

¿Cuánto y qué saben los médicos acerca de la Lepra?

*Alexis Romero Salazar **

Resumen

La demora del diagnóstico de la Lepra puede estar asociada a la actitud del propio enfermo ante la afección y a la incapacidad de los médicos que laboran en los servicios de atención primaria para reconocerla. En este artículo se reportan los resultados de una investigación que estuvo dirigida a establecer el conocimiento -acerca de la Lepra- de los médicos no dermatólogos de los centros que conforman el sistema de salud en el Municipio Maracaibo del Estado Zulia. A tal fin, con la asistencia de expertos leprólogos, se elaboró un cuestionario que se aplicó a una muestra de 37 médicos residentes. Los datos recogidos fueron procesados con el paquete SPSS; practicándose, primero, un análisis porcentual, que permitió, después, la construcción de los respectivos Índices para cada área del conocimiento de la enfermedad (etiología, signos y síntomas, contagio, etc.). Además, para determinar la influencia de algunos factores —como años de servicio, universidad donde estudiaron, etc.— sobre el nivel de conocimiento, se aplicó la prueba de la Chi Cuadrada y se calculó el Coeficiente de Asociación "C".

Los resultados muestran un escaso conocimiento de la Lepra en los médicos no dermatólogos; lo que podría explicar el bajo nivel de sospecha clínica y el retraso en el diagnóstico encontrados en estudios anteriores.

Términos claves: Lepra, Hansen, diagnóstico, conocimiento médico.

(*) Sociólogo Profesor de la Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela.
Fax: 061 - 520189. E-mail: romeros@telcel.net.

Abstract

Delay in the diagnosis of leprosy may be due to the attitude of the patient and to failure in diagnosis by physicians who work at primary care centers. This study purports to establish knowledge levels of leprosy in non-dermatologist specialty centers in Maracaibo, Venezuela.

With the assistance of leprosy specialists 37 resident physicians completed questionnaires and the information processed with the SPSS package employing percentage analysis and then the construction of indices to each knowledge area of the disease (etiology, signs and symptoms, contagion). Knowledge levels were compared with experience, training and location of the medical school. The Chi-Square test was applied and the rate of association (C) determined.

Results showed a limited knowledge about leprosy in non-dermatologist specialists. This would explain the failure to hypothesize the disease in diagnosis and the consequent delay which has been seen to occur through previous studies.

Key words: Leprosy, Hansen, diagnosis, medical knowledge.

I. El problema

En la actualidad el control de la Lepra -enfermedad crónica transmisible y estigmatizante causada por el *Mycobacterium Leprae*- está basado en la aplicación en forma ambulatoria de un óptimo tratamiento multidroga que permite la curación evitando el contagio y las graves consecuencias que, a nivel de los nervios periféricos, la piel y las mucosas, tiene la afección.

No obstante, el diagnóstico se ve obstaculizado, en primer lugar, por la demora del paciente en buscar atención ante las señales iniciales y, en segundo lugar, por la incapacidad de los médicos no dermatólogos de los Centros de Atención Primaria para reconocer la enfermedad.

En relación a esta última situación, un estudio realizado en la Unidad de Dermatología Sanitaria de Maracaibo, detectó que el paciente pasa un largo tiempo (2,3 años) en los distintos centros de salud antes de serle reconocida la afección (ROMERO *et al*, 1994).

Ello podría evidenciar un considerable nivel de desconocimiento de la Lepra por parte de los médicos (generales o residentes) que laboran en los Servicios de Atención Primaria, ocasionando dificultades a nivel del control. Lo que involucra al centro responsable de la articulación con aquellos y de la promoción de la educación en la materia.

Al respecto, la pregunta: ¿Cuánto saben con exactitud los médicos acerca de la etiología, sintomatología, curación, tratamiento, etc.? ¿Hasta qué punto la incapacidad de estos profesionales para diagnosticar la enfermedad, es factor primordial de la alta prevalencia? ¿Tiene la escasa preparación de los médicos en materia de Lepra algo que ver con la consideración como tema tabú, incluso en la formación y en el ejercicio profesional? Encontrarle respuestas a estas interrogantes constituyó el propósito de esta investigación.

II. Estudios anteriores

El estudio del grupo cubano (ROJAS *et al*, 1994) se propuso comparar, en dos ciudades de la isla -una con alta y otra con una mediana tasa de incidencia- los factores atribuibles al médico y al enfermo, que determinan el tiempo que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas y el establecimiento del diagnóstico.

Los resultados fueron: un bajo Índice de Sospecha Clínica en los médicos de la ciudad de La Habana, que los autores explican en razón de que no todos los galenos tienen la posibilidad de atender a un enfermo de Lepra durante el ejercicio de su carrera. Mientras en Guantánamo se obtiene un Índice de Sospecha Clínica mayor, explicable porque en esta localidad los médicos, dada la alta prevalencia, atienden un mayor número de enfermos y pueden conocer mejor la enfermedad.

De nuestro estudio anterior, "La Representación Social de la Lepra, Incapacidad e Inhabilitación" realizado en Maracaibo, se desprende que entre la aparición de los primeros síntomas y su diagnóstico media un período muy largo. Esto obedece, según el testimonio de los pacientes entrevistados a dos razones fundamentales, por un lado, al retraso de los enfermos en la búsqueda de atención ante las primeras señales y por otro, a la incapacidad de los médicos para reconocer la afección, confundiéndola con otras más comunes como las micosis, e introduciendo al paciente en diversos tipos de tratamientos para patologías distintas, demorando, por supuesto, el diagnóstico. Por ello es tan bajo el nivel de sospecha clínica (ROMERO *et al*, 1994).

Un posterior estudio, dirigido a evaluar la eficiencia del servicio que ejecuta el programa de control en la región zuliana, reveló que la escasa integración de la Unidad de Dermatología Sanitaria con el Sistema de Atención Primaria y la debilidad de la educación en Lepra, juegan un papel importante en el bajo Índice de Sospecha Clínica. (ROMERO y RUJANO, 1995)

III. La investigación

III.1 Justificación

La Lepra es una de las enfermedades que mayores deformaciones y mutilaciones causan, generando estigmatización y el rechazo social del afectado. Los avances biomédicos en el control han ido permitiendo la curación, e inclusive, si es detectada en forma oportuna, pueden evitarse las graves consecuencias deformantes e incapacitantes que produce, facilitándose la incorporación social del paciente y su aceptación por parte de la comunidad.

En forma general, se asume que ello es posible mediante un reconocimiento precoz; de allí la importancia de la destreza que tengan los médicos de los centros de atención primaria para hacerlo; porque de ello depende el diagnóstico a tiempo, en tanto son estos profesionales ante quienes inicialmente acuden los enfermos frente a las primeras señales de la afección.

