

232
Zej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

CONOCIMIENTO Y ACTITUD HACIA LA LEPRO EN EL ESTADO DE OAXACA

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA**

MA. EUGENIA TRASLOSHEROS MEIXUEIRO

**DIRECTORA DE TESIS
LIC. PATRICIA DE BUEN RODRIGUEZ**

**ASESOR METODOLOGICO
LIC. JOSE LUIS SANCHEZ GAMEZ**

MEXICO, D.F. 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	INTRODUCCION	4
I	LA LEPRO O ENFERMEDAD DE HANSEN	8
	1.1 Origen y antecedentes de la lepra	8
	1.2 Tipos de lepra	9
	1.3 Transmisión de la lepra	11
	1.4 Datos epidemiológicos	13
	1.5 Tratamiento y control de la lepra	14
II	LA LEPRO Y SUS POSIBLES CONNOTACIONES PSICO-SOCIALES	16
	2.1 Definición de actitud	19
	2.2 Diferentes teorías de actitud	22
	2.3 Principales investigaciones de la lepra en México	25
III	ZONA DE ESTUDIO	29
	3.1 Descripción del estado de Oaxaca	30
	3.2 Descripción de la lepra en el estado de Oaxaca	33
	3.3 Prevalencia de Lepra en Oaxaca	34
IV	METODO DE INVESTIGACION	39
	4.1 Planteamiento del problema	40
	4.2 Hipótesis de trabajo	40
	4.3 Categoría de análisis	41
	4.4 Definición Operacional	41
	4.5 Instrumentos de Medición	42
	4.6 Procedimiento	47
V	ANALISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	51
	5.1 Análisis de correlación	51
	5.2 Análisis de varianza	53
	5.3 Análisis de reactivos	58
	5.4 Conclusiones	70
VI	RECOMENDACIONES	75
	ANEXOS	
	BIBLIOGRAFIA	

Testimonio de Gratitud

El presente trabajo se llevó a cabo con el apoyo de varias personas.

A través del Dr. Ernesto Pérez Matus y del Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud en el estado de Oaxaca, fue posible la realización del mismo.

Deseo expresar mi reconocimiento a quienes aportaron sugerencias importantes, mis sinodales, y de manera especial a la directora de tesis y al asesor metodológico:

Lic. Patricia de Buen Rodríguez
Lic. Jose Luis Sánchez Gámez
Lic. Rebeca Paz Padilla
Lic. José Manuel Martínez
Lic. Araceli Lambarri Rodríguez

Toda mi gratitud a quienes leyeron el manuscrito e hicieron posible mejorar su contenido con sus comentarios:

Lic Enrique Bustamante M.
Lic. Alfonso Fernández Q.

a Mis Padres por su incondicional apoyo

a tí Eu, porque te quiero sobre todas las cosas

I. INTRODUCCION

La lepra se conoce desde tiempos antiguos mencionándose con frecuencia en la época de Jesucristo; actualmente se encuentra dispersa en la mayor parte del mundo. A partir de las investigaciones realizadas en los últimos 30 años es posible tener una mejor información acerca de la misma en su etiología, patogenia, identificación y control. Se considera que como enfermedad tiene un estigma que trasciende a lo cultural y lo religioso por sus desagradables manifestaciones cutáneas y neurales se sigue asociando a contagio y en la actualidad persiste el rechazo a quienes la padecen.

A pesar de ser una enfermedad que se registra desde la época de Jesucristo, no ha podido ser erradicada, lo que constituye un problema de salud pública.

Hoy en día existen de 10 a 20 millones de leprosos en el mundo (Harrison, P., 1989). Este amplio rango se debe a que en algunos países hay falta de cooperación para facilitar información real de la incidencia de esta enfermedad (Ciba Geigy, 1988).

Su distribución mundial centra su frecuencia en Africa, Asia -principalmente India- (4 millones de casos registrados en 1981) y Brasil.

En América Latina se encuentra el 6% de los casos de lepra del mundo, con una tasa de 1.7 por cada mil habitantes. En México hay una prevalencia de .20 (tasa/1,000 habitantes).

En nuestro país persiste y se presenta mayormente en algunas regiones del área occidental, peninsular y Nororiental presentándose una mediana prevalencia en el Estado de Oaxaca, donde se ha registrado un incremento del 65.5% durante los últimos 9 años (Secretaría de Salud 1992).

A partir de las investigaciones efectuadas por el Dr. Saúl, A. (1986), se detectó que el paciente con lepra recibe un trato equivocado de lo que es en sí su propia enfermedad, ya que dentro de la población en general se piensa erróneamente con respecto de la contagiosidad y curabilidad. Incluso se asocia con pecado. Estas distorsiones son las que mayor daño causan en el paciente. En investigaciones efectuadas recientemente, que en su momento se describirán, se detecta que su mala interpretación contribuye a la disfunción familiar. (Uzeta, R., 1984)

Ante tal situación, la revisión del tema de la lepra hace necesario vincular y comparar la información manejada por el médico que tiene bajo su control los casos de lepra, por el familiar que cuida y acompaña al enfermo de lepra, así como por los mismos enfermos que padecen y sufren las consecuencias de este padecimiento. En este contexto, también se pretende analizar las actitudes de estos individuos, que surgen a través de un aprendizaje, así como de un manejo de información. La psicología social considera a la actitud como parte de la interacción del individuo con su medio ambiente y con su medio social (Rodríguez, A., 1973).

Esta investigación pretende identificar la información y las actitudes de los pacientes, familiares y médicos en torno de la lepra, con la finalidad de tomar las medidas pertinentes para crear una dinámica diferente entre estos tres grupos que sea más benéfica para los pacientes y sus familiares, así como para tener un adecuado control la enfermedad. Este control ha de ser con la ayuda de los familiares, y con medidas de índole psicosocial.

Cabe mencionar que hasta la fecha en que fue realizada esta investigación, se ha carecido de otras investigaciones que ahonden en la problemática psicosocial de la lepra en nuestro país.

Este estudio se limita a los casos de lepra que se tienen registrados e identificados por la Secretaría de Salud en el estado de Oaxaca, y se basa en una investigación de campo, que abarca tanto las áreas rurales como urbanas.

Este trabajo está comprendido por cinco capítulos que a continuación se desglosan:

Capítulo I: La lepra o enfermedad de Hansen

1.1 Origen y antecedentes de la lepra; 1.2 Tipos de lepra;
1.3 Transmisión de la lepra; 1.4 Datos epidemiológicos; 1.5
Tratamiento y control de la lepra.

Capítulo II: La lepra y sus posibles connotaciones psicosociales

2.1 Definición de actitud; 2.2 Diferentes teorías de actitud; 2.3 Principales investigaciones sobre la lepra en México

Capítulo III: Zona de estudio

3.1 Descripción del Estado de Oaxaca; 3.2 Descripción de la lepra en el Estado de Oaxaca; 3.3 Prevalencia de lepra en Oaxaca

Capítulo IV: Método de investigación

4.1 Planteamiento del problema 4.2 Hipótesis de trabajo; 4.3 Categoría de análisis; 4.4 Definición operacional; 4.5 Instrumentos de medición; 4.6 Procedimiento

Capítulo V: Análisis de resultados y conclusiones:

5.1 Análisis de correlacion 5.2 Análisis de varianza; 5.3 Análisis de reactivos; 5.4 Conclusiones

CAPITULO I.- La lepra o enfermedad de Hansen

1.1 Origen y antecedentes de la Lepra

La palabra lepra proviene de la palabra hebrea Zaarath, que significa escama. (Domonkon, A.N., 1980). Esta enfermedad se conoce desde los año 1500 a.c. Alcanzó su máxima extensión en Europa hacia el año de 1200 de nuestra era. No es hasta fines del siglo XVI que desaparece prácticamente de Europa, encontrándose casos aislados después de este siglo.

En India y China se identifica hacia los años 600-500 a.c., recibiendo nombres que la relacionaban con parálisis severa (Kushta, vat-rakta) (Flores, R.H., 1966, S.S, 1990). Según Domonkos, A. (1980), la lepra es originaria de la India, Egipto o el Sudán. Por ser un padecimiento tan antiguo y difundido, se desconoce su origen preciso y proceder de propagación.

De acuerdo a Flores R.H. (1966), en México tiene su comienzo en España y Oriente -a partir del contacto de los españoles con Filipinas y China-, quienes al establecerse en la Nueva España propagaron la enfermedad.

Ya desde el antiguo testamento la palabra se relacionó con el pecado llegando a ser sinónimo de impureza: un leproso tenía que ir con los sacerdotes quienes lo excluirían de la sociedad.

En este libro ya se encuentra el nombre de "lepra" y en los pasajes de Lucas y Mateos (cap 5:12-16, 8:1-4) se mencionan

los milagros realizados por Jesucristo a su encuentro con los leprosos (Soc. Bíblica Católica, 1989).

1.2 Tipos de Lepra

La clasificación de la lepra a partir del congreso celebrado en Madrid en 1953, por la Organización Mundial de la Salud, (OMS) se hace a partir de parámetros clínicos, bacilosópicos, inmunológicos e histopatológicos. Esta clasificación arroja cuatro tipos de lepra que presentan características diferentes: la lepromatosa, tuberculoide, indeterminada y dimorfa. (S.S.A., 1991).

Dentro de esta clasificación, se considera la lepromatosa como el tipo "maligno" de la enfermedad, ya que es la que afecta en mayor medida a todo el organismo porque existe la presencia de bacilos en todo el cuerpo donde se aloja.

Las características de esta enfermedad suelen ser diferentes conforme evoluciona la misma, de acuerdo con el tipo de lepra que se adquiere, no obstante, al iniciar existe -en prácticamente todos los casos- anestesia en una región bien definida de la piel, pudiendo presentarse manchas hipocrómicas o eritematosas, que pueden pasar desapercibidas por el paciente, de tal forma que en la mayoría de casos, se llega a percibir a la enfermedad en una segunda fase, en la que puede presentarse un aumento de la pérdida de sensibilidad. (Domonkos, A., 1980)

Tanto la lepra indeterminada como la dimorfa se consideran tipos mal definidos, ya que por lo general pueden cambiar con el tiempo hacia el tipo lepromatoso -sobre todo si no es tratada oportunamente- o al tuberculoide -que carece de la presencia de los bacilos transmisores de la enfermedad-.

