

Conocimientos de la población sobre lepra

Isora Montenegro Valera,¹ Ada de las Mercedes Prior García,² Aida Iris Uribe-Echeverría Delgado,³ Silvio Faustino Soler Cárdenas⁴ y Kárel Durán Marrero³

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo transversal para investigar el nivel de conocimientos, que sobre la lepra, tiene la población en el municipio de Limonar, durante el período de Marzo a Diciembre de 2002. Participaron en el estudio 395 pacientes mayores de 15 años, que fueron seleccionados de la población del municipio mediante un diseño multietápico que incluyó la estratificación y el conglomerado. Los datos fueron procesados en el sistema estadístico SPSS-10. Se utilizaron técnicas estadísticas como el Chi cuadrado para explorar la asociación significativa entre variables. Se obtuvo como resultado que existe desconocimiento por parte de la población acerca de la enfermedad, ya que solamente el 17,97% de la población mostró conocimientos adecuados, y se encontró relación significativa entre este, el sexo femenino y la escolaridad. Sobre la base de los resultados se recomiendan las audiencias diana para una efectiva intervención educativa en la Atención Primaria de Salud en este municipio.

Palabras clave: Lepra, enfermedad, población, atención primaria de salud.

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa de la especie humana, de la cual se tienen reportes bibliográficos desde fechas tan remotas como el año 4266 a.n.e. en Egipto, el año 1100 a.n.e. en China y en los libros sagrados de la India e Israel.^{1,2} Ya desde entonces la deformidad física resultante por contraer esta afección, determinaba la base del estigma social que aún en nuestros días subsiste.

La detección de casos de lepra en el municipio Limonar no lleva a considerarla un problema de salud actual (tasa de prevalencia 0,3 x 10 000 hab), según el cuadro epidemiológico provincial, sin embargo existen condiciones sociodemográficas y del estilo de vida de la población que nos hacen vulnerables a su aparición, como es el caso del número de asentamientos marginales en todos los Consejos Populares (CP) de personas provenientes de provincias con elevadas tasas de incidencia de lepra, pues el 50% de las personas en este municipio tienen procedencia familiar de las provincias de Villa Clara, Camagüey y Guantánamo.²

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.³⁻¹³

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

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo transversal en el municipio de Limonar a nivel de la APS, durante el período de Marzo a Diciembre de 2002. El universo estuvo constituido por la población mayor de 15 años del municipio, que es de 15 362 hab, distribuidos en 6 CP. El tamaño muestral calculado por el método del error estándar de la proporción para un nivel de confianza del 95%, una precisión de 3%, y una proporción esperada de 10%, fue de 374 unidades de muestreo, y se obtuvieron 395 (muestra ajustada para R=10%:416). Se decidió llevar a cabo un estudio con un diseño multietápico, que incluyó la estratificación y el conglomerado.

El instrumento de recolección de la información creado con criterio de expertos y validado en la práctica, fue modificado después de haber sido aplicado a 30 individuos de las áreas de salud de Contreras y Milanés, del municipio Matanzas, corroborándose de esta forma la factibilidad de dicho instrumento, que fue aplicado con posterioridad en los consultorios escogidos del municipio Limonar (anexo).

Se consideró conocimiento satisfactorio ($\geq 60\%$ respuestas correctas) y conocimiento insuficiente ($< 60\%$ respuestas correctas). Se estableció un sistema de puntuación para evaluar la variable conocimiento en las personas que respondieron el cuestionario de forma global, y posteriormente, atendiendo a las distintas áreas o tópicos que se pretendía explorar (conocimiento general, transmisibilidad, curabilidad, conducta y actitud).

Se incluyeron igualmente en el cuestionario datos sociodemográficos, como es la edad, el sexo, el nivel de escolaridad y la procedencia familiar. Los datos obtenidos por las encuestas se codificaron y procesaron de forma automatizada bajo los programas estadísticos Microsoft® Excel 2002 y SPSS-10, para obtener la frecuencia de las distintas variables en valores relativos y por intervalos de confianza, el error estándar de la muestra, y darle salida en forma de tablas y figuras.

RESULTADOS

Se identificaron 418 unidades de muestreo que cumplían los criterios de selección, de las que solo 23 personas se negaron a participar en el estudio, por lo que la muestra quedó conformada por 395 personas que cumplían los criterios de selección e inclusión preestablecidos, y ello nos demuestra que la proporción de *no respuesta* fue mucho menor que la esperada (5,04 vs 10%). Al realizar el análisis final de la encuesta observamos que de una muestra de 395 pacientes, solo 71 presentaron conocimientos adecuados, lo que representa el 17,97%. Los CP con mejores puntuaciones fueron el “Horacio Rodríguez” y el de Limonar, con 16 y 38 pacientes aprobados para un 40 y 22,89% respectivamente (tabla 1).