Los resultados de la investigación podrían permitir incidir sobre la población de médicos y ante los centros académicos encargados de su formación, mejorando el control de la enfermedad y por ende la reinserción social del paciente.

III.2 Objetivos

Objetivo General

Evaluar el conocimiento acerca de la Lepra en los médicos generales (residentes I y II) que trabajan en los centros de atención primaria de Maracaibo.

Objetivos Específicos

- Examinar el conocimiento de los médicos generales de la ciudad de Maracaibo, en relación a los síntomas, tratamiento, etiología, curación y contagio de la Lepra.
- Calcular un coeficiente de conocimiento de la Lepra en los médicos generales que laboran en los centros de atención primaria en salud en la ciudad de Maracaibo.

III.3 Metodología

Se trató de un estudio descriptivo-exploratorio, que, se propuso saber cuánto y qué saben los médicos acerca de la Lepra, consistió en una investigación de campo.

La recolección se realizó a partir de un cuestionario especialmente elaborado para que los entrevistados pudieran mostrar sus conocimientos en relación a la enfermedad. Al respecto el equipo investigador se dedicó inicialmente a la operacionalización de las variables que, en este caso, se referían a cada aspecto que debe cubrir el conocimiento de la Lepra. Se precisaron los indicadores y se produjo una primera versión del instrumento que fue presentada a la Coordinadora de la Unidad de Dermatología Sanitaria -experta lepróloga- y al Jefe de los Inspectores de ese servicio. Con ellos se discutieron, por separado, sus observaciones dando lugar a una segunda versión, que fue enviada para su validación a los especialistas en Lepra de la OPS, del Instituto de Biomedicina y de la Escuela de Medicina de la Universidad del Zulia, cuyas observaciones fueron consideradas para elaborar la tercera y definitiva versión.

La población estuvo constituida por 237 médicos residentes I y II (no dermatólogos) de los Hospitales (tipo II, III y IV) y Ambulatorios (tipo I, II y III) de la ciudad de Maracaibo.

La muestra fue dividida en estratos según las proporciones. Los criterios de estratificación fueron la cobertura (Nº aproximado de usuarios) y la localización, de acuerdo a la clasificación de los Centros de Salud.

Con una confianza de 95% y con un error igual a 1 se determinó el tamaño de la muestra, que llegó a 37 médicos residentes I y II. Esta quedó distribuida así:

- * Ambulatorios Tipo II. 1 médico de cada centro: 4.
- * Ambulatorios Tipo I. 1 médico de cada centro: 17.
- * Ambulatorios Tipo III. 2 médicos del único centro de este tipo: 2.
- * Hospital IV. cuatro médicos del único centro de este tipo: 4.
- * Hospitales III. 3 médicos de cada centro: 6.
- * Hospitales II. 2 médicos de cada centro: 4.

El cuestionario fue aplicado directamente por los miembros del equipo de investigación en cada uno de los Ambulatorios y Hospitales. Puesto que la recolección se hizo mientras se cumplía la guardia de los médicos -había que esperar a que se desocuparan al menos por 30 minutos- la actividad exigió una gran dedicación; por lo que consumieron casi seis meses de paciente trabajo en los Centros de Salud.

El procesamiento de los datos recogidos se realizó mediante la utilización del paquete estadístico SPSS.

Se ejecutaron dos movimientos analíticos: el primero PORCENTUAL, mediante la consideración de la distribución de frecuencias en las tablas construídas. (Cada pregunta se calificó de 0: si estaba mal totalmente, 1: regular y 2: bien). El segundo, a través de la construcción de los INDICES por áreas de conocimiento con respecto a la Lepra y cuya integración dio lugar al Indicador General de Conocimiento.

El proceso para llegar al Índice fue el siguiente: la información correspondiente a cada ítem se agrupó en categorías de respuestas, según una escala establecida a tal fin. En ella (Escala Original) a cada respuesta categorizada se le asignó un "peso", que iba desde 0 a 3 puntos en los ítems que se consideró tenían 4 posibilidades de contestación. El "peso" superior (3) correspondió a la opción que expresa el mayor nivel que puede alcanzar la variable -por ejemplo, conocimiento acerca de la etiología-. Una vez integradas las observaciones o frecuencias, se tomó la categoría más seleccionada por los entrevistados, es decir, donde se concentró la mayor cantidad de respuestas (llamada alternativa modal). El "peso" de ésta en la Escala Original fue trasladado a la Escala Equivalente (de 0 a 100), para ser incluido en un cuadro con las otras categorías de respuestas más frecuentes en cada ítem.

De acuerdo a la fuerza predictiva de la pregunta, se ponderó con un valor entre 0 y 10. Los valores de la primera columna (1), que recoge los "pesos" de las alternativas modales (en escala equivalente) se multiplicaron por el correspondiente factor de ponderación -columna (2)-; originando una nueva columna $(1) \times (2)$. La columna (3) se constituyó llevando a la tabla los porcentajes que aparecían en la alternativa más seleccionada (porcentaje modal). El Índice es el cociente de la sumatoria de la columna $(1) \times (2) \times (3)$ entre la sumatoria de la columna $(1) \times (2)$. Más adelante se muestra este procedimiento con el cálculo del Índice de Conocimiento acerca de la Etiología.

En la investigación se asumió el criterio de los expertos -como en el estudio de ROJAS *et al*, (1994)- de que existe conocimiento en los casos en los cuales el índice supera el 70%.

Por último, para determinar la influencia de factores -o variables- como años de servicio, tipo de centro de salud donde laboran y universidad donde hicieron los estudios de medicina, se aplicó la prueba de la Chí Cuadrada y se calculó el coeficiente de asociación "C".

En ambos se operó a partir de las tablas de Contingencia. La Chí Cuadrada indicó la existencia o no de asociación entre las variables. El procesamiento computarizado de la información recogida en los

cuestionarios incluyó el cálculo de los valores de la Chí Cuadrada en el cruce de las variables señaladas. El valor aportado por la computadora (valor calculado) se comparó con un valor crítico registrado en la tabla específica (Valor Teórico en la tabla de Chí Cuadrada), según el nivel de significación fijado en la investigación y de acuerdo al número de grados de libertad, que se estableció en base a la cantidad de filas y columnas que poseía la tabla de contingencia.

La hipótesis nula se rechazó cuando el valor calculado estaba por debajo de 2,7.