Lo que interesa resaltar es que independientemente de la evolución que tenga lugar, los síntomas al inicio son discretos. La piel aparenta leve patología con zonas que no presentan sudoración, también puede haber sintomatología neural y mucosa como la rinitis crónica. (Arenas, R., 1989, Latapí, F., 1963).

1.3 Transmisión de la Lepra

A pesar de ser una enfermedad infecciosa, es de las menos transmisibles de todas ellas; su porcentaje de ataque no es demás del 5% de las personas que se exponen al contagio directo, teniendo además, la posibilidad de adquirir la forma "benigna" (tipo tuberculoide), si las condiciones inmunológicas del contagiado lo permiten: de los enfermos que existen actualmente, el 40% no son portadores de la enfermedad. (Arenas, R., 1987)

Los bacilos son muy abundantes en las personas que sufren el tipo lepromatoso, siendo inexistentes en el tipo tuberculoide y escasos en los tipos indefinidos. Al ser abundante el bacilo en mucosa, vía respiratoria en general y en piel, hace de estas partes las formas de transmisión de la enfermedad, pero sobre todo se contagia por medio de las gotas de "fluge" que se emiten por el estornudo. (Ciba Geigy, 1988)

No obstante lo anterior, para que la lepra pueda inocularse se presume que se requiere del factor N de Rotenberg, que es un elemento natural de resistencia a la enfermedad, encontrado en el 95% de la gente estudiada. Asimismo, el período de incubación del bacilo es en promedio de cinco años, el cual se favorece sobremanera con una convivencia íntima y prolongada que facilita la posibilidad de recibir millones de bacilos por largo tiempo. El papel que juegan las condiciones de vida como la falta de higiene, hacinamiento y desnutrición, pueden dar aún mayor oportunidad a la

adquisición de la enfermedad.(Ciba Geigy, 1988; Saúl, A., 1986).

La lepra conyugal se tiene a porcentajes reducidos de contagio, entre el 3 y 6%. La posibilidad de contagio de los convivientes de un hogar -de los familiares- es del 20 al 25%, sin embargo, si los dos cónyuges están enfermos y ambos son bacilíferos aumenta la posibilidad de contraerla para quien habite ahí, al doble (Saúl, A., 1986).

Resumiendo, para adquirir la enfermedad se requiere recibir bacilos en gran cantidad y por largo tiempo, además de condiciones medioambientales propicias para la enfermedad.

1.4 Datos epidemiológicos

Como se dijo anteriormente, según datos recopilados por Harrison, P. (1989) existen de 10 a 20 millones de leprosos en el mundo; los datos de la Secretaría de Salud (1992) indican la existencia de 5.5 millones mientras que la OMS los sitúa en 11.5 millones (Giba Geigy, 1988). Estas cifras tan diferentes en el registro de enfermos se debe a la falta de información real de la frecuencia de esta enfermedad, lo que nos hace presumir que el estigma social no solo ocurre en México sino también a nivel mundial.

Esta enfermedad se considera más común en países tropicales y subtropicales, y es aún más frecuente en África Central y en Asia. Se registra el mayor número de casos en la India -4 millones en 1981-. En el continente americano se encuentra el 6% de los casos de lepra, de los cuales Brasil tiene el 70% de los mismos, con una prevalencia de 1.7 (tasa/1000 habitantes), mientras que en México es de .20/1000 habitantes. (S.S, 1992)

En México se registra un mayor número de casos lepromatosos que tuberculoides (60 y 30%, respectivamente). Existen hasta 1990, 6,732 casos registrados de esta enfermedad en todo el país.

Como fue señalado, tres focos de lepra en nuestro país son la zona occidental, Peninsular y Nororiental y son los estados de Sinaloa, Colima y Guanajuato los más afectados: 2 o 3/1000 habitantes, mientras que en los demás estados de dichas zonas

se calcula .5/1000 habitantes (Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencias Epidemiológicas Dr. Manuel Martínez Baez, 1992).

1.5 Tratamiento y control de la lepra

A pesar de que existen medicamentos que se vienen suministrando desde 1947 para esta enfermedad, ninguno de ellos actúa sobre los daños irreversibles que llega a ocasionar la lepra cuando es detectada tardíamente. Cuando es así, los medicamentos únicamente llegan a detener el curso de la enfermedad.

El tratamiento, hasta 1991 era a base de poliquimioterapia, es decir, que se suministraban varios medicamentos a la vez como clofacimina, rifampicina o sulfona. A partir de 1992 el tratamiento cambia a la monoterapia, pudiendo suspender el mismo a los 6 meses, en caso de ser detectados como paucibacilares. (SS, 1992).

Un aspecto digno de mención se ha detectado a través de estudios realizados en el estado de Morelos que la gente rechaza el tratamiento, o bien no es constante en la toma, a pesar de los esfuerzos y continuas visitas por parte del personal de Salud a los domicilios de los leprosos para que no les falte su suministro mensual (Marketmix, 1991).

Es comprensible que a partir de la negación que tiene el paciente hacia reconocer su propio padecimiento (Benitez, B.,

1986) aunado a la creencia de incurabilidad (Saúl, A., 1963) se desaliente a seguir con el tratamiento. No es raro que el paciente se esconda o se niegue ante las visitas domiciliarias que hace el personal de la Secretaría de Salud, dificultando ejercer control medicamentoso sobre los enfermos, así como la toma de prueba bacteriana para corroborar la ausencia o aún persistencia de bacilos, lo cual es determinante para asegurar la no proliferación de la enfermedad.

A partir del análisis de las cifras y de los estudios antes indicados que nos demuestran la falta de control en el número exacto de enfermos, el deficiente control medicamentoso, con el respectivo seguimiento de casos, es que surge la inquietud por profundizar en las actitudes que existen en el médico, los familiares y el paciente de lepra. La presente investigación se enfoca al estado de Oaxaca por presentar una mediana prevalencia de casos de la enfermedad, siendo representativo de lo que ocurre con este padecimiento en nuestro país.

CAPITULO II: LA LEPRO Y SUS POSIBLES CONNOTACIONES PSICOSOCIALES

Como se ha visto, el paciente recibe un manejo equivocado por las ideas erróneas de contagiosidad, incurabilidad, destrucción, e incluso de pecado que prevalecen en torno de esta enfermedad. (Saúl, A., 1986)

Asimismo, estudios realizados en la India con jóvenes leprosos demuestran que éstos refieren un autoconcepto pobre; su baja autoestima se atribuye a la propia percepción de los padres con respecto a sus hijos quienes les ocasionan vergüenza y una actitud de "segregación social" que a su vez, es percibida por estos menores. (Broota, A.; Joan, A., 1991)

En otro estudio realizado por Chartterjee, R.N., et. al (1989) se describe la percepción del paciente hacia su propia enfermedad, como provocadora de miedo y odio, sintiéndose degradados como seres humanos; en esta investigación se encontró que los mismos pacientes pensaban que debían ser aislados, sin embargo, aquellos que habían sido separados de su familia presentaban mayores trastornos de tipo psicológico que aquellos no segregados.

El Dr. Saúl (1985) manifiesta la importancia de ahondar en las actitudes reales del personal médico, así como en el conocimiento que es transmitido al enfermo y a sus familiares respecto de la contagiosidad, curabilidad, higiene y cuidados en general, ya que la distorsión de la información puede llegar a dañar más que la propia enfermedad.

Lo anteriormente expuesto es fácilmente entendible si se comprende el papel que ejercen los procesos de influencia social sobre cualquier individuo. Las percepciones, juicios y opiniones entran en juego con el proceso de conformidad del ser humano, por lo que el sujeto se adapta al grupo actuando de manera similar y previsible. Así por ejemplo, durante el estudio de campo realizado por Marketmix (1991) se observó que la familia, como grupo, tendía a un comportamiento de conformidad y autoprotección caracterizado por censurar el tema de lepra y negarla ante sus parientes. Como lo menciona Moscovici, S. (1985), los grupos aseguran su existencia, mediante una interdependencia de grupo que ocasiona un comportamiento de conformidad grupal.

La razón de interés de este estudio hacia la enfermedad se hace evidente al pretender hacer un análisis profundo del proceso de influencia social basado en el objeto que nos atañe vinculado a la fuente de información, así como la intercomunicación que se establece de manera triangular entre el paciente, sus familiares y el médico en cuestión. Es por esto que la revisión de actitudes y de información manejada se conjuntan en el presente estudio por considerarlos parte primordial de la adaptación de los individuos enfermos a su mundo social, a su grupo físico y al comportamiento de conformidad dentro de estas circunstancias particulares.

En este sentido, la contribución de la psicología social que estudia las manifestaciones de comportamiento suscitadas por la interacción de una persona con otras, o por la mera

expectativa de tal interacción, puede llegar a ser de vital importancia para la comprensión del fenómeno.

En este capítulo se tratará de explicar algunos aspectos que se encuentran relacionados con la actitud en sí, ya que a partir de ésta se podrán predecir con mayor precisión algunas de las conductas que se manifiestan hacia esta enfermedad por parte del trinomio involucrado en el fenómeno: paciente-familia-médico. También se tratará la realidad bajo la que se vive la lepra desde el punto de vista del grupo minoritario que la padece en relación con el grupo mayoritario al que pertenece.

2.1 Definición de actitud

Desde principios de siglo Allport (1935) comienza a dar diferentes definiciones de actitud; destaca dentro de sus cien definiciones la que la define como "un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado".

Según la definición de Osgood, Succi y Tannenbaum (1957) "La actitud es la actividad interna de mediación que opera entre las estructuras de estímulo y de respuesta"

Aroldo Rodríguez (1983) sintetiza los elementos esenciales y característicos de las actitudes sociales y redefine la actitud como "una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto".

El presente estudio se inclinará por la definición de actitud que ofrece Fishbein, como la "predisposición aprendida para responder a un objeto o clase de objetos en forma favorable o desfavorable" (Livier B., 1982).