TABLA 1. Conocimientos adecuados de la población según Consejo Popular

Consejos populares	N	Conocimientos adecuados	
		No.	%
Limonar	166	38	22,89
Santa Ana-Jesús María	51	4	7,84
San Francisco-Las Marías	32	1	3,12
Triunvirato	59	5	8,47
“Fructuoso Rodríguez”	47	7	14,89
“Horacio Rodríguez”	40	16	40
Total	395	71	17,97

Fuente: Encuesta.

Desde el punto de vista cualitativo podemos decir que casi la mitad de los aprobados obtuvieron el mínimo de puntos necesarios, y solo 15 pacientes alcanzaron calificaciones superiores a 70 puntos (figura 1).

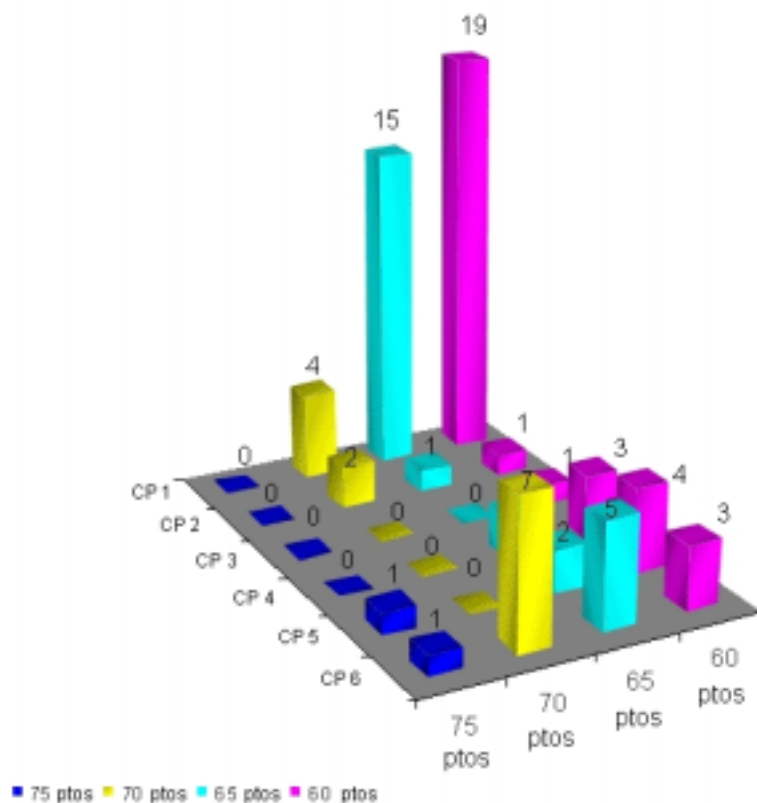


FIG. 1. Población con conocimientos adecuados, según puntuación y Consejo Popular.

En la tabla 2 se observa la distribución porcentual de la población, según las diferentes áreas del conocimiento pesquisadas en nuestro estudio y los distintos CP. En el área correspondiente a la *actitud y conducta ante la enfermedad* se obtuvieron las mejores calificaciones (89,36% y 63,03% respectivamente), aunque no se comportó de igual manera en el resto de las áreas. Los aspectos relacionados con la *trasmisibilidad de la enfermedad* son los menos conocidos por la población estudiada (7,92%).

TABLA 2. Distribución porcentual de la población con conocimientos adecuados por Consejos Populares según áreas de conocimiento

CP (N=395)	Población con conocimientos adecuados					
	Generales %	Trasmisibilidad %	Curabilidad %	Conducta %	Actitud %	Total %
1 (n=166)	27,10	6,02	13,25	59,63	89,15	22,89
2 (n=51)	11,76	11,76	13,72	45,09	94,11	7,84
3 (n=32)	6,25	6,25	0	84,37	93,75	3,12
4 (n=59)	16,94	8,47	8,47	74,57	86,44	8,47
5 (n=47)	23,40	4,25	14,89	61,70	97,87	14,89
6 (n=40)	32,50	15,00	35,00	67,50	75,00	40,00
Total	20,02	7,92	13,92	63,03	89,36	17,97

Fuente: Encuesta.