El coeficiente de asociación constituyó la medida del grado de dependencia entre las variables. A mayor valor de C mayor es el grado de asociación. Como el número de filas y columnas es igual a K, el máximo valor de C es dado por $(K-1)/K$. En este caso: $(2-1)/2 = 0,5$. Este representa el mayor nivel de asociación: en la medida en que el valor de C calculado por la computadora se acerca a 0,5, mayor será el nivel de asociación.

Más adelante se expone la operación con la Chí Cuadrada y el Coeficiente de Contingencia en el cruce de la variable años de servicio con la variable conocimiento del nombre del agente patógeno.

IV. Resultados

Previamente conviene exponer algunas características de los entrevistados.

a) Por responder el muestreo a un criterio de estratificación proporcional, la mayoría de los médicos entrevistados (43,24%) laboran en Ambulatorios del tipo I, que son los más abundantes en el municipio Maracaibo (17). Luego, en orden de importancia numérica aparecen, primero, el grupo de los que prestan servicios en los Hospitales tipo III (16,22%), segundo, el de los Ambulatorios II (13,51%), tercero, el de los Hospitales IV y de los Hospitales II (10,81%, respectivamente) y por último, el de los Ambulatorios III (5,41%). De modo que se tiene una muestra que expresa eficientemente a la población de los médicos no dermatólogos que trabajan en los centros públicos de salud de la ciudad.

b) En promedio, los entrevistados tienen 9,95 años de servicio. Podría decirse al respecto que la distribución entre los que tienen poco tiempo (menos de 5 años: 15 médicos) y los que tienen mucho (más de 12 años: 14 médicos) está más bien equilibrada.

c) Todos los entrevistados hicieron sus estudios de medicina en la Universidad del Zulia; lo que habla de la capacidad de esta institución para cubrir los requerimientos profesionales de la región en este sector.

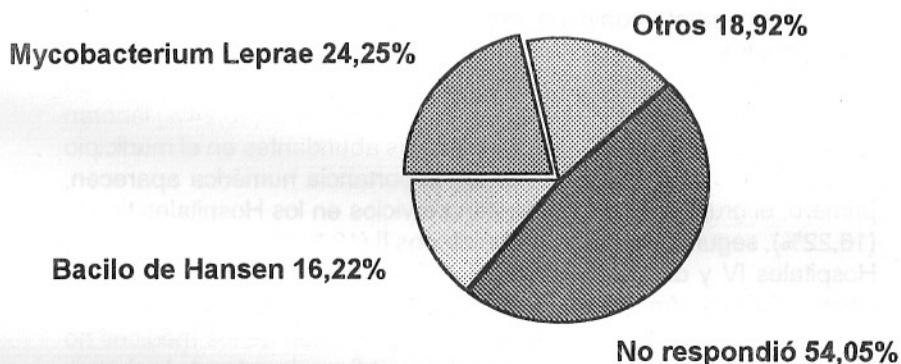
Pero, lo más importante, se trata de un grupo caracterizado por su homogeneidad desde el punto de vista de la formación.

IV.1. Conocimiento acerca de la Etiología

En este caso se indagó en relación a qué y cuánto saben los médicos entrevistados sobre el factor que causa la enfermedad, es decir acerca del agente patógeno; la referencia, portanto, no es a las condiciones en las que se produce la enfermedad. Al respecto se preguntó el nombre del agente, ¿cuán larga es su incubación?, las zonas que más ataca, el nombre del científico que lo identificó, los elementos que participan en la cadena de transmisión y el nivel de cronicidad de la Lepra.

Obteniéndose lo siguiente: más de la mitad de los entrevistados no se atrevió a señalar ningún nombre, respondiendo que no conocían el factor causal. Seis hablaron del "bacilo de Hansen", uno del hanzzeermer y otro se refirió al treponema palium. Es decir, sólo la cuarta parte (9 entrevistados) mencionó al *Mycobacterium Leprae*.

Figura Nº 1



En cuanto a los elementos que intervienen en la cadena de transmisión, lo interesante es que aún cuando la mayoría indicó la respuesta acertada —una persona enferma (51,35%)—, la cuarta parte (24,32%) seleccionó incorrectamente la alternativa “un vector, un reservorio y una persona enferma”, el 8,11% solamente un reservorio, el mismo porcentaje no respondió y el 8,10% otros elementos.

Acerca de la duración del período de incubación, la casi totalidad (91,89%) dijo correctamente que es largo.

En lo que respecta a las zonas que más ataca la enfermedad, las respuestas se distribuyen entre las alternativas: a) la piel; b) la piel y la mucosa.

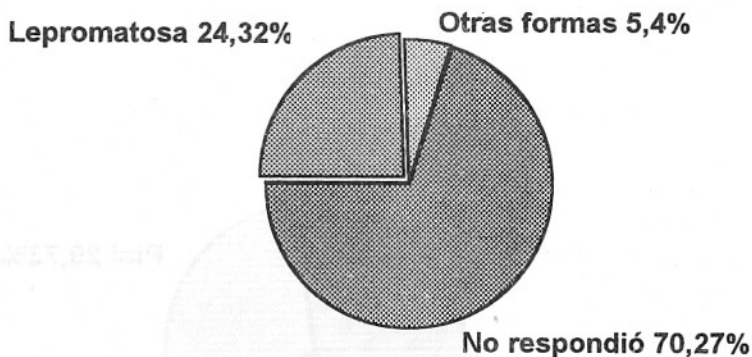
Este valor pone en evidencia un insuficiente conocimiento de los médicos con relación al aspecto etiológico de la Lepra, en tanto el criterio de la investigación es que existe conocimiento por encima del 70% de precisión en las respuestas.

IV.2 Conocimiento acerca de la Clasificación Clínica de la Lepra

En cuanto a las formas clínicas de la afección lo interesante es que sólo una parte de los entrevistados contestó acertadamente, lepromatosa, tuberculoide y bordem line, 5,41% la mayoría no se atrevió a indicar ninguna.

Lo que se corresponde con el hecho de que dos tercios no hayan dicho nada acerca de la forma más agresiva.

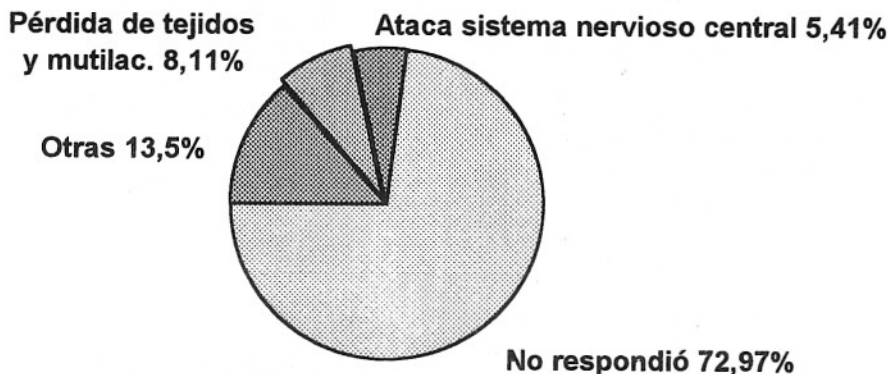
Figura Nº 2



Esa es precisamente la misma proporción que no respondió la pregunta relativa a las características de la forma más agresiva.