Dentro de la mayoría de las definiciones, se encuentran elementos comunes en los que casi todos los autores coinciden:

1. Las actitudes son aprendidas y tienen referentes sociales específicos, que por ser procesos internos no son observables, pero que se pueden medir por su dirección positiva o negativa.
2. Su estructura es duradera y estable en el tiempo.
3. Predispone respuestas (conducta observable) que se describen como tendencias de acercamiento o evitación.

Lo anterior coincide con la aseveración que hace Ausubel, D. (1980) en el sentido de que el individuo aprende a interpretar el significado en base al conocimiento previo existente, habiendo relación entre el material nuevo y el anterior.

Considerando cada una de las aseveraciones de actitud, se pudo observar que uno de los elementos implícitos que se encuentra en todas estas definiciones, en el que se sustenta el aprendizaje de cualquier individuo, es el componente cognoscitivo. Es decir, para que se dé un sentimiento en favor o en contra del objeto, previamente deberá adquirirse un significado que, al interpretarlo con base en el conocimiento existente, adquirirá un matiz con carga afectiva hacia dicho objeto.

A partir de las investigaciones realizadas, se detecta que el paciente y la gente en general tienen una visión distorsionada de lo que es la lepra, probablemente por la escasa información que tienen de la enfermedad, lo que predispone a actitudes más o menos negativas hacia ésta. Ya que la información aprendida es transmitida a través de las interrelaciones sociales, existe una representación de conocimiento respecto al objeto, que a pesar de ser vaga -o errónea- formará un esquema mental

en el individuo. En los estudios encontrados se corrobora que existe una tendencia más o menos homogénea hacia la enfermedad que ha perdurado a través del tiempo.

De lo anterior se concluye que la información que prevalece en torno de la lepra obedece a todo un proceso de aprendizaje social, tanto de información errónea como de actitudes que se tienen hacia la misma, y que el comportamiento social hacia la enfermedad obedece a creencias preexistentes que dependen de la corriente de la comunidad. Tales creencias no necesariamente obedecen a la cognición real, sino a la que se ha adquirido y aprendido del medio -si consideramos a las actitudes como "una organización duradera de creencias"- . Así, el componente conductual queda justificado a partir del aprendizaje previo de la comunidad.

Se sabe que existen diferencias en el contenido de las actitudes entre los grupos culturalmente distintos debido a que cada cultura representa un bloque complejo de variables que contienen diferentes tipos de información acerca de los mismos estímulos. Por ejemplo, el papel que desarrolla la mujer en la sociedad.

Aunado a las diferencias culturales, también existen evidencias que indican que las actitudes son procesos psicológicos capaces de distorsionar la percepción de ciertos estímulos.

Una doble interrogante surge inmediatamente:

¿Cuál será la actitud y el comportamiento de los médicos que supone una adquisición de conocimiento real del fenómeno en cuestión y una menor influencia social y en consecuencia menor cantidad de prejuicios e información distorsionada acerca del problema?. Y ¿cuál es la influencia que el médico puede tener sobre la familia y el paciente que padece la enfermedad?. A continuación se hace una breve revisión sobre la consistencia de algunos de los elementos más relevantes de las teorías de actitud.

2.2 Diferentes teorías de actitud

Ya que se considera a la actitud como parte de la interacción del individuo con su medio ambiente y con su medio social (Rodrigues, A., 1973) se cuestiona el papel que juega la actitud dentro del contexto de la lepra.

Se sabe que existen diferencias en el contenido de las actitudes y también que existen procesos psicológicos capaces de distorsionar la percepción de ciertos estímulos, y en general, la manera de percibir la realidad sobre todo cuando ésta se presenta en forma inestructurada (Rodrigues, A., 1977).

También existen diferentes enfoques para explicar la formación de actitudes:

Dentro de los teóricos de actitud, Osgood Succi y Tannenbaum (1955) proponen que existe un factor de congruencia o

incongruencia relacionado con el objeto en cuestión y el sujeto. Buscando en los componentes cognoscitivos, afectivos y relativos a la conducta un estado de armonía, que al existir un cambio de información, experiencia o nueva conducta se puede crear un estado de incongruencia, surgiendo tensión y la tendencia a cambiar una o más de las relaciones, dando lugar al cambio de actitud para buscar la reorganización de los tres elementos y en consecuencia reestablecer el equilibrio.

En el componente afectivo, aunque no exista fundamento cognoscitivo real, modificamos nuestra relación afectiva hacia una persona, por lo que emitiremos conductas hostiles y atribuimos componentes cognoscitivos de defecto para hacer congruente el cambio afectivo; de igual manera, el componente conductual puede traer como consecuencia la reorganización de los componentes afectivos y cognoscitivos. (Insko, Ch., Scopler, J., 1980)

La teoría de Osgood (et.al.), deja a un lado la intensidad de la actitud. Al mismo tiempo, esta teoría no analiza la influencia social que se ejerce sobre el sujeto y que implícitamente marca en el mismo su decisión. Este factor lo toman en cuenta Fishbein y Ajsben en su teoría, que posteriormente se detalla. Estos últimos teóricos también consideran importante la intensidad de la actitud, ya que con base en la misma será la factibilidad de acción del sujeto.

En la teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajsben (1962) se fundamenta el uso que hace el sujeto de la información de que dispone al tomar una decisión en base a su creencia, norma

subjetiva, intención y actitud. Se considera a la intención el determinante inmediato de la acción y es a partir de la medición de la intención que se forma la intención conductual. Fishbein y Ajsben sostienen que lo importante para poder predecir una conducta es la evaluación de una persona hacia una conducta específica y no hacia el objeto hacia el cual se dirige la conducta. Lo interesante de esta teoría es que hace parecer que las actitudes dependen menos de la experiencia individual que de la corriente que tenga la comunidad, de la cual el individuo incorpora a su propia personalidad (Klinberg, O., 1981). Esta teoría presupone la presencia de una serie de conceptos que se entrelazan para dar lugar a la conducta. Sus elementos más importantes se detallan a continuación:

Creencia: Se considera el determinante inmediato de las actitudes. Existen la creencia conductual, que es la consecuencia de efectuar una acción, y la creencia normativa, que es la que debería hacer un individuo en función de su medio social.

Norma Subjetiva: Es la percepción que tiene el individuo respecto de lo que piensan los demás de su medio ambiente -con respecto a que si debería o no realizar la conducta en cuestión-.

Intención: Se considera el determinante más inmediato de la acción; está en función del grado de correspondencia entre el criterio conductual y el grado de estabilidad de la intención, es el agente causal de la conducta.

La escala de actitud basada en la teoría de Fishbein y Ajsben será el instrumento base de medición de las actitudes a investigar; se pretende comparar la actitud con un análisis del componente cognoscitivo de los sujetos.

Para que exista una actitud en relación a un objeto social definido, es necesario que exista también una representación cognoscitiva estructurada respecto a dicho objeto, siendo que si la representación es errónea, el afecto se verá influenciado.

2.3 Principales investigaciones de la lepra en México

En la revisión bibliográfica de los últimos 15 años del curso de las investigaciones de la lepra, únicamente se encontraron 51 tesis en las áreas de medicina, enfermería, trabajo social y química, las cuales se dedican a investigar básicamente el control, patogenia y etiología de la enfermedad; poco se encuentra respecto a estudios enfocados al aspecto social y psicológico de la misma. A continuación se hace una breve descripción de las conclusiones más importantes que se encontraron de 1979 a la fecha.

En la revisión bibliográfica efectuada en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México

. (U.N.A.M) únicamente se encontró una tesis, (Benítez B.M, 1986) en la cual se describe a pacientes hospitalizados, a partir de una muestra de 30 pacientes (15 hombres, 15 mujeres; 29 del tipo lepromatoso uno del tipo tuberculoide).

En cuanto a los resultados obtenidos paralelamente en dicha tesis, se detectó que a través del Raven, el 66.6% de los pacientes tenía un C.I. inferior al término medio, 20% término medio, y 6% de la muestra superior al término medio.

De los datos más interesantes obtenidos en esta tesis, se tiene que las mujeres mostraron tendencia hacia la ansiedad e inseguridad, con existencia de depresión, letargo físico, inactividad, sentimientos de impotencia e intento de rechazo a las fantasías. En los hombres se encontró rechazo a las exigencias del medio ambiente y una baja tolerancia a la ansiedad. En ambos sexos se detectó uso de la negación y evasión ante el concepto de sí mismo, lo que repercute en la baja socialización del individuo y en su poca o nula actividad laboral -a pesar de no haber atrofia, o bien únicamente atrofia parcial de alguna de las extremidades-. Esto hace pensar que existe una predisposición negativa del propio individuo al adquirir esta enfermedad.

En 1983, Viscarra, A. J. llevó a cabo un estudio comparativo de 403 casos de lepra que se tenían captados en el Centro Dermatológico Pascua, el cual arrojó las siguientes conclusiones:

Los grupos de pacientes más afectados por la enfermedad son los que fluctúan entre los 20 a 39 años (42%), encontrándose

que un 65% de los pacientes se encuentran casados y que únicamente el 28% conocía realmente su diagnóstico, lo que implica un factor de riesgo debido a que los pacientes se encuentran en edad de procreación. Otro dato interesante es que 46% de los pacientes desertan del tratamiento y control de su enfermedad, sin especificar la razón.

Por su parte Cerecer C. Y., (1985), concluye de su investigación la importancia que tiene la actitud de rechazo y prejuicio hacia el paciente, debido a que a pesar de que es perfectamente controlable la lepra en la actualidad, no se cuenta con una manera sistemática de llegar al paciente, por su parte, se esconde o cambia de domicilio. Otra conclusión relevante es que el núcleo familiar es el principal apoyo para la rehabilitación social del mismo.