Como se aprecia en la tabla 3, solo las variables independientes sexo y escolaridad estuvieron asociadas significativamente al hecho de poseer conocimientos adecuados ($\chi^2=29,70$ $p=0,008$) y ($\chi^2=15,70$ $p=0,003$). En el resto de las variables analizadas, si bien pudiera existir alguna relación clínica epidemiológica, no se demostró desde el punto de vista estadístico.

TABLA 3. Población con conocimientos adecuados según características sociodemográficas

Características	n	Conocimientos adecuados		χ^2 (p)
		No.	%	
Masculino	159	23	14,46	29,70 (0,008)
Femenino	236	48	20,33	
Total	395	71	17,97	
15-40 años	187	39	20,85	39,16 (0,078)
41-65 años	147	28	19,04	
> 65 años	61	4	6,55	
Total	395	71	17,97	
Trabajador	200	38	19	7,77 (0,100)
Ama de casa	86	13	15,11	
Estudiante	25	9	36	
Jubilado	60	7	11,6	
Otras	24	4	16,66	
Total	395	71	17,97	
Primaria incompleta	41	3	7,31	15,70 (0,003)
Primaria	72	10	13,88	
Secundaria	143	19	13,28	
Preuniversitario	106	30	28,30	
Universitario	33	9	27,27	
Total	395	71	17,97	
Autóctono	261	53	20,31	3,494(0,174)
Guantánamo, Camagüey y Santiago de Cuba	34	3	8,82	
Otras provincias	100	15	15	
Total	395	71	17,97	

Fuente: Encuesta.

En el área de *conocimientos generales* se exploraron aspectos como ¿cuáles son los primeros síntomas de esta enfermedad?, a lo que 202 personas (51,21%) respondieron no saber. Ninguno asoció la obstrucción nasal a la sospecha de esta enfermedad. En la tabla 4 se relacionan los síntomas referidos y la distribución en frecuencias absolutas y relativas.

TABLA 4. Principales síntomas de la enfermedad referidas por la población

Síntomas	No.	%
Manchas blancas	51	12,8
Manchas rojas	53	13,41
Úlceras y llagas	45	11,28
Dolor articular	39	9,75
Pérdida de pedazos	61	15,55
Erupciones	31	7,92
Adormecimientos	14	3,66
Hinchazones	27	6,70
Ronchas	19	4,88
Caída de las cejas	35	8,84
Herpes	13	18,60
Nariz tupidada	0	0
No sabe	202	51,21

Fuente: Encuesta.

Respondiendo a la pregunta de si ha tenido o tiene entre sus conocidos algún enfermo de lepra, 317 dicen que no (80,18%), 43 no saben (10,97%) y responden sí 35 personas (8,84%), estratificándose en estos últimos el grado, tipo de relación o parentesco con dichas personas afectadas, tal y como aparece en la figura 2.

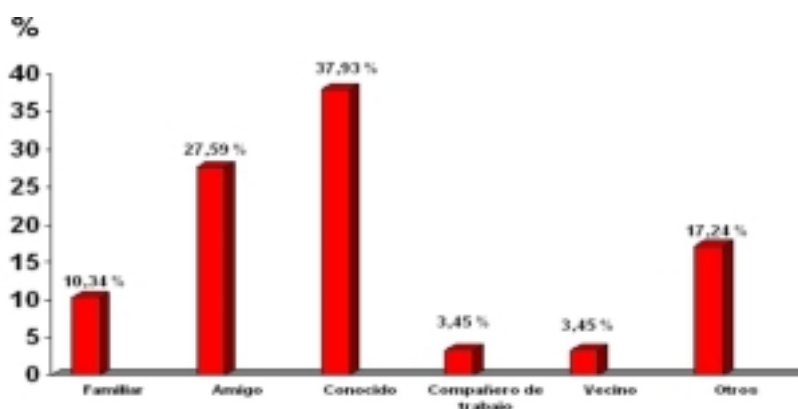


FIG. 2. Distribución de la población según su relación o parentesco con personas afectadas.

DISCUSIÓN

Son muy pocos los estudios que se realizan actualmente nacional e internacionalmente en los que se evalúe el componente educativo de los programas de control de esta enfermedad, y se olvida que si se tienen conocimientos adecuados acerca de ella, se favorece el cambio de actitud ante los prejuicios y se ayuda a que los pacientes acudan al médico frente a los primeros síntomas.¹³ Al observar los resultados de la encuesta encontramos que la cantidad de aprobados fue ligeramente superior en nuestro estudio con respecto a los estudios de *De Rojas* en La Habana en 1992 (15%) y en 1989

(10,2%) respectivamente, ^{14,15} aunque se coincide con ellos en que es necesario mejorar la educación para la salud que sobre este aspecto se le brinda a la población. Si tenemos en cuenta que en nuestros escenarios actuales la magnitud de la epidemia es moderada y la morbilidad por lepra es baja comparada con otras enfermedades transmisibles, y que nuestra provincia no se considera dentro de las de mayor endemidad, es comprensible, y hasta esperado, que no sea nuestra población una de las más conocedoras sobre esta problemática de salud.¹⁶

En las áreas donde se exploró la conducta y actitudes ante la enfermedad, se refleja la influencia innegable de las transformaciones sociopolíticas acaecidas en nuestro país en los últimos 40 años, dado por la actitud que toman nuestros conciudadanos en el cuidado de su salud y la de sus familiares. La accesibilidad universal a los servicios médicos y la cobertura de los CM, hacen que sea esta la primer opción para cualquier trastorno de salud individual como el que nos ocupa.^{17,18}

No coinciden nuestros entrevistados con los de *Paz, Valencia y De Rojas*,^{15,19} en que las manchas son los síntomas más precoces para reconocer la enfermedad, ya que en nuestro grupo de estudio existe un desconocimiento de los síntomas precoces en más de la mitad de los encuestados, y se plantean síntomas tardíos de la enfermedad. No obstante, en la investigación realizada en 1992 por *De Rojas* se encuentra una proporción algo mayor a la nuestra, en la cual los pacientes encuestados señalan, en primer lugar, que “se le caen pedazos” (19,5%).¹⁴

La ligera diferencia a favor de un mejor conocimiento en las mujeres, que fue estadísticamente significativo, pudiera deberse a que como sucede muy comúnmente, en función del género se establecen roles que hacen responsables a uno u otro sexo hacia funciones específicas, que en el caso de la mujer la sitúan como responsable del cuidado de la salud de la familia.¹⁵ Igual proporción quedó demostrada entre el nivel de escolaridad y el conocimiento de los entrevistados, lo cual resultó también significativo desde el punto de vista estadístico. Esto pudiera estar relacionado con el grado de instrucción de nuestra población, pues el grado de escolarización promedio es la educación media y media superior.²⁰

A modo de conclusión puede decirse que existe desconocimiento por parte de la población acerca de la enfermedad, y se encuentra relación significativa entre este, el sexo femenino y la escolaridad. En base a los resultados se recomiendan las audiencias diana para una efectiva intervención educativa en la APS en este municipio.

Anexo

Cuestionario

Consultorio # _____

Estimado paciente:

Esta encuesta no tiene carácter obligatorio y el no responderla no implica ningún tipo de dificultad para ud., pero estaríamos muy agradecidos si nos brinda su opinión sobre el tema que estamos estudiando, con el fin de mejorar la atención médica a la población, ya que el conocimiento que sobre las enfermedades tienen nuestros pacientes nos permite planificar las acciones de salud que redundan en beneficios para todos.

Muchas gracias.

Edad (en años)	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Procedencia
15-40	F	Primaria incompleta	Trabajador	Autóctono
41-65	M	Primaria	Ama de casa	Guantánamo
Más de 65		Secundaria	Estudiante	Santiago
		Preuniversitaria	Jubilado	Camagüey
		Universitaria	Otras	Otros

1. ¿Conoce ud. que existe una enfermedad llamada lepra?

Sí
No

2. ¿De qué forma lo conoció?

En libros	A	En tv	D	No sabe	G
Oí hablar	B	En la escuela	E	Cuáles	
Por un enfermo	C	Otras	F		

3. ¿La conoce con otro nombre? ¿Cuál o cuáles?

Hansen	A	Otros	C
Mal de Lázaro	B	No sabe	D

4. ¿Sabe ud. cómo se enferman las personas con ella?

Herencia	A	Contacto con animales	D	Por el aire	G
Daño o maldición	B	Vivir con enfermos	E	Por tocar a enfermos	H
Por agua o alimentos	C	Falta de higiene	F	No sabe	I
Otras					

5. ¿Cree que una persona enferma puede curarse?

	Sí	A
	No	B
	No sabe	C

6. ¿Ha tenido o tiene entre sus conocidos algún enfermo de lepra?

	Sí	A
	No	B
	No sabe	C

7. Esta persona es un:

	Familiar	A		Vecino	D
	Amigo	B		Compañero de trabajo	E
	Conocido	C		Otros	F

8. ¿Cuáles son los primeros síntomas de esta enfermedad? Mencione algunos.

	Manchas blancas	A		Se le caen pedazos	E		Ronchas	I
	Manchas rojas	B		Erupciones	F		Caída de las cejas	J
	Úlceras y llagas	C		Adormecimientos	G		Herpes	K
	Dolor articular	D		Hinchazones en la cara	H		Nariz tupida	L
							No sabe	M

9. ¿Cree ud. que lo mejor para una persona que tiene lesiones que parezcan ser de lepra es...?

	Aislarlo inmediatamente	A		No sabe	E
	Llevarlo al médico de inmediato	B		Otra opción. Explique	F
	Llevarlo a un curandero	C			
	Escondese	D			

10. ¿Qué haría ud. si creyera que un familiar o ud. mismo tiene una lesión que pudiera ser lepra?

SUMMARY

Knowledge of the population about leprosy

An observational, descriptive and cross-sectional study was undertaken to investigate the level of knowledge of the population about leprosy in Limonar municipality from March to December, 2002. 395 patients over 15 participated in the study. They were selected from the population of the municipality by a multistage design that included stratification and cluster. The data were processed by the SPSS-10 statistical system. Statistical techniques as the Chi square test were used to explore the significant association among the variables. It was concluded that there is lack of knowledge about the disease, since only 17.97% of the population showed an adequate knowledge. A significant relation was found among knowledge, the female sex and the educational level. According to these results, the target hearings are recommended for an effective educative intervention at the primary health care level in this municipality.

Key words: Leprosy, population, primary health care.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Valderez M. Situación de los programas de control de lepra en América. Washington,DC: OPS; 1988.
3. WHO. Action program for the elimination of leprosy. Status Report. Geneva, 1999.p.16-32.
4. 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.* 2000; 71(3):377-81.
5. Ponninghaus JM, Fine PE, Bliss L, Sliney IJ, Bradley DJ, Ress RJ. The Lepra evaluation project an epidemiological study of leprosy in Northern Malawi. *Lepr Rev.* 1999; 58(4):359-75.
6. 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.* 2000; 71(1):71-6.
7. World Health Organization. Leprosy elimination project. Remaining challenges towards the elimination of leprosy Indian. *J Lepr.* 2000; 72(1):33-45.
8. 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.* 2001;72 (3):302-10.
9. 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.* 2001; 47(5):309-31.

10. Ebenso BE, Tureta SM, Udo SO. Treatment outcome and impact of leprosy elimination campaign in Sokoto and Zamfara states, Nigeria. *Lepr Rev.* 2001; 72(2):192-8.
11. 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.
12. Burrish G, Hartmann A, Lockwood W. Leprosy in South Dakota. *SDJ Med.* 1999; 49(6):185-7.
13. Ollé-Goig JE. La eliminación de la lepra en el año 2000, ¿qué será de Antonio y Bajamut? *Enf Infecc y Microb Clin.* 2001;19(4):172-6.
14. Rojas V, Hernández O, Bravo R, García M. Conocimientos y prejuicios sobre lepra en Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Med Trop.* 1992; 44(2):118-23.
15. 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.
16. Gil R, Ramos R, Hernández O. Distribución según formas clínicas, sexo y edad de la incidencia de lepra en Cuba:1972-1987. *Rev Cub Med Trop.* 1990; 28(2):164-72.
17. Selvapandian AJ, Richard J, Wilson TF. Attitude of people towards leprosy: urban and rural areas-a comparative study. *J Rehabil.* 1972; 13:16-22.
18. Muñoz S. Pacientes de la enfermedad de Hansen luchan en Japón por el respeto social. *JANO, Medicina y Humanidades.* [Seriada en línea] 2001; 1407(61):28. Disponible en: <http://www.doyma.es/jano> Consultado Enero 27, 2003.
19. Paz C, Valencia L. A study of the Knowledge, Beliefs, Attitudes and Practices of Ilocanos on Leprosy. *J Trop Med Publ.* 1998;18(2):420-6.
20. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el acto por el Día Internacional de los Trabajadores. La Habana: Editora Política; 2003.p.39-54.

Recibido: 7 de diciembre de 2004. Aprobado: 31 de enero de 2005.
Dra *Isora Montenegro Valera*. Calle Línea # 73, entre Real y Segunda,
Guanábana, Matanzas, Cuba.

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Dermatología.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología.

³ Especialista de I Grado en Dermatología.

⁴ Licenciado en Matemáticas.