De los entrevistados que dieron una respuesta, ninguno acertó.

Figura Nº 3

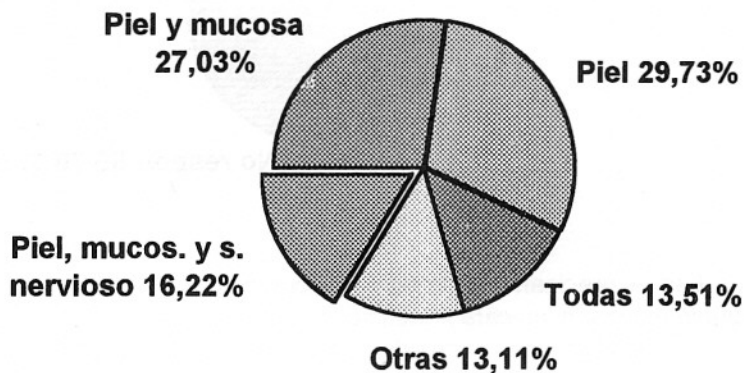


Al integrar estos resultados, para efectos del Índice, se obtuvo un valor 0, que evidencia la ausencia casi total de conocimiento acerca de las formas clínicas de la Lepra.

IV.3 Conocimiento de los síntomas y signos de la Lepra

La gran mayoría de los médicos afirmó conocer los síntomas y signos de la Lepra (89,2%); sólo un grupo muy pequeño dijo que no (10,8%).

Figura Nº 4



La gran mayoría indicó que la Lepra es una patología muy crónica. Igualmente la mayor parte de los médicos entrevistados, desconoce el nombre del científico que logró la identificación del mycobacterium Leprae. Menos de un tercio mencionó a Hansen (29,23%), el 64,86% no sabe, y el 5,41 nombró a Convit.

Índice de conocimiento de la etiología de la Lepra

Items	'Peso' de la alternativa Modal en Escala Equivalente (1)	Ponderación de la pregunta (2)	% Modal (1)x(2)	(3)	(1)x(2)x(3)
1 Nombre del Agente Patógeno	0	8	0	75,65	0
2 Período de Incubación	100	6	600	91,89	55.134
3 Elementos de la cadena de transmisión	100	6	600	51,35	30.810
4 Zonas que ataca	33	7	231	29,73	6.867,63
5 Cronicidad	33	5	165	89,19	14.716,34
6 Cronicidad	0	7	0	70,27	0
			1.596		107.527,97

$$I \text{ de CE} = \frac{107.527,97}{1.596}$$

$$I \text{ de CE} = 67,37$$

Para enriquecer el análisis, se calculó el Índice de Conocimiento acerca de la Etiología, según el procedimiento descrito en la sección de metodología.

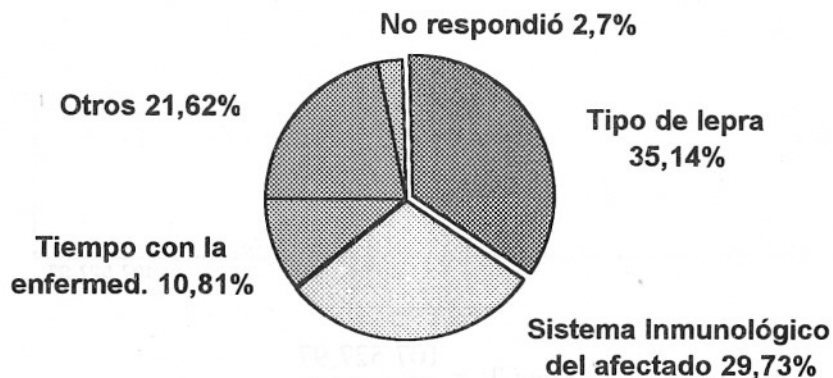
En los ítems relativos a: a) agente patógeno, b) a su período de incubación, d) zonas que ataca, c) a los elementos de la cadena de transmisión, e) a la cronicidad y f) al científico que identificó al agente causal, se consideró que tenían el conocimiento apropiado aquellos entrevistado que respondieron, respectivamente, a) Mycobacterium Leprae, b) período largo de incubación, c) una persona enferma, d) la piel, las mucosas y los nervios periféricos, e) Alta cronicidad y f) Hansen.

Este valor pone en evidencia un insuficiente conocimiento de los médicos con relación al aspecto etiológico de la Lepra, en tanto el criterio de la investigación es que existe conocimiento por encima del 70% de precisión en las respuestas.

De los que dijeron conocerlos, la mayoría respondió correctamente manchas en la piel, pérdida de sensibilidad y nódulos con 66,66%, el otro 33,34% restante nombró otros síntomas y signos.

En lo atinente a la pregunta sobre la uniformidad de los síntomas y signos, un tercio respondió correctamente; el resto se refirió a que dependía de otras condiciones distintas a la forma clínica de la afección.

Figura Nº 5

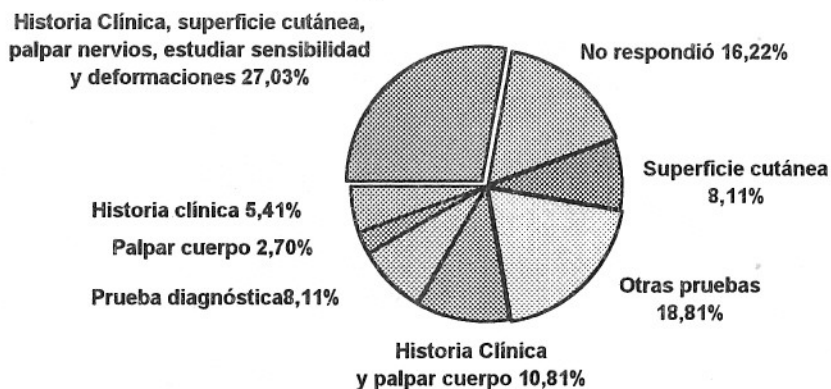


En este aspecto el Índice alcanzó un valor de 61,26%, revelador del insuficiente conocimiento de los síntomas y signos de la enfermedad.