Sin embargo, el trabajo no hace un análisis de la actitud del paciente hacia la enfermedad, ni de los familiares o del médico hacia la misma. Tampoco se explora información manejada en estos grupos, ya que se sabe que la dinámica familiar se ve afectada al haber un enfermo de lepra (Useta, R.E., 1984). La lepra lleva a los individuos a distorsionar el grado de contagiosidad, y a pensar en su incurabilidad, lo que trae consecuencias necesariamente en la actitud hacia la misma. (Barragan, L., 1989; Edwin, L., 1985)

El presente trabajo pretende identificar si existe relación o no entre los diversos niveles de información con respecto de la enfermedad y las manifestaciones actitudinales del médico, el paciente y el familiar. Asimismo, se considera que las

actitudes se encuentran en función de las experiencias personales y el conocimiento y que a su vez son influenciados por la opinión de los demás. (Moscovici, S., 1979).

CAPITULO III ZONA DE ESTUDIO

Se focaliza la atención de este estudio en el Estado de Oaxaca por ser una zona representativa de esta enfermedad en el país. Paralelamente, destaca en esta entidad el alto índice de analfabetismo y la baja escolaridad; aspectos que pueden ser significativos del fenómeno que ocurre con la actitud hacia la enfermedad de lepra, como parte de la interacción del individuo con su medio ambiente y su medio, desde el punto de vista de la psicología social (Rodríguez, A. 1973)

3.1 Descripción del estado de Oaxaca.

Oaxaca fue fundada en 1486 con el nombre mexicano de Huaxyacac, que significa "lugar de los Huajes" (Bradomin, J.M., 1980)

Se localiza en la porción sureste de la República Mexicana. Limita al norte con Veracruz y Puebla, al sur con el Océano Pacífico, al este con Chiapas y al oeste con el Estado de Guerrero. (Municipios de Oaxaca, 1987)

En una superficie de 95,364 Kms se combinan serranías, planicies, playas, grutas, cañones y cañadas, donde se asienta una población que rebasa los tres millones de habitantes de fuerte raigambre indígena, que han sabido preservar su cultura y su lengua, y que habitan en zona rural casi el 70% de ellos. Tradicionalmente el estado se ha dividido en siete regiones a saber: el Valle, la Sierra, la Costa, la Cañada, las Mixtecas Alta y Baja, el Papaloapan y el Istmo. La división política del estado es la más complicada de toda la República, ya que está formada por 570 municipios, pero, por razones administrativas se ha mantenido la denominación para 30 distritos: Zimatlán, Zaachila, Yautepec, Villa Alta, Tuxtepec, Tlaxiaco, Putla, Tlacolula, Teposcolula, Teotitlán, Tehuantepec, Sola de Vega, Silacayoapan, Pochutla, Ocotlán, Nochixtlán, Distrito Mixe, Miahuatlán, Juxtlahuaca, Juquila, Juchitán, Jamiltepec, Ixtlán, Huajuapán, Etna, Ejutla, Choapan, Cuicatlán, Coixtlahuaca y Distrito del Centrol (Flores, R.H., 1965)

Orografía: Es una de las entidades federativas más montañosas de la República donde se encuentra la continuación de la Cordillera de los Andes, que penetra por el Estado de Chiapas, se continúa por el Distrito de Juchitán, formando el Nudo de Zempoaltepetl, y que a la altura del distrito de Villa Alta se divide en sus dos grandes ramas: la Sierra Madre Oriental y la Sierra Madre Occidental.

Clima: El clima varía bruscamente de una región a otra en conformidad con la configuración topográfica del estado. El Istmo y la Costa son las regiones tropicales, donde se puede desarrollar mejor la agricultura. En el estado predominan los climas suaves, ya que la altura de la entidad sobrepasa los 2,000 metros sobre el nivel del mar. En los valles predomina el clima semicálido, semiseco con lluvias en el verano; en la región de la Sierra Madre y en las montañas de la Mixteca hay clima templado subhúmedo siendo la región más húmeda la de la Sierra Madre Oriental.

De acuerdo con el XI Censo de 1990, la población de Oaxaca se compone de 3,019,560 habitantes, de los cuales el 48.5% son hombres y el 51.5% mujeres.

Etnología: En los 30 distritos se habla lenguas indígenas (en 90 de los 570 municipios los habitantes dominan alguna de ellas). En el Censo de 1990 se indica que más de un millón de personas (39.1% de la población) habla alguna de estas lenguas. El zapoteco y el mixteco son las lenguas con el mayor número de hablantes dentro de esta población (33.6% y 23.5%

respectivamente); el 43% restante habla mazateco, mixe, chinanteco, zoque, chatino, náhuatl, mazahua y otros (Gobierno del Estado de Oaxaca, 1987; INEGI, 1990)

Distribución de la población: El distrito con mayor población es el Centro, con 11.3% del total; le siguen con 11.2% Tuxtepec, Juchitán con 9.8%, y Tehuantepec con 6.3%. En estos cuatro distritos habitan más de las tres cuartas partes de la población. El 56% de la población vive en localidades menores de 2,000 habitantes (INEGI, 1990)

Población económicamente activa: El 39% de la población de más de 12 años de edad es económicamente activa. Se desempeña principalmente en trabajos agropecuarios (53%), artesanales y obreros (13.1%), respectivamente, comerciales (5.4%) y administrativos (4.7%).

El analfabetismo en el estado se ha reducido de un 43% a un 25.7% de la población (INEGI, 1990)

Todos estos datos nos obligan a pensar en el complejo problema educativo y económico que representan la diversificación de lenguas, lo numeroso de los municipios, los problemas de traslado de una región a otra por su orografía tan agreste, además del alto índice de analfabetismo que agudizan y obstaculizan la comunicación.

3.2 Descripción de la lepra en el estado de Oaxaca

Aunque es imposible determinar dónde apareció y cuál fue el primer caso de lepra de Oaxaca, es casi seguro que éste debió ocurrir durante el período de la Colonia, por las continuas expediciones hacia el sur del país por parte de los españoles. Las peregrinaciones a través de la llamada ruta Filipina permitieron el ingreso de muchos casos de lepra a nuestro país, quedando huellas de esto en el litoral del Pacífico, por los Estados de Sinaloa, Jalisco, Colima, Guerrero, Guanajuato y el mismo Oaxaca. Es probable que también haya llegado la enfermedad con los esclavos negros procedentes de las expediciones de Colón.

En Oaxaca hubo control de los casos de lepra, así como de los enfermos bacilíferos hasta el año de 1960, cuando se formó el Programa para el Control de las Enfermedades Crónicas de la Piel, que con la brigada móvil "B-1-2" en el Estado de Guerrero, la que en cooperación con los Centros de Salud del Estado encontraron la enfermedad en doce distritos a saber: Ejutla, Ixtlán, Juchitán, Centro, Ocotlán, Cuicatlán, Tuxtepec, Juquila, Jamiltepec, Sola de Vega, Tehuantepec y Tlacolula. (Flores R.H., 1966)

3.3 Prevalencia de lepra en Oaxaca

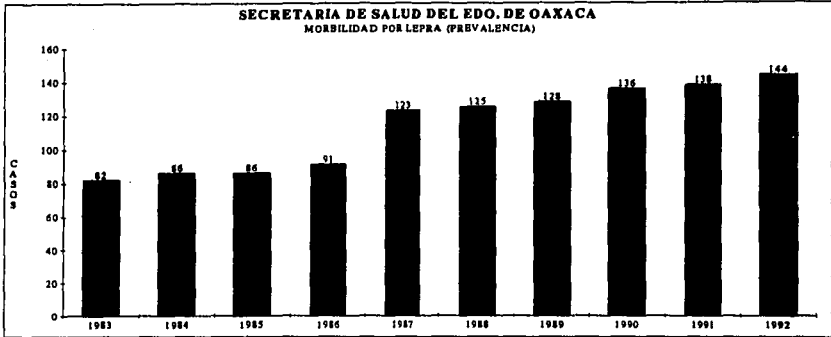
Todos los distritos del estado cuentan con Centros de Salud Rural, dependientes de la Secretaría de Salud, los que son atendido por un médico y en ocasiones por un auxiliar de enfermería.

En la Tabla A se presenta el total de casos de enfermos de lepra y su distribución en las áreas urbana y rural. Unicamente el 14.5% de los casos están en áreas urbanas en tanto que el 85.5% restante se ubica en zonas rurales. Un dato importante se observa en el municipio de Santiago Pinotepa en donde se haya el mayor número de casos tanto en área urbana como rural (38% y 39% respectivamente)

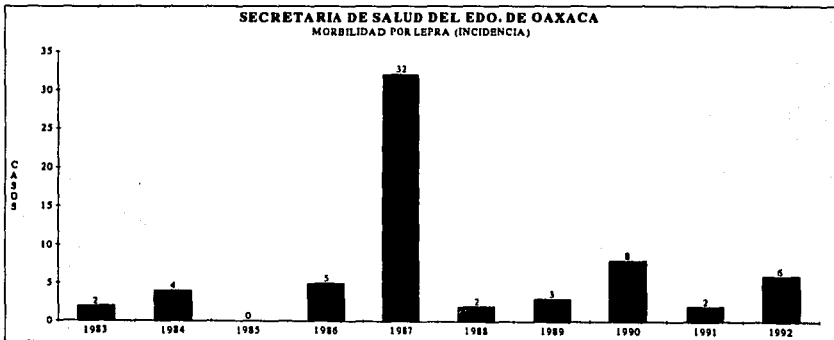
Tabla A

MUNICIPIO	AREA URBANA	AREA RURAL	TOTAL
JUCHITAN	7		7
TEHUANTEPEC	1		1
IXTEPEC	1		1
SALINA CRUZ	3		3
NILTEPEC		2	2
LA BLANCA		1	1
TAPANATEPEC		3	3
MATIAS ROMERO	1		1
UNION HIDALGO		1	1
REFORMA DE PINEDA		1	1
CHAHUITES		3	3
SANTIAGO PINOTEPA	8	49	57
SAN JUAN BAUTISTA	3		3
SANTA MARIA CORTIJO		2	2
SANTA MARIA HUAZOLOTITLAN		5	5
SANTO DOMINGO ARMENTA		26	26
ROJAS DE CUAHUTEMOC		13	13
SAN SEBASTIAN ABASOLO		2	2
SANTA MARIA GUELACE		1	1
GUENDULAIN		6	6
TUXTEPEC		1	1
SANTA MARIA COYOTEPEC		1	1
SANTA ANA Tlapacoyan		1	1
MIAHUATLAN		1	1
SAN PABLO HUIXTEPEC		1	1
TOTAL:	21	123	144

Datos obtenidos a través de la S.S.en el estado muestran el desarrollo de la enfermedad desde 1983 hasta 1992, observándose un incremento de 75.6% en dicho período(gráfica 1). gráfica 1



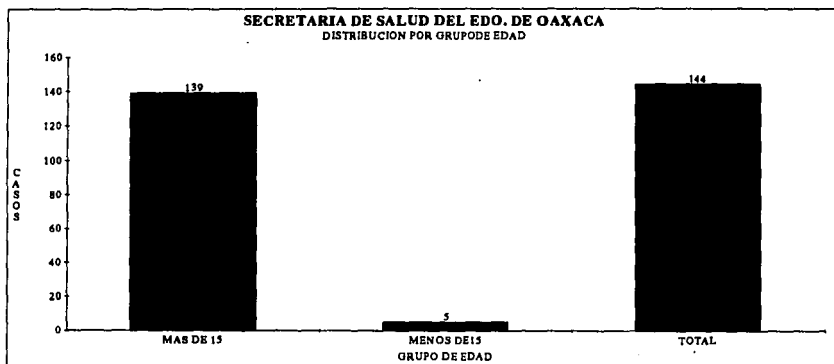
Los casos nuevos que se registraron durante el período 1983-1992 indican un incremento promedio anual de 6.2 casos, exceptuando el año de 1987 en el que se llega hasta 32 casos (gráfica 2). Lo anterior puede reflejar un mayor interés en la búsqueda de casos de lepra, lo que también puede implicar que en los datos subsecuentes haya un posible subregistro de la enfermedad. gráfica 2



Es pertinente señalar que a partir del año de 1993 no se registran de forma sistemática como se venían realizando en años anteriores, por lo que se omiten datos subsecuentes en lo que respecta a la prevalencia e incidencia de la morbilidad de la lepra.

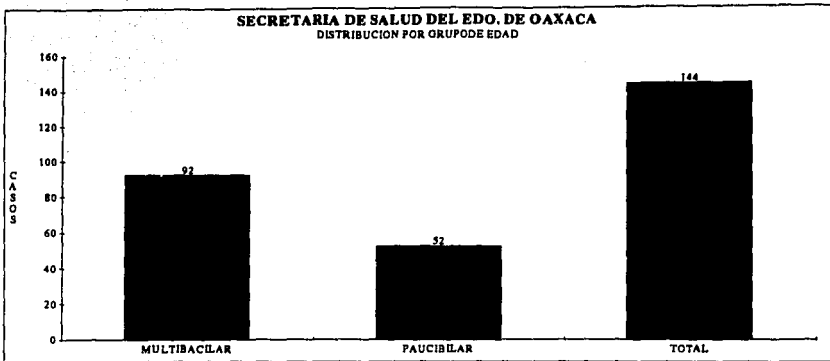
La gráfica 3 muestra el total de enfermos y su distribución por grupos de edad en el estado. Solamente el 3.4% del número de casos corresponde a personas de menos de 15 años, en tanto el 96.6% restante tiene más de 15 años, lo cual va en relación directa al período de incubación y manifestaciones tardías de la enfermedad.

gráfica 3



La clasificación epidemiológica proporcionada por la Secretaría de Salud señala que existen 92 casos multibacilares y 52 paucibacilares, lo que significa que una tercera parte de los casos, sin adecuado control, pueden ser focos de transmisión de la enfermedad (Gráfica 4).

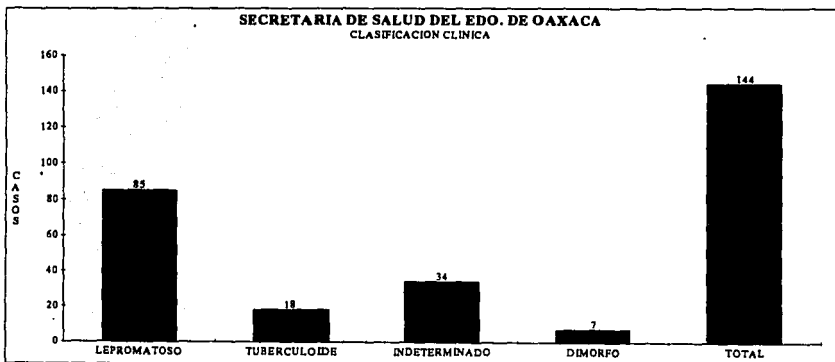
gráfica 4



En cuanto a su clasificación clínica se presentan 85 casos lepromatosos, 18 tuberculoideos, 7 dimorfos y 34 no determinados.

Lo que indica que el 59% de los casos registrados en el Estado pertenecen al tipo de lepra que, sin una adecuada atención en el primer estadio de esta enfermedad, presenta mayor número de afecciones y secuelas en el individuo, tanto físicas como emocionales. (Gráfica 5).

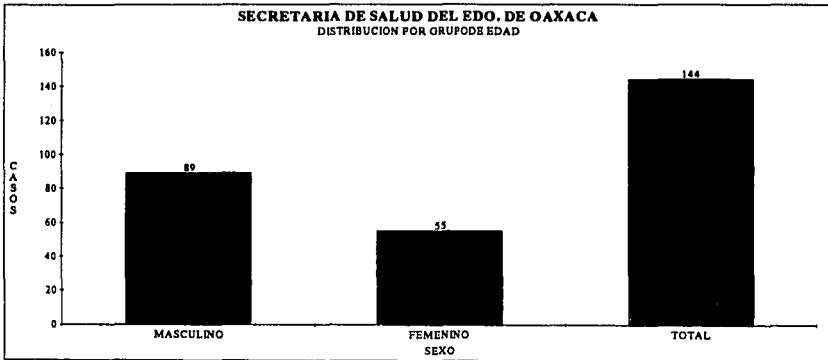
gráfica 5



Como se puede corroborar a través de las gráficas, la lepra que predomina en la región es lepromatosa (85 casos), precedida por los casos indeterminados (34 casos), los tuberculoides (18 casos) y por último los dimorfos (7 casos). De estos, con la prueba de baciloscopia se detectó que 92 casos se catalogan como multibacilares "con posibilidad de contagio" y 52 de estos son paucibacilares "sin posibilidad de transmitirse".

El 61.8% de los casos registrados en el Estado pertenecen al sexo masculino y el 38.2% al sexo femenino, lo que coincide con los datos a nivel mundial, siendo una enfermedad que ataca más a hombres que a mujeres. (gráfica 6).

gráfica 6



Los anexos A y B muestran los mapas del estado de Oaxaca donde se observan los distritos y posteriormente, las regiones donde se localizan los casos de lepra.

IV. METODO DE INVESTIGACION

Considerando que la lepra es una enfermedad que se relaciona desde la antigüedad con aspectos negativos tales como contagio, pecado, suciedad, etc., y que ha sido estigmatizada y repudiada socialmente, hace pensar que tanto quien la padece como su entorno familiar siguen siendo objeto de rechazo por su grupo social debido a la fuerte connotación emocional negativa que produce.

Las investigaciones encontradas acerca de la lepra que se enfocan a hacer un análisis de los procesos anímicos de los pacientes -en su mayoría- ninguno de ellos aborda la relación que existe entre el aspecto cognoscitivo y el tipo de actitud. De aquí surge la inquietud por investigar el grado de relación entre el conocimiento y la actitud hacia la lepra de quienes están en contacto directo con esta enfermedad, como son: el paciente, el familiar y el médico.

La presente investigación tiene como objetivo fundamental encontrar en los grupos a estudiar tanto el tipo de conocimiento, como el de actitud hacia la lepra y el grado de relación en las personas involucradas con esta enfermedad: médicos, pacientes y familiares.

4.1 Planteamiento del problema

De acuerdo a lo anterior surgen las siguientes preguntas:

1. ¿Que nivel de información sobre lepra prevalece en los tres grupos paciente, familiar y médico?.
2. ¿Cuál es la actitud de estos grupos que está en contacto con la lepra en el Estado de Oaxaca?
3. ¿Influye el factor informativo en la actitud positiva o negativa hacia la lepra?

4.2 Hipótesis de trabajo

Se considera que habrá una actitud favorable hacia el manejo de la lepra cuanto mayor sea la información haya sobre ésta.

Hipótesis estadísticas:

H₀ No hay relación significativa entre el nivel de información sobre la lepra y la actitud favorable hacia la misma.

H₁ Si hay relación significativa entre el nivel de información sobre la lepra y la actitud favorable hacia la misma.

Variables:

Variable Independiente: La información sobre lepra que tengan los sujetos de la muestra medida con el cuestionario de información.

Variable Dependiente: La actitud favorable o desfavorable que tengan los sujetos de la muestra hacia el manejo de la lepra, medida con el instrumento de actitud.

4.3 Categorías de análisis

Actitud: "Es la predisposición aprendida para responder a un objeto o clases de objetos en forma favorable o desfavorable (Livier, B., 1982).

Información: "Es el mensaje que decodifica el receptor, dándole un significado e interpretándolo, en relación con el material previo existente en el sujeto". (Ausubel, D., 1980)

4.4 Definición operacional

Actitud: Es el conjunto de creencias y conocimientos de los pacientes, familiares y médicos con una carga afectiva en favor o en contra de la lepra.

Información: Es el conjunto de mensajes que han recibido pacientes, familiares y médicos, con respecto a la lepra y la manera en que estos grupos la interpretan.

4.5 Instrumentos de medición

A) Información

El instrumento de información pretende recabar datos sobre los siguientes aspectos: contagio, control de la enfermedad, e higiene y cuidados. Estos son los puntos clave para el tratamiento de la lepra y de acuerdo con los estudios realizados por el Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud, directamente responsable del control de la enfermedad. Estos indicadores se sujetan a bibliografía de las investigaciones realizadas en 1992 por la S.S. y Ciba Geigy en el Manual de la Lepra para Médicos y Personal Sanitario en 1988.

Inicialmente se elaboró un cuestionario con 47 reactivos que contemplaban las áreas de: tecnicismo, etiología, contagio, control e higiene y cuidados. con 5, 6, 13, 13 y 10 reactivos respectivamente.

