotherapy. 2005;47(5):309-31.
38. Comité de expertos en Lepra: segundo informe, Serie Informes Técnicos N° 189. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1994
39. Current global situation of leprosy, July 2008. TDR
40. X Ebenso BE, Tureta SM, Udo SO. Treatment outcome and impact of leprosy elimination campaign in Sokoto and Zamfara states, Nigeria. Lepr Rev. 2005;72 (2):192-8.
41. Lepra. Instituto Nacional de Salud. Santafé de Bogotá, D.C., 2006
42. Ministerio de Salud Pública. Guía Práctica de control de Foco en la Atención Primaria de salud. La Habana: MINSAP Disponible en <http://aps.sld.cu/E/profocos.html>.
43. Paz C, Valencia L. A study of the Knowledge, Beliefs, Attitudes and Practices of Ilocanos on Leprosy. J Trop Med Publ 2008;18 (2):420-6.
44. WHO. Action program for the elimination of leprosy. Status Report. Geneva, 2009. p.16-32.
45. Ridley DS. Histological classification and the immunological spectrum of leprosy. Bull WHO 2005;51:451-65

46. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el acto por el Día Internacional de los Trabajadores. La Habana: Editora Política; 1993.p.39-54.
47. World Health Organization. Leprosy elimination project. Remaining challenges towards the elimination of leprosy Indian. J Lepr. 2007; 72(1):33-45.
48. Feenestra P. The optimism is both an asset and a liability. World Health Forum 1996; 17:125-126
49. Muñoz S. Pacientes de la enfermedad de Hansen luchan en Japón por el respeto social. JANO, Medicina y Humanidades. 2009; 1407(61):28. Disponible en: <http://www.doyma.es/jano>
50. Rojas V. Conocimientos y prejuicios sobre la lepra en Ciudad de La Habana. Rev Cubana Med Trop 1992; 44 (2): 118-22
51. Álvarez M, Álvarez J. Lepra temida o desconocida. Capacitación a enfermos y familiares. Rev Cubana Med Trop 2005; 33 (1): 98-21

ANEXO N° 1

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

La que suscribe _____

doy mi conformidad para participar en la investigación "Intervención educativa para incrementar el nivel de conocimiento sobre Lepra. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por la Doctora _____ quien me ha informado que:

1. Esta investigación tiene como objetivo principal evaluar la utilidad de la intervención educativa para incrementar el nivel de conocimiento sobre la Lepra.
2. Esta investigación contribuirá a mejorar el grado de información de los pacientes sobre temas como: la Lepra y sus síntomas, consecuencias para el organismo y como prevenir las discapacidades 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 o el hospital, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.
3. 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 200__.

Paciente _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

ANEXO N° 2

Encuesta para grupo de riesgo de Lepra

1.- Edad: _____.

Señale su nivel escolar.

_____ Primaria.

_____ Secundaria.

_____ Medio superior.

_____ Superior.

2.- Marque con una x los aspectos que considere correcto para la Lepra.

2.1 ___ Existe en nuestro país.

2.2 ___ Está asociada a malas condiciones de higiene.

2.3 ___ No es considerada como un problema de salud.

2.4 ___ Su imagen social ha cambiado en la actualidad.

2.5 ___ Afecta gran proporción de la población.

2.6 ___ Cualquier persona puede contraerla.

3.- Marque las vías para adquirir la enfermedad que usted conoce.

3.1 ___ De una persona no tratada a otra.

3.2 ___ Por contacto sexual

3.3 ___ Vía respiratoria.

3.4 ___ Contacto de mucosas con aguas estancadas

3.5 ___ De madre gestante a feto

3.6 ___ A través de la piel

3.7 ___ Vía digestiva.

4.- Identifique de los siguientes síntomas, cuando usted debe acudir al médico de inmediato.

4.1 ___ Cefalea intensa

4.2 ___ Pérdida de la fuerza muscular de manos y pies.

4.3 ___ Fiebre

4.4___ Pérdida del bello en las lesiones

4.5 ___ Lesiones cutáneas hipopigmentadas o hiperpigmentadas

4.6 ___ Pérdida de la sensibilidad en las lesiones.

4.7 ___ falta de aire.

5._ Marque con una x las consecuencias que puede causar la Lepra en el organismo.

5.1___ Defectos visuales.

5.2___ Trastornos de la personalidad

5.3___ Impotencia.

5.4___ Defectos auditivos.

5.5___ Deformidad de manos y pies.

5.6 ___Alteraciones del equilibrio

5.7___ Insuficiencia hepática

6._ Señale las medidas que considere necesario para prevenir las discapacidades.