IV.4. Conocimiento del Diagnóstico de la Lepra

De los 37 entrevistados, 16 (menos de la mitad) contestaron acertadamente lo relativo a la exploración clínica que se practica a un posible caso de Lepra. Los demás indicaron sólo algunas de las pruebas.

Figura Nº 6



En lo referente a las pruebas de laboratorio que se realizan para determinar un caso de la enfermedad, la mayoría mencionó la biopsia de piel; que verdaderamente no tiene porque ser la primera y más conveniente, como si lo son los frotis de piel para el estudio en microscopio (prueba de linfa).

Al preguntárseles con cuáles otras enfermedades es factible confundir la Lepra, el grupo más numeroso respondió con la Leishmaniasis (25%).

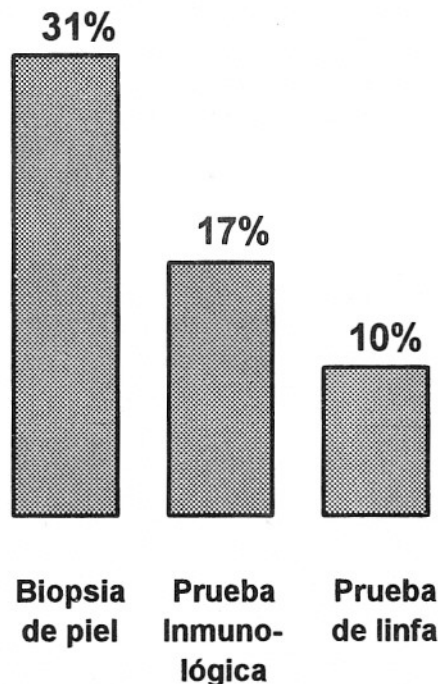
Al calcular el Índice de conocimiento del Diagnóstico se tiene un valor de 61,99% que pone de manifiesto la insuficiente habilidad para proceder ante un posible caso de Lepra.

IV.5. Conocimiento acerca del contagio de la Lepra

En general, los médicos entrevistados reconocieron que el contagio de la Lepra se produce por el contacto directo con una persona enferma (91,89%); sin embargo, fueron muy pocos (12) los que indicaron que ha de tratarse de un acercamiento íntimo prolongado.

Figura Nº 7

Pruebas para determinar la Lepra

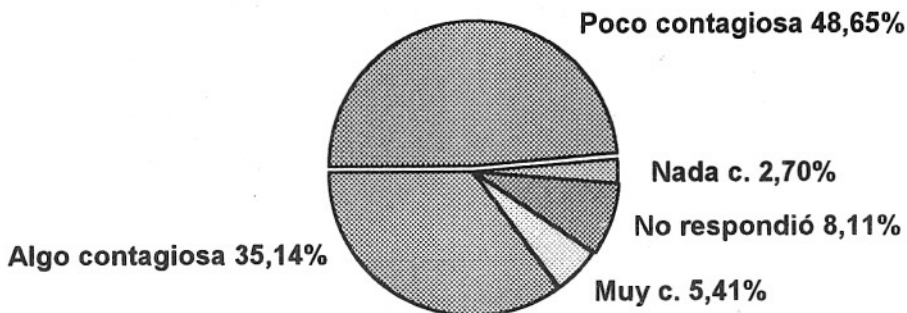


Un poco más de la mitad (56,8%) dijo saber de la existencia de condiciones que predisponen al individuo a contraer la enfermedad; respondiendo una buena parte correctamente, (84,21%) al referirse al estado de sistema inmunológico.

Por otro lado, de cada 2 entrevistados 1 respondió que la Lepra era una enfermedad poco contagiosa; siendo lo interesante que una considerable porción (15) seleccionó las alternativas muy contagiosa y algo contagiosa.

El índice respectivo alcanza un valor de 67,56%, demostrativo del insuficiente conocimiento al respecto.

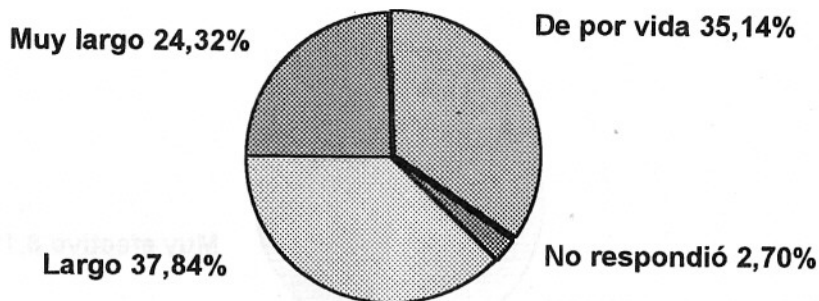
Figura Nº 8



IV.6. Conocimiento acerca del Tratamiento de la Lepra

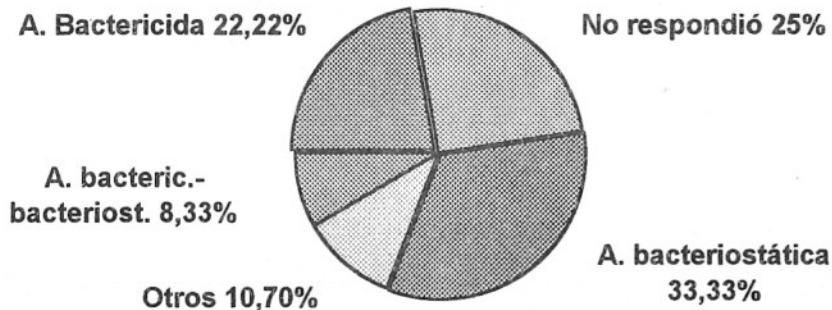
La casi totalidad de los médicos (36 de 37) reconoció no saber cuál es el tratamiento; con el agravante de que el único que respondió afirmativamente no pudo describirlo, argumentando que no lo recordaba. Por ello, ninguno contestó la pregunta en torno a las ventajas de la polioquimioterapia. En lo que respecta a la duración del tratamiento, se pone de manifiesto la absoluta presencia de ideas erróneas, claramente basadas en el desconocimiento de la reciente estrategia de carácter multimedicamentoso que produce resultados definitivos a corto plazo.

Figura Nº 9



Un cuarto de los entrevistados no pudo responder el tipo de acción de los medicamentos utilizados y sólo un grupo menor hizo referencia al efecto bactericida.