Indicadores de Información:

Las diversas fuentes que pueden proporcionar datos sobre la conceptualización en la investigación en el área de información se describen a continuación:

A. Contagio: Transmisión de una enfermedad por contacto mediato o inmediato

B. Higiene y cuidados: La conservación de la salud y las precauciones para precaver las enfermedades relacionado la limpieza y el cuidado del enfermo

C. Control: Cuando el paciente se encuentra bajo tratamiento y la infección ya no es transmisible, así como el conocimiento del manejo de la enfermedad.

Después de haber efectuado el piloteo a un total de 45 personas -15 sujetos de cada grupo de interés-, se eliminaron los reactivos de etiología y de tecnicismos por ser incomprensibles por la población. Asimismo, se eliminaron 4 reactivos de contagio, 4 de control y 3 de higiene y cuidados por tener información redundante.

El criterio de eliminación de preguntas de los cuestionarios incluyó solo a aquellas respondidas con "si" y "no" por pacientes y familiares, y se excluyó a las que tenían en la prueba piloto más de la mitad de las respuestas en "no se".

Los mismos reactivos se distribuyeron como a continuación se presentan, quedando en el cuestionario final con los números que se asignan en seguida:

De control se asignaron los reactivos 1, 3, 10, 13, 17, 18, 20, 21 y 22; de contagio 2, 4, 5, 8, 12, 19, 23, 24 y 25; y de higiene y cuidados los reactivos 6, 7, 9, 11, 14, 15 y 16.

B) Actitud

Para medir la actitud hacia la lepra se consideró que el instrumento adecuado para tal efecto es la escala de Likert, debido a que presenta como característica -al ser una escala ordinal-, la posibilidad no sólo de cuantificar, sino de jerarquizar las variables de estudio.

Los indicadores que se propusieron para medir la actitud en torno de la lepra fueron de autoconcepto, relación heterosexual, relación médico-paciente-familiar, relación en el trabajo y el concepto del enfermo de lepra. Esto último, se justifica a través del concepto mismo de actitud, el cual implica una disposición afectiva vinculada con la relación social que experimenta el individuo tanto con familiares, el médico tratante, el medio de trabajo, su ambiente social como consigo mismo en cuanto a sus conocimientos, sus prejuicios y la definición de su propio autoconcepto.

En el piloteo se realizó el análisis de 96 reactivos agrupados en 16 sobre el concepto del enfermo de lepra; 16 del grupo familiar; 14 sobre el trabajo; 14 sobre lo social; 14 sobre la relación heterosexual; 14 reactivos en la relación médico-familiar-paciente y 8 sobre mitos. Finalmente, los reactivos quedaron agrupados en 5 bloques de 8 reactivos cada uno, que contemplaban las siguientes áreas: aspecto social, aspecto médico-paciente, mitos, aspecto familiar y de trabajo; los mismos fueron seleccionados a través de los reactivos que fueron significativos en el piloteo. Se excluyó el área

heterosexual y se agregó al área familiar, asimismo los reactivos del piloteo que se encuadraban en "enfermo de lepra" y que fueron significativos se adjuntaron al aspecto social. Los conceptos que se evalúa la actitud hacia a la lepra se describen de la siguiente manera:

Grupo familiar: Implica el conjunto de interrelaciones y nexos que establece el individuo con personas que están ligadas a él por cualquier tipo de lazo afectivo y/o de consanguinidad.

Area laboral: Es la relación que establece el enfermo de lepra con alguna institución, asociación o particular y en donde proporciona su fuerza de trabajo (física y/o intelectual) y que implica una retribución de carácter económico.

Area social: Es la interrelación que establece el enfermo de lepra independientemente de su familia o su entorno laboral con la comunidad en la que convive cotidianamente y que puede presentar o no relaciones por afinidad o por intereses u objetivos comunes.

Relación médico-paciente-familia: Es cualquier tipo de atención o relación que muestra el médico al paciente y/o familiar.

Reactivos sobre Mitos: Se definen como los prejuicios y creencias que presentan los individuos y que están fuertemente arraigadas a las creencias populares y que no tienen validez o fundamento teórico que las respalden.

Del área social los reactivos significativos del piloteo fueron: 11, 67, 31, 87, 52 y 86, 48* y 79* (* estos últimos

pertenecían al área de "enfermo de lepra") quedando distribuidos en el nuevo cuestionario bajo los números: 1, 6, 13, 16, 22, 26, 31, y 36.

Del área médico-paciente los reactivos significativos fueron los siguientes: 20, 41, 27, 58, 85 y se rehicieron aquellos que no fueron significativos quedando distribuidos en el cuestionario con los números: 2, 7, 12, 17, 23, 27, 32, y 37.

Del área de mitos fueron significativos los reactivos: 74, 94, y 80 y se rehicieron reactivos quedando distribuidos en el cuestionario con los números: 3, 8, 14, 18, 24, 28, 33, 38

Con respecto al área familiar, los reactivos 15, 60, 72, 93, 8 fueron significativos, a estos se agregaron del área heterosexual los números 46 y 62 y se reelaboró el reactivo 46, quedando distribuidos de la siguiente manera: 4, 9, 15, 19, 25, 29, 34 y 39.

Por último, los reactivos del trabajo 44, 69, 82, 89, 90 y 37 se reacomodaron de la siguiente manera: 5, 10, 11, 20, 21, 30, 35 y 40.

Este instrumento consta de 40 reactivos. -el mismo se adjunta al final como Anexo 3-.

4.6 Procedimiento

La muestra de estudio la constituyen tres grupos: a) los pacientes leprosos, controlados por S.S.; b) los familiares de los pacientes y c) los médicos asignados a las clínicas de Salubridad.

Se utilizó un muestreo intencional en las zona endémicas de mayor prevalencia de lepra y se seleccionó a los sujetos en forma aleatoria de acuerdo a los reportes de los casos proporcionados por la Secretaría de Salud en el Estado de Oaxaca. La población registrada de pacientes con lepra es de 148 casos reportados en este Estado, de la cual se tomó una muestra de 40 pacientes con su respectivo familiar por considerarlo un tamaño adecuado para este tipo de muestreo, ya que representa el 34.5% del total de casos registrados, es así que también se tomó una muestra de 40 médicos por asumirlos representativos de este gremio. Los sujetos entrevistados pertenecen a los municipios de Santo Domingo Armenta (6); Pinotepa Nacional (14); Rojas de Cuauhtemoc (10); Juchitán de Zaragoza (7) y Salina Cruz (3). Mismos que se distribuyen en 20 mujeres y 20 hombres entrevistados -Pinotepa 7 hombres, y 7 mujeres; Juchitán 3 hombres y 4 mujeres, Rojas de Cuauhtémoc 5 hombres y 5 mujeres; Santo Domingo Armenta 3 hombres y 3 mujeres y Salina Cruz 2 hombres y una mujer.

-Cuadro 1- (distribución de casos anexos C, D y E).

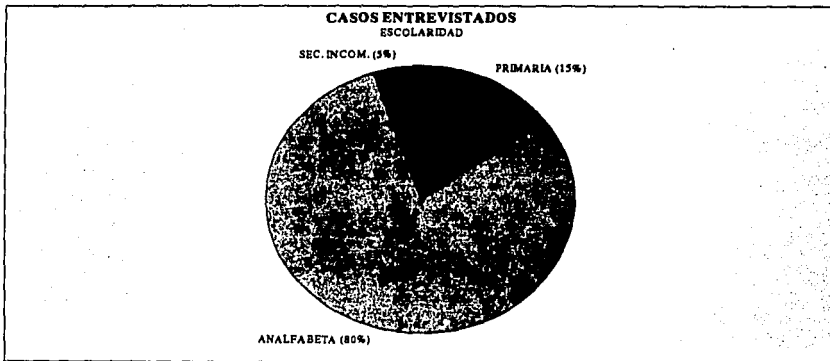
Cuadro 1

DISTRIBUCION DE ENCUESTADOS POR SEXO Y MUNICIPIO EN EL EDO. OAXACA

MUNICIPIO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
PINOTEPA NACIONAL	7	7	14
JUCHITAN DE ZARAGOZA	3	4	7
ROJAS DE CUAUHEMOC	5	5	10
SANTO DOMINGO ARMENTA	3	3	6
SALINA CRUZ	2	1	3
TOTAL	20	20	40

El 80% de los entrevistados es analfabeta; un 15% tiene estudios de primaria y únicamente el 5% posee estudios de secundaria (Gráfica 7).

Gráfica 7



A pesar de ser analfabetas en su mayoría, todos los entrevistados son bilingües, utilizando como lengua principal el castellano y como segunda lengua algún dialecto, por lo que no se presentó problema de comunicación con pacientes o familiares.

Se aplicó un cuestionario para recoger información sobre los conocimientos de lepra que tienen los sujetos de estudio, y que contiene 25 reactivos. Mismo que fué aplicado en el domicilio de los pacientes, en donde se aprovechó para entrevistar a un familiar que viviera con él. El mismo instrumento de información se aplicó al médico de la comunidad adscrito al centro de Salud.

El instrumento es de tipo autoaplicable, no obstante cuando fue necesario -por analfabetismo o por problema visual o de comprensión- se leía el reactivo al sujeto y se contestaba de acuerdo a la respuesta dada.

La respuesta se elegía de acuerdo a tres opciones: "si", "no", "no se", en cada uno de los reactivos, solicitando a los participantes respondieran, de acuerdo a sus conocimientos, de manera honesta a dicho cuestionario.

Se asignó para su categorización un puntaje de 2 a las respuestas afirmativas, 1 para la respuesta "no se" y 0 para las respuestas negativas. Se tomaron en cuenta como información aquellas respuestas contestadas solo en forma afirmativa.

El instrumento de actitud se aplicó inmediatamente después de finalizado el cuestionario de información. La escala comprendía 5 grados de actitud (siempre, casi siempre, en ocasiones, casi nunca, nunca) en el que se solicitaba al sujeto marcara su grado de acuerdo o desacuerdo, dependiendo del reactivo en cuestión.

a) Diseño

Se utilizó un diseño correlacional para conocer el grado de relación entre información y actitud hacia la lepra.

Para comparar los tres grupos -pacientes, familiares y médicos- se utilizó un diseño de contraste de muestras independientes con el propósito de detectar posibles diferencias en la actitud hacia la lepra entre estos tres grupos.

b) Pruebas estadísticas

1. Coeficiente de correlación "Rho" de Spearman para conocer el grado de relación entre actitud e información, por ser para escala no paramétrica en escala ordinal.

2. Kruskal Wallis para comparar los tres grupos en las variables de información y actitud, igualmente se utilizó, por ser para escala no paramétrica en escala ordinal.

c) Análisis de resultados

1. Se obtuvo un coeficiente de correlación entre actitud e información, con el fin de constatar si al existir mayor conocimiento hacia la lepra, hay una mejor actitud hacia esta.

2. Se efectuó un análisis de varianza con el objeto de comparar la cantidad de información existente entre los tres grupos de estudio -pacientes, familiares y médicos- y también comparar la actitud que existe hacia la lepra.

V. ANALISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

5.1 Análisis de correlación

La tabla 1 muestra las correlaciones existentes entre los aspectos de información y los de actitud, siendo estos estadísticamente significativos en los rubros de actitud: mitos y relación médico-paciente. De información: control y contagio. No así el rubro de higiene, que no muestra correlación alguna con los demás grupos.

En forma global, la correlación entre actitud e información es de $-.52$, aunque moderada, significativa al $.001$ lo cual indica que a mayor información menor actitud negativa hacia la lepra y viceversa. Es de observarse que el rubro de higiene no muestra correlación.

TABLA 1

RELACION ENTRE ACTITUD E INFORMACION SOBRE LEPRAS
CON UNA SIGNIFICANCIA AL $.01^*$ Y AL $.001^{**}$

Información

	SOCIAL	MED-PAC	MITOS	FAMILIA	TRABAJO	ACTITUD
CONTROL	$-.3016^{**}$	$-.4651^{**}$	$-.5929^{**}$	$-.2419^{**}$	$-.3313^{**}$	$-.6158^{**}$
CONTAGIO	$-.2318^{**}$	$-.2984^{**}$	$-.3123^{**}$		$-.2276^*$	$-.3670^{**}$
HIGIENE						
INFORMAC.						
EN GRAL	$-.2785^*$	$-.4225^{**}$	$-.4848^{**}$	$-.2189^*$	$-.2495^*$	$-.5252$

En cuanto a los rubros del bloque de control de la lepra , se obtuvieron correlaciones importantes con las cinco áreas de actitud investigadas -siendo todas estas negativas-, lo que indica que a mayor información sobre el control de la lepra, hay menos prejuicios con respecto a la enfermedad en el aspecto social, de trabajo, el familiar, la relación médico, paciente, familiar, así como una disminución en los mitos. Por lo tanto hay una disposición más positiva en cuanto a la actitud en general. Al comparar entre sí la correlación existente entre los rubros de actitud, en general, resaltan las altas correlaciones con el rubro de mitos, lo que podría indicar la importancia de este indicador y la posible influencia que ejerce con respecto a los demás rubros de esta área, presuponiendo una actitud negativa hacia la lepra en quienes este indicador sea alto . (tabla 2).

TABLA 2

CORRELACION ENTRE LOS RUBROS DE ACTITUD

A) Actitud

	SOCIAL	MED-PAC	MITOS	FAMILIA	TRABAJO	ACTITUD
SOCIAL			.2853**			.4964**
MEDI-PAC			.5655**	.2906**		.7344**
MITOS	.2853**	.5655**		.3397**	.3757**	.8375**
FAMILIA		.2906**	.3397**			.5224**
TRABAJO		.2580*	.3757**			.6012**
ACTITUD EN						
GENERAL	.4964**	.7344**	.8375**	.5224**	.6012**	

5.2 Análisis de varianza

A) Información

El análisis de varianza realizado con la prueba de Kruskal Wallis, nos indica que si hay diferencias significativas entre los tres grupos (médicos, pacientes y familiares), (tabla 3).

ANALISIS DE VARIANZA DE KRUSKAL WALIS SOBRE INFORMACION

El análisis efectuado con esta prueba se desglosa a continuación:

TABLA 3

	chi ²	p	PROMEDIOS DE RANGOS		
			MED	FAMIL	PCTE
Control	58.86	.00001	94	42	43
Contagio	33.01	.00001	84	56	40
Higiene	1.70	.4267	55	65	60
Información					
Global	56.97	.00001	93	51	36

Los resultados de la tabla 3 muestran el análisis realizado en los tres rubros en la variable de información, así como el de información general.

En el área de control se indica con una χ^2 de 56.86 una significación al .00001 que los médicos tienen, como se esperaba, más información -casi el doble de en relación a los familiares y los pacientes- con una media rangos de 94, 42 y 43 respectivamente.

Los resultados en el área de contagio indican una diferencia significativa entre los tres grupos con una χ^2 de 33.01 significativa al .00001. El grupo de médicos obtuvo una media de rangos de 84, los familiares de 56 y los pacientes de 60; esto se traduce en que la población que está más informada sigue siendo la médica, persistiendo la más baja información en los familiares, se observa, asimismo, que la población de pacientes entrevistados sigue teniendo un porcentaje ligeramente superior que el familiar. Es sorprendente que en el rubro de higiene y cuidados no se encontró diferencias significativas de χ^2 (1.7) entre los tres grupos. La media obtenida de médicos, familiares y pacientes fué de 55, 65 y 60 respectivamente, al ser los puntajes tan similares, esto hace pensar que los reactivos pudieron ser ambiguos , o tal vez, que existe el mismo grado de desinformación en los tres grupos, bajo este rubro.

En el análisis general de información, se constata nuevamente la diferencia significativa entre los tres grupos con una χ^2 de 56.97 y nos revela que el médico es el grupo, como era de esperar, que maneja mayor información sobre la lepra con un promedio de rangos de 93. El familiar maneja la información, con respecto al grupo médico en un 54% (promedio de rangos de

51), en tanto que el paciente con un promedio de rangos de 36, refleja un 38% de conocimiento general de la enfermedad, con respecto al grupo médico. Esto último podría deberse a la negación que existe en el paciente para aceptar su enfermedad, lo que dificulta en un momento dado la comprensión global del padecimiento.

B) Actitud

La tabla 4 muestra los puntajes obtenidos del análisis de varianza en los tres grupos hacia los rubros de actitud. En el rubro social se observa una chi de 20.7 con un rango promedio para los médicos, familiares y pacientes de 40, 68 y 73 respectivamente, lo que indica que tanto familiares como pacientes manifiestan, en esta área, una actitud menos positiva hacia la enfermedad que los médicos. Asimismo, en el rubro Médico-Paciente con una chi de 47.42 los puntajes de rangos obtenidos de médicos familiares y pacientes, -30, 80 y 71 respectivamente- muestran que el grupo familiar presenta una actitud más negativa hacia la relación con el médico en general.

En cuanto a mitos, se obtuvo una chi² de 78.62 con puntajes promedio de rangos de 22, 89, 69 para médicos, familiares y pacientes respectivamente. Llama la atención que el familiar tiene cuatro veces más puntaje en este rubro con respecto al médico y supera al paciente.

Los puntajes del rubro familiar con una χ^2 de 45.21 vuelven a mostrar que es el grupo familiar quien muestra mayor puntaje, (77) pudiendo ser relevante para la interacción y comunicación familiar. Sin embargo, el grupo médico, en este rubro es en donde obtiene el mayor puntaje (45), pudiendo significar que es en esta área donde el médico actúa, o al menos actúa de manera más negativa. El paciente obtiene el puntaje de promedio de rangos más bajo del análisis de actitud, posiblemente por no sentir el rechazo del grupo familiar, o bien sentirse seguro con el mismo.

En el análisis del rubro de trabajo con una χ^2 30.26, nuevamente es la familia quien muestra mayor connotación negativa con un puntaje de 81, seguido por el paciente con un puntaje de 60 y el médico con 38.

En el análisis global de actitud, con una χ^2 82.76 los puntajes obtenidos de los grupos de médicos, familiares y pacientes -22, 91, 67 respectivamente- hacen notar que los puntajes más elevados se registran en el área familiar, de aquí se deduce que los prejuicios más que emanar del paciente surgen del familiar que convive con el paciente de lepra, sobre todo en el área de mitos y el área de trabajo pudiendo ser que a su vez es éste quien influye para que el paciente de lepra no se reincorpore a las labores. En el médico el puntaje más elevado de 38 se registra en el área familiar, pudiendo existir cierta predisposición hacia la visión que tiene de familia del enfermo de lepra; en el paciente el puntaje más elevado se registra en el área social, constatando el estigma

que representa para el paciente esta enfermedad ante la sociedad.

Cabe señalar que todos los contrastes se obtuvieron a una significancia de significancia de .00001.

TABLA 4

ANALISIS DE VARIANZA DE KRUSKAL WALLIS SOBRE ACTITUD

	CHI ²	SIGNIFIC	MEDIC	FAMIL	PCTE
Social	20.70	.00001	40	68	73
Med-Pac	47.42	.00001	30	80	71
Mitos	78.62	.00001	22	89	69
Familia	45.21	.00001	45	77	59
Trabajo	30.26	.00001	38	81	60
Actitud Global	82.76	.00001	22	91	67

5.3 Análisis de reactivos

A partir de los resultados obtenidos en el contraste con la prueba de Kruskal Wallis, se pudieron observar las diferencias de actitud de la población que está en contacto con la lepra. Los reactivos donde se observaron las diferencias más notorias se describen a continuación:

AREA SOCIAL

Los reactivos en los que se detectó un mayor contraste entre el grupo de médicos, familiares y pacientes fueron los siguientes: "Al enterarse el pueblo que hay un enfermo de lepra lo aislan", "El pueblo rechaza a la familia del paciente y también al leproso", "La gente debería rechazar al paciente de lepra", "la gente cree que es muy difícil contagiarse de lepra", con los reactivos 1, 6, 16, y 31 respectivamente (ver anexo 3)

22 de los pacientes entrevistados afirman en el reactivo 1, estar totalmente en desacuerdo, 23 de los familiares (13 casos) están parcialmente de acuerdo y (10 casos) totalmente de acuerdo en el rechazo hacia el paciente; existiendo discrepancia de percepción entre pacientes y familiares. El médico muestra una distribución similar a la del paciente, quizás por falta de conocimiento o falta de conciencia hacia el rechazo. (Cuadro 1)

CRITERIOS		MEDIC	FAMILI	PACIEN
SIEMPRE	1	12	1	22
CASI SIEMPRE	2	14	6	
EN OCASIONES	3	3	10	2
CASI NUNCA	4	9	13	13
NUNCA	5	2	10	3
	TOTAL	40	40	40

cuadro 1

En el reactivo 6 se observa una distribución similar al reactivo 1, negando 27 pacientes el rechazo que hay hacia el paciente, por su parte el familiar en 28 casos está parcialmente de acuerdo o totalmente de acuerdo con este rechazo; el médico (31 casos) en su mayoría está parcialmente o totalmente en desacuerdo con este rechazo (Cuadro 2).

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	15	3	27
CASI SIEMPRE	2	16	3	8
EN OCASIONES	3	1	6	
CASI NUNCA	4	6	12	5
NUNCA	5	2	16	
	TOTAL	40	40	40

cuadro 2

En el reactivo 16, es nuevamente el familiar en 29 casos quien afirma estar en desacuerdo en que se debería rechazar al paciente, existiendo 24 casos de pacientes que también están de acuerdo con esta aseveración; esto se revierte en el caso del médico en donde se obtuvieron 26 casos en que está de acuerdo con el rechazo (Cuadro 3).

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	26	8	11
CASI SIEMPRE	2	6	3	2
EN OCASIONES	3	8		3
CASI NUNCA	4		9	8
NUNCA	5		20	16
TOTAL		40	40	40

cuadro 3

En el reactivo 31, 24 de los pacientes expresan la predisposición percibida hacia el contagio, solo 10 familiares, mientras que un solo un médico marca predisposición hacia el contagio debido tal vez a la falta de conocimiento por parte del paciente (Cuadro 4).

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	26	18	5
CASI SIEMPRE	2	5	4	8
EN OCASIONES	3	7		3
CASI NUNCA	4	1	8	
NUNCA	5	1	10	24
TOTAL		40	40	40

cuadro 4

En estos cuatro reactivos se observa claramente la diferencia en la distribución de frecuencia que presentan ante los reactivos; aparentemente en los dos primeros cuadros descritos, es menor el prejuicio hacia la lepra en el paciente que en el mismo médico. Esto se revierte en los cuadros 3 y 4. El familiar muestra una constante de 10 a 20 sujetos predispuestos ante los reactivos antes mencionados.

AREA MEDICO-PACIENTE

Los reactivos Médico-Paciente con mayor contraste entre los grupos objetivo fueron: "El médico debería platicar con el paciente de lepra sobre su enfermedad" (reactivo 2), El médico debe ocultar al familiar el tipo de enfermedad que es (reactivo 7), "El médico debe decir el nombre de la enfermedad" (reactivo 12), y "el médico debería evitar hablar con el paciente sobre su enfermedad" (reactivo 27).

El cuadro 5 muestra cómo el paciente (10 casos) tiene total predisposición a hablar sobre su enfermedad. Los familiares por su parte muestran estar parcial (13 casos) y totalmente predispuestos al tema (3 casos). Unicamente 4 médicos muestran esta predisposición.

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	27	6	19
CASI SIEMPRE	2	5	13	6
EN OCASIONES	3	4	5	4
CASI NUNCA	4		13	1
NUNCA	5	4	3	10
	TOTAL	40	40	40

cuadro 5

El cuadro 6 muestra una postura casi igual de pacientes que están de acuerdo en ocultar al familiar la enfermedad (21 casos) que de aquellos en que no están de acuerdo en que se oculte el padecimiento (19 casos). En el familiar se dispersa más el resultado, habiendo mayor tendencia a que no se le oculte la enfermedad al familiar (23 casos) que a ocultarla (16 casos); 31 médicos estarían en desacuerdo en ocultar información, mientras que 4 se muestran a favor.

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	18	12	15
CASI SIEMPRE	2	13	11	4
EN OCASIONES	3	5	1	
CASI NUNCA	4	1	6	3
NUNCA	5	3	10	18
TOTAL		40	40	40

cuadro 6

En el reactivo 12 "el médico que atiende a los pacientes de lepra debe decir el nombre de la enfermedad", se traduce en el cuadro 7 con una alta-media predisposición del paciente a hablar del nombre (23+4 casos), en el familiar se reduce a 13+4 casos de alta-media predisposición y en el médico es de 6+5 casos respectivamente; 9 médicos no saben qué actitud tomar hacia el nombre de lepra. (Cuadro 7).

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	14	12	10
CASI SIEMPRE	2	6	11	3
EN OCASIONES	3	9		
CASI NUNCA	4	6	4	4
NUNCA	5	5	13	23
TOTAL		40	40	40

cuadro 7

El cuadro 8, que corresponde al reactivo 27 muestra en el médico dos vertientes, o se está totalmente de acuerdo en hablar con el paciente de la enfermedad (27), o no toma una decisión al respecto (13). El familiar muestra una actitud más negativa que el paciente hacia el tema (14 vs 8 casos)

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	27	12	11
CASI SIEMPRE	2		6	8
EN OCASIONES	3	13		3
CASI NUNCA	4		8	10
NUNCA	5		14	8
TOTAL		40	40	40

cuadro 8

MITOS

Los reactivos de mitos "decir lepra es decir cualquier enfermedad", "la lepra no tiene nada que ver con tu vida sexual", "la lepra es castigo divino", "la lepra tiene que ver con brujería o maldición" con los números: 3,8,14 y 33 respectivamente; son relevantes por su distribución.

El cuadro 9, que corresponde al reactivo 3, revela el prejuicio que hay en sí hacia el nombre de lepra, la mitad de los pacientes entrevistados, 20 muestran un total rechazo al mismo, más los 8 pacientes que están parcialmente de acuerdo. La actitud del familiar hacia el nombre es similar en cuanto a tendencia aunque no en grado (24 familiares) y en el médico también existe prejuicio hacia el nombre en 3 casos.

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	14	2	8
CASI SIEMPRE	2	19	11	2
EN OCASIONES	3	4	3	2
CASI NUNCA	4	1	12	8
NUNCA	5	2	12	20
TOTAL		40	40	40

cuadro 9

El cuadro 10, que corresponde al reactivo 8, muestra el alto prejuicio existente entre la lepra y lo sexual. Tal es el caso de 18 médicos que asocian en algún grado la lepra a la actividad sexual, 31 familiares y 14 pacientes. Observese que entre los familiares aparecen 22 casos en total desacuerdo.

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	8	1	16
CASI SIEMPRE	2	8	4	8
EN OCASIONES	3	6	4	2
CASI NUNCA	4	9	9	7
NUNCA	5	9	22	7
TOTAL		40	40	40

cuadro 10

El cuadro 11, que corresponde al reactivo 14, indica como aún existe un importante factor religioso relacionado con esta enfermedad. El mayor prejuicio se encuentra en el grupo familiar (19 casos), seguido por los pacientes (11 casos) y los médicos (9 casos).

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	12	12	20
CASI SIEMPRE	2	7	3	9
EN OCASIONES	3	12	6	
CASI NUNCA	4	6	3	6
NUNCA	5	3	16	5
TOTAL		40	40	40

cuadro 11

El reactivo 33, que se representa en el cuadro 12, destaca la tendencia de los familiares en relacionar a la lepra con brujería o maldición (21 casos) y en segundo término con el paciente (13 casos), idea que aparentemente está desterrada en el médico. (Ningún caso)

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	27	11	21
CASI SIEMPRE	2	13	8	4
EN OCASIONES	3			2
CASI NUNCA	4		9	4
NUNCA	5		12	9
TOTAL		40	40	40

cuadro 12

FAMILIA

Los reactivos bajo este rubro que se consideraron significativos fueron: "Los familiares deberían aislar a los pacientes con lepra" (4), "Los parientes son desinteresados hacia el paciente con lepra"(19), "El paciente puede tener una familia con lepra"(34).

El reactivo 4, representado con el cuadro 13, nos muestra la tendencia negativa del paciente (22 casos en máximo grado) a ser segregado por su grupo familiar en casi una tercera parte de los entrevistados (28 casos). El grupo familiar muestra también la preferencia a aislar al paciente de lepra, en casi la mitad de los entrevistados (12 casos en máxima intensidad y 10 parcialmente de acuerdo). Por el contrario, el médico se muestra totalmente en contra de este aislamiento en 24 casos.

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	24	1	6
CASI SIEMPRE	2	9	10	4
EN OCASIONES	3	5	7	2
CASI NUNCA	4		10	6
NUNCA	5	2	12	22
TOTAL		40	40	40

cuadro 13

El reactivo 19, representado por el cuadro 14, muestra al médico con una percepción negativa hacia la relación familiar-paciente, la cual es menos percibida por el paciente (8 casos) y por el familiar (5 casos)

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1		17	14
CASI SIEMPRE	2		6	11
EN OCASIONES	3	3	11	6
CASI NUNCA	4	21	1	1
NUNCA	5	16	5	8
TOTAL		40	40	40

cuadro 14

El reactivo 34 indica la predisposición del grupo familiar a sufrir la misma enfermedad (28 casos) y después la del paciente a que esto suceda (18 casos), contrastando con la percepción contraria del médico (30 casos) (Cuadro 15).

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	19	8	16
CASI SIEMPRE	2	11	4	4
EN OCASIONES	3	9		2
CASI NUNCA	4		11	3
NUNCA	5	1	17	15
TOTAL		40	40	40

cuadro 15

AREA DE TRABAJO

Los reactivos más significativos del área de trabajo fueron: "Un paciente con tratamiento debe protegerse para no contagiar en su trabajo", "El trabajo de un paciente con lepra deja de ser bueno cuando sabe de