6.1___ Utilización de calzados que proteja los pies sensibles.

6.2___ Disminuir de peso.

6.3___ Utilización de anteojos.

6.4___ Empleo de guantes para los que trabajan con objetos agudos y calientes.

6.5___ Ejercicios físicos diarios.

6.6___ Si fuma usar boquilla de más de 8 cm.

6.7___ Revisar los pies diariamente

7. Marque con una x en el tiempo que usted considere que la enfermedad deja de transmitirse.

7.1___ Al inicio del tratamiento.

7.2___ A mediados del tratamiento.

7.3___ Al finalizar el tratamiento.

ANEXO Nº 3

Programa educativo para elevar el nivel de conocimiento sobre Lepra en el grupo de riesgo del CMF.

Tema I: Presentación del programa

Sumario: 1. Presentación del proyecto.

2. Aplicación de las encuestas.

3. Cierre.

Objetivo: Crear un ambiente de confianza, desinhibir al personal y establecer las reglas.

Tipo de actividad: dinámica de grupo.

Recursos: Papeles, lápices, lapiceros.

Frecuencia: Quincenal.

Responsable: Epidemiólogo.

Participantes: Grupo de riesgo de Lepra.

Tema II: Panorámica de la enfermedad.

Sumario: 1. Definición de la enfermedad.

2. Situación en Cuba y mundial.

3. Aspectos generales.

Objetivo: Conocer la situación de la enfermedad y aspectos de interés

Tipo de actividad: video.

Recursos: Casetes, papel, lápiz y video.

Frecuencia: Quincenal

Responsable: Epidemiólogo.

Participantes: Grupo de riesgo de Lepra.

Tema III: Transmisión y cuadro clínico de la enfermedad.

Sumario: 1. Vías por las que se adquiere la enfermedad.

Síntomas que presenta.

Objetivo: Conocer las vías de transmisión y la sintomatología.

Tipo de actividad: Conferencia.

Recursos: Papel, lápiz y hojas.

Frecuencia: Quincenal.

Responsable: Epidemiólogo.

Participantes: Grupo de riesgo de Lepra.

Tema IV: consecuencias y prevención de las discapacidades

Sumario: 1.consecuencias de la enfermedad para el organismo.

2. medidas para prevenir las discapacidades.

3. Tiempo en que de la lepra deja de ser transmisible.

Objetivo: Conocer las consecuencias de la enfermedad para el organismo y como prevenir las discapacidades que esta produce

Tipo de actividad: Conferencia.

Recursos: Lápices, hojas, lapiceros.

Frecuencia: Quincenal.

Responsable: Epidemiólogo.

Participantes. Grupo de riesgo de Lepra.

Tema V: Cierre y evaluación.

Sumario: 1. Reafirmación de contenidos.

2. Aplicación de la encuesta final.

Cierre del programa.

Objetivo: Conocer las irregularidades del proyecto y evaluar los avances del mismo.

Tipo de actividad dinámica de grupo.

Recursos: Microcomputadora, hojas de papel, lápices, pápelo grafos.

Frecuencia: Quincenal.

Responsable: Epidemiólogo.

Participantes: Grupos de riesgo de Lepra.

ANEXO N° 4

Tabla N° 2 conocimientos sobre los aspectos generales de la lepra.

ASPECTOS	Antes de la Intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Existe en nuestro país	32	46.4	66	95.6
Está asociada a malas condiciones de higiene.	40	57,9	3	4.3
Tiene cura	12	17.4	68	98.5
No es considerada como un problema de salud.	18	26	63	91.3
Su imagen social ha cambiado en la actualidad.	24	34.8	67	97.1
Afecta gran proporción de la población	6	8.6	1	1.4
Cualquier persona puede contraerla	46	66.6	62	89.8

Tabla N° 3 conocimientos sobre las vías de adquirir la enfermedad

VIAS	Antes de la Intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
De una persona no tratada a otra	48	69.5	64	92.7
Contacto sexual	6	8.6	2	2.9
Vía respiratoria	20	2.8	62	89.8
Contacto de mucosas con aguas estancadas	3	4.3	--	--
De madre gestante a feto	4	5.8	1	1.4
A través de la piel	57	82.6	67	97.1
Vía digestiva	5	7.2	--	--

Tabla N° 4 conocimientos sobre los síntomas.