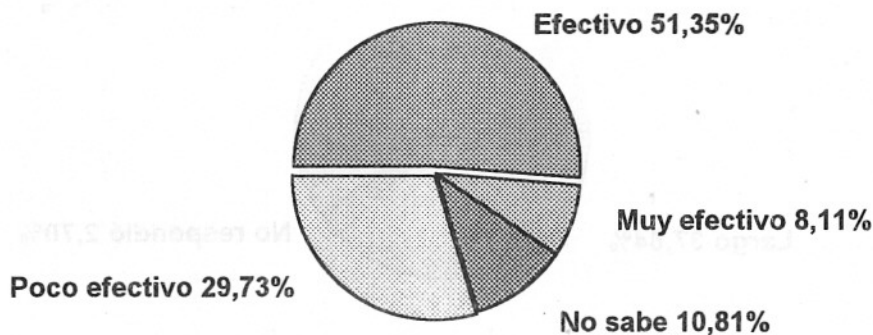
Figura Nº 10



Igualmente, sólo 3 de los 37 médicos dijeron conocer la denominación comercial de los fármacos utilizados contra el *Mycobacterium Leprae* (5,41%). Señalando 2 de ellos la dapsona y la rifampicina y el otro sólo la dapsona. Incluyendo a estos 3, todos dijeron desconocer la posología de los fármacos utilizados; por lo tanto ni siquiera intentaron describirla.

En este marco de desconocimiento, es interesante el hecho de que la mayoría crea en la efectividad del tratamiento, a pesar de que una proporción significativa dijo que no sabe nada al respecto.

Figura Nº 11



Del mismo modo, es relevante que más de la mitad de los entrevistados (51,4%) dijera que la aplicación de la quimioterapia no tiene efectos secundarios.

Algunos de los que contestaron afirmativamente se refirieron a problemas hepáticos, gástricos y nerviosos.

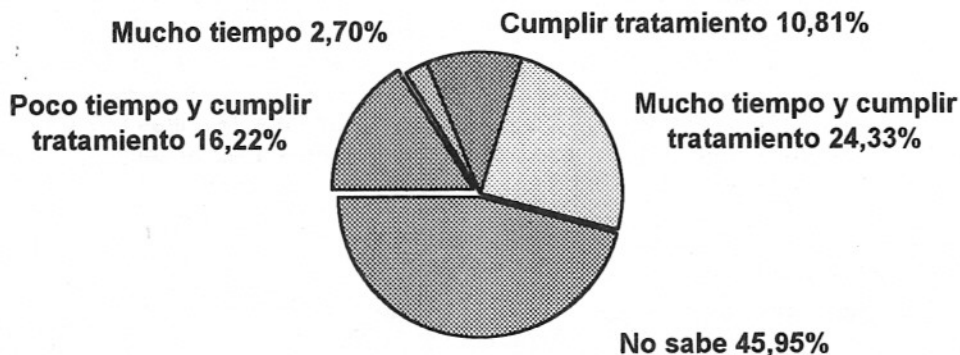
Integrados estos resultados para producir el índice respectivo, se alcanza un valor de 42,79%, que habla del escaso conocimiento acerca del tratamiento.

IV.7. Conocimiento acerca de la Curación y el Control

Dos tercios de los médicos entrevistados consideran que la Lepra es curable 70,3% y resto 29,7% que no lo es.

Pero casi la mitad dijo no saber nada con respecto al tiempo y a las condiciones para el restablecimiento de la salud. De quienes respondieron, la proporción mayor señaló que se requería de mucho tiempo y que el paciente cumpliera a cabalidad el tratamiento.

Figura Nº 12



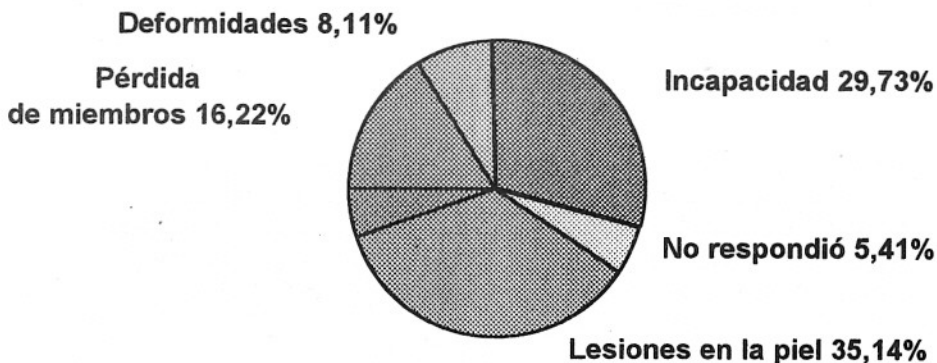
Con respecto al tratamiento básico de la Lepra, la casi totalidad (91,89%) respondió que no contempla la hospitalización y además que la actividad de rehabilitación de los afectados y el chequeo de sus contactos son demasiado importantes.

En razón de estos resultados el índice de conocimiento acerca de la curación y el control alcanzó un valor de 86,79%.

IV.8. Conocimiento acerca de las consecuencias físicas, sociales y económicas de la enfermedad

Según el criterio de los entrevistados, la afección deja un conjunto de secuelas, que clasifican en orden de importancia así: lesiones en la piel, incapacidad, pérdida de miembros, mutilaciones y deformidades.

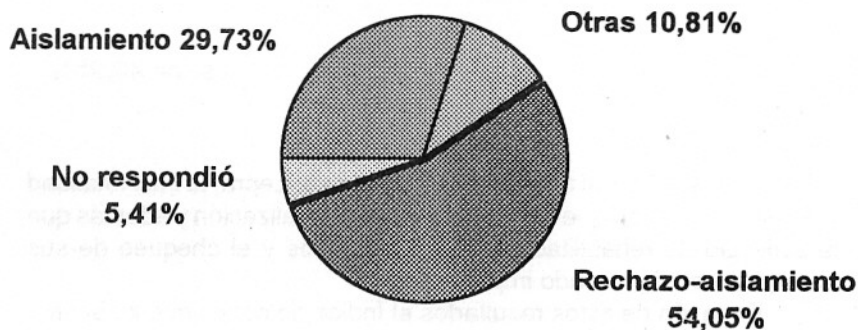
Figura Nº 13



En lo correspondiente a las consecuencias sociales, la opinión generalizada es que se produce el rechazo de la sociedad (78,37%); para algunos esto conduce al aislamiento de los enfermos (16,21%).

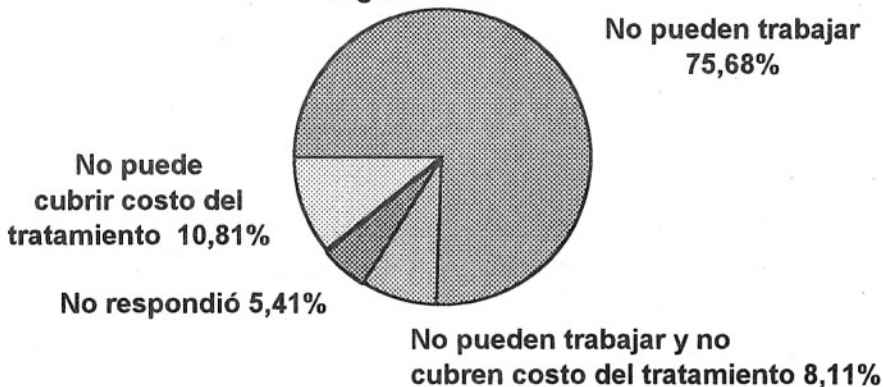
En el plano de la familia, según considera la mayoría de los entrevistados, la consecuencia más habitual es el rechazo y el correspondiente aislamiento de la persona enferma. Mientras que un grupo importante de médicos se refirió solamente al aislamiento.

Figura Nº 14



En el aspecto económico, para los entrevistados la principal consecuencia es que los enfermos no pueden trabajar, pues también son rechazados en los centros de trabajo; lo que les genera -según los médicos- problemas entanto no logran costear el tratamiento. Al respecto es interesante que se señale como una consecuencia el no estar en condiciones de laborar.

Figura Nº 15

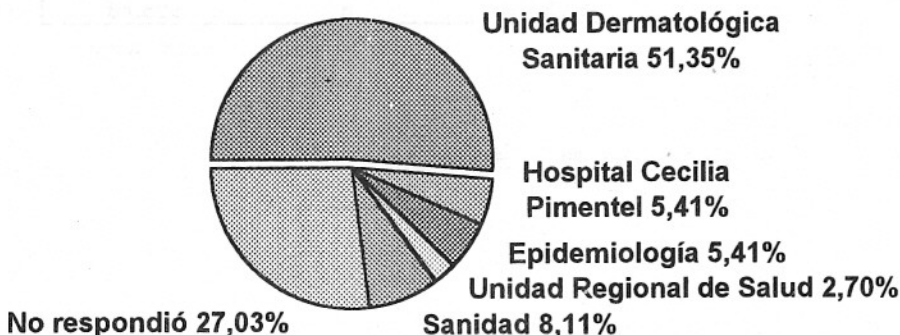


Al calcular el índice respectivo se tiene un valor de 61,71%.

IV.9. Conocimiento de la Organización de los Servicios de Control de la Lepra en la Región

En este sentido, se les pidió que indicaran la Unidad o Centro que en el Estado Zulia se encarga de coordinar las actividades de control. Sólo la mitad contestó, correctamente, la Unidad de Dermatología Sanitaria de Maracaibo; pero es significativo el número de los que no respondieron.

Figura Nº 16



A la pregunta de si conocían el Centro de Salud que en el Estado Zulia recibe a los pacientes de Lepra que ameritan hospitalización, la mayoría (81,10%) respondió afirmativamente; de este grupo el 78% contestó acertadamente que el "Hospital" Antihanseniano Cecilia Pimentel cumple la función referida. En este caso, el índice alcanzó un valor de 67,31%, que habla de las limitaciones que tienen estos médicos a la hora de decidir referir a un paciente a servicios especializados.

IV.10 Conocimiento General acerca de la Lepra

Integrando los índices referidos, se calculó el Indicador General de Conocimiento acerca de la Lepra que es una medida eficiente al respecto

Índice General de Conocimiento acerca de la Lepra

Conocimiento	Valor del Índice (1)	Ponderación (2)	(1)x(2)
de la Etiología	67,37%	8	538,96
de las formas clínicas	0	8	0
de síntomas y signos	61,26%	10	612,6
del diagnóstico	61,99%	10	619,9
del contagio	67,56%	8	540,48
del tratamiento	42,79%	7	299,53
de la curación	86,79%	8	694,32
de las consecuencias	61,71%	7	431,97
de la Organización del Control	67,31%	8	538,48
		74	4.276,24

Indicador General
de Conocimiento
acerca de la Lepra = $\frac{4.276,24}{74}$

IG de C a L = 57,78

En tanto se asume que la aprobación requiere de un puntaje superior a 70%, este valor pone en evidencia el deficiente conocimiento de los médicos acerca de la Lepra y hace suponer que en ello se basa el bajo nivel de sospecha clínica que se registra en Maracaibo.

I.V.11 Factores asociados al nivel de conocimiento con respecto a la Lepra

En primer lugar, en lo atinente al tiempo de servicio, se tiene que como variable es independiente del conocimiento de la Lepra, en tanto así se comprueba con los resultados de la Chi Cuadrada calculada: Todos los valores de los cruces están por debajo del valor crítico: 2,7. De modo que no importa que los médicos tengan más o menos años de servicio, el desconocimiento se mantiene.

Como ejemplo, la tabla de Contingencia de los años de servicio con el conocimiento del nombre del agente patógeno es como sigue:

menos de 11 años y factor etiológico incorrecto	18 48,64%	más de 12 años y factor etiológico incorrecto	10 27,02%	28 75,66%
menos de 11 años y Mycobacterium Leprae	5 13,51%	más de 12 años y Mycobacterium Leprae	4 10,08%	9 23,59%
	23 62,15%		14 37,10%	37 100%

La Chi Cuadrada que calculó la computadora en este caso es 0,065. Al comparar con el 2,7 que es el valor teórico (que aparece en la tabla -para un nivel de significación del 10% y un grado de libertad-) se tiene que rechazar la hipótesis nula (según la regla de decisión establecida previamente), porque el valor calculado (0,065) es menor que el valor teórico (2,7). Esto significa que no existe asociación entre las variables años de servicio y conocimiento acerca del agente patógeno.

En la totalidad de los casos, al cruzar la primera variable señalada con otras referidas al conocimiento de la Lepra, la prueba de la Chi Cuadrada arrojó similares resultados.

Igual ocurre con el tipo de Centro de Salud donde laboran, puesto que (según las Chi Cuadrada calculadas) como variable no está asociada con el conocimiento de los médicos acerca de la Lepra. Cumplan su trabajo en un Ambulatorio I o en un Hospital IV, la insuficiencia del saber es la misma.

La institución donde hicieron sus estudios si parece determinante, pues la totalidad de los entrevistados son egresados de la Universidad del Zulia. Es evidente que mucho tiene que ver la formación recibida con respecto a la patología. Sin embargo, el no poder comparar con médicos graduados en otras universidades, dificulta conocer hasta dónde influye esta variable.

En resumen, el conocimiento de la Lepra que los entrevistados muestran no depende de sus años de servicios, ni del tipo de centro donde prestan sus servicios, sino de la institución donde estudiaron.

Conclusiones

1. Si se toma en cuenta que los expertos -médicos especialistas en el diagnóstico y tratamiento de la Lepra- estimaron que tenían el conocimiento adecuado para realizar su trabajo aquellos galenos que respondieron correctamente el 70% de las preguntas, el cuadro que se ha descrito en las páginas que anteceden no deja de ser preocupante. Es que, con excepción del referido a la curación, todos los índices calculados están por debajo de aquel valor, poniendo de manifiesto la deficiente capacidad de los médicos de los centros de atención primaria, para actuar frente a un caso de Lepra.

2. El Indicador General de Conocimiento acerca de la enfermedad alcanzó un 57,78 (12,22 puntos por debajo del 70 requerido); no obstante, los índices relativos a dos importantes áreas tienen valores insignificantes: el Índice de Conocimiento de las Formas Clínicas (O) y el Índice de Conocimiento del Tratamiento (42,79). Lo más relevante al respecto es que en las áreas del conocimiento de la Lepra donde se plantean mayores exigencias (conocimiento de síntomas y signos y conocimiento del diagnóstico) los índices se colocan 9 puntos por debajo de lo necesario (61,26 y 61,99, respectivamente).

3. Ciertamente los médicos no dermatólogos fueron reprobados en 8 de las 9 áreas de la evaluación (conocimiento de la etiología, conocimiento de las formas clínicas, conocimiento de los signos y síntomas, conocimiento del diagnóstico, conocimiento del contagio, conocimiento del tratamiento, conocimiento de las consecuencias y conocimiento de la organización regional del control).

4. La indagación respecto de los factores que podrían estar asociados a la situación conduce a destacar lo siguiente: primero, que el conocimiento de la Lepra, en este caso, no depende de los años de servicio, ni del tipo de centro donde trabajan -Ambulatorio u Hospital, sino de la formación recibida -respecto a esta patología- en la institución de donde egresaron. Son evidentes las fallas de la Escuela de Medicina de LUZ en este aspecto.

5. Podría discutirse el papel que, en el bajo nivel de conocimiento, juega el hecho de que muchos médicos no han tenido frente a sí un caso de Lepra durante su ejercicio profesional. Claro que ello tiene que incidir en la capacidad para reconocer la enfermedad, pero no justifica la ignorancia con relación a aspectos básicos, que complica o limita el éxito del programa de Control. Aquí se ratifican observaciones derivadas de la evaluación de la UDS -realizada por este equipo en 1995- en referencia a la inexistente articulación con el sistema de atención primaria y con la institución universitaria, que impide el cumplimiento de planes de educación dirigidos a los médicos en los centros y la incorporación de la formación en Lepra al curriculum de la escuela de medicina.

Recomendaciones

La principal recomendación se refiere a la necesidad de que la Unidad de Dermatología de Maracaibo asuma realmente su papel de coordinación del programa de Control. Ello supone la existencia de un plan anual de formación en Lepra, dirigido a los médicos residentes, que contemple además el dictado de talleres en la Escuela de Medicina de la Universidad del Zulia. Pero, sobre todo, lograr que en su curriculum —en lo relativo a la Cátedra de Dermatología— se profundice el contenido relacionado con esta patología.

No es tan difícil organizar, con el auspicio del Colegio de Médicos, cursos de actualización en Lepra, en los cuales puedan participar médicos ya en ejercicio y estudiantes de medicina.

Bibliografía

- AOKI, M.; MORI, T. y SHIMAO, T. (1985). "Estudio de los factores que condicionan la demora imputable al médico y la demora total en la detección de casos de Tuberculosis en Japón". En: **Boletín de la Unión Internacional contra la Lepra**. Nº 60.
- CASTELAZZI, Z.; ARAUJO, J. y RASI, E. (1971). "La Lepra ¿qué es?". En: **Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social**. Volumen XXXVI. Nos. 1 y 2.

- HERTROIJS, A. R. (1974). "A study of some factors affecting the attendance of patients in a Leprosy Control Scheme". In: **International Journal of Leprosy**. Volumen 42. Nº 4.
- KAUFMANN, A.; GEBRE, S. y NEVILLE, J. (1988). **The Social Dimension of Leprosy**. Ilep. London.
- OMS. (1990). **Situación de los programas de Control de la Lepra en las Américas**. s/e - s/c. (mimeo).
- _____. (1988). **Una Guía para el Control de la Lepra**. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- ROJAS, V. de (1992). "Conocimientos y prejuicios sobre la Lepra en Ciudad de la Habana". En: **Revista Cubana de Medicina Tropical**. Nº 44.
- ROJAS, V. de; HERNANDEZ, O. y GIL, R. (1994). "Algunos factores que inciden en la demora en el diagnóstico de la Lepra". En: **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Volumen 116. Nº 4.
- ROJAS, V. de; ALVISA, R.; HERNANDEZ, O; BRAVO, R. y GARCIA, M. (1993). "La Lepra en Ciudad de la Habana, Cuba". En BRICEÑO-LEON, R. y PINTO DIAS, J. C. **Las Enfermedades Tropicales en la Sociedad Contemporáneas**. Fondo Editorial Acta Científica. Caracas.
- ROMERO, A.; PARRA, M. C.; MOYA, C.; SALAS, J. y RUJANO, R. (1995). "El Estigma en la Representación Social de la Lepra". En: **Espacio Abierto Investigadores**. Cuadernos de Saude Pública. Vol. 11, Nº 4. Río de Janeiro.
- _____, A. y RUJANO, R. (1995). "La Eficiencia del Diagnóstico de la Introducción y Administración del Tratamiento en el Control de la Lepra". En: **Espacio Abierto**. Vol. 4, Nº 2. Maracaibo.
- SANDHU, H. S.; NAIG, G.; CHANDARICAR, R. K. y BOSE, C. A. (1984). "Study of Knowledge, attitudes and practices of leprosy among doctor in Bhopal, India". In: **International Journal of Leprosy**. Nº 56.
- WARDEKAR, R. V. (1969). "Integration of Leprosy Work into General Medical Service". (Editorial) in **International Journal of Leprosy**. volumen 37. Nº 3.
- WHEATE, H. W. y PEARSON, J. M. (1985). **Guía Práctica para el diagnóstico y tratamiento de la Lepra en una unidad básica de Salud**. GLRA, Wurzburg. (Traducido en el Instituto de Biomedicina-Caracas).
- WHO. Expert Committee on Leprosy (1988). **Sixth Report**. Geneva.