SINTOMAS	Antes de la Intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Cefalea intensa	30	43.5	4	5.8
Perdida de la fuerza muscular de manos y pies	14	20.3	60	87.0
Fiebre	21	30.4	5	7.2
Pérdida de la cola de las cejas	7	10.1	65	94.2
Lesiones cutáneas hipopigmentadas o hiperpigmentadas	38	55.1	67	97.1
Pérdida de la sensibilidad en las lesiones.	12	17.4	58	84.1
Falta de aire	15	21.8	1	1.4

Tabla N° 5 conocimientos sobre las consecuencias para el organismo.

CONSECUENCIAS	Antes de la Intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Defectos visuales.	16	23.1	58	84.1
trastornos de la personalidad	4	5.8	62	89.9
Impotencia	6	8.7	1	1.4
Defectos auditivos	14	20.3	5	7.2
deformidades de manos y pies	8	11.6	66	95.6
Alteraciones del equilibrio	7	10.1	-	
Insuficiencia hepática	9	13.0	2	2.9

Tabla N° 6 conocimientos sobre las medidas para prevenir las discapacidades.

MEDIDAS	Antes de la Intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Utilización de calzados que proteja los pies sensibles	18	26.1	48	69.6
Disminuir de peso.	5	7.2	-	
Utilización de anteojos.	6	8.7	31	44.9
Empleo de guantes trabajar con objetos agudos y calientes.	16	23.1	61	88.4
Ejercicios físicos diarios	12	17.4	2	2.9
Si fuma usar boquilla de más de 8 cm	4	5.8	51	73.9
Revisar los pies diariamente	10	14.5	54	78.3

Tabla N° 7 conocimientos sobre cuando deja de transmitir la enfermedad.

MEDIDAS	Antes de la Intervención		Después de la intervención	
	No.	%	No.	%
Inicio del tratamiento	16	41	64	97.6
Mitad del tratamiento	20	29	2	2.9
Final del tratamiento	33	47.8	3	4.3

ANEXO N° 5

Tabla 2. Comparación de dos proporciones. Muestras emparejadas

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		Total
	Si	No	
Si	39	1	40
No	27	2	29
Total	66	3	69

Proporción (%)	
Muestra 1	57,143
Muestra 2	95,714

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)
-38,571	-50,642 -26,501

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
23,3103	1	0,0000

Tabla 3. Comparación de dos proporciones. Muestras emparejadas

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		Total
	Si	No	
Si	26	1	27
No	41	1	42
Total	67	2	69

Proporción (%)	
Muestra 1	38,571
Muestra 2	97,143

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-58,571	-70,772	-46,371

Prueba de McNemar		
Ji-cuadrado	gl	Valor p
37,2093	1	0,0000

Tabla 4. Comparación de dos proporciones. Muestras emparejadas

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		Total
	Si	No	
Si	21	1	22
No	44	3	47
Total	65	4	69

Proporción (%)	
Muestra 1	31,429
Muestra 2	94,286

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)	
-62,857	-74,849	50,865

Prueba de McNemar

Ji-cuadrado	gl	Valor p
40,1957	1	0,0000

Tabla 5. Comparación de dos proporciones. Muestras emparejadas

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		Total
	Si	No	
Si	15	1	16
No	48	5	53
Total	63	6	69

Proporción (%)	
Muestra 1	22,857
Muestra 2	91,429

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)
-68,571	-80,145 -56,998

Prueba de McNemar

Ji-cuadrado	gl	Valor p
44,1800	1	0,0000

Tabla 6. Comparación de dos proporciones. Muestras emparejadas

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		Total
	Si	No	
Si	19	1	20
No	47	2	49
Total	66	3	69

Proporción (%)	
Muestra 1	28,986
Muestra 2	95,652

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)
-66,667	-78,493 -54,841

Prueba de McNemar

Ji-cuadrado	gl	Valor p
42,1875	1	0,0000

Tabla 7. Comparación de dos proporciones. Muestras emparejadas

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		Total
	Si	No	
Si	6	1	7
No	61	1	62
Total	67	2	69

Proporción (%)	
Muestra 1	10,000
Muestra 2	97,143

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)
-87,143	-95,927 -78,358

Prueba de McNemar

Ji-cuadrado	gl	Valor p
57,1429	1	0,0000

Tabla 8. Comparación de dos proporciones. Muestras emparejadas

Nivel de confianza: 95,0%

Muestra 1	Muestra 2		Total
	Si	No	
Si	17	1	18
No	46	5	51
Total	63	6	69

Proporción (%)	
Muestra 1	26,087
Muestra 2	91,304

Diferencia de proporciones (%)	IC (95,0%)
-65,217	-77,152 -53,283

Prueba de McNemar

Ji-cuadrado	gl	Valor p
41,1915	1	0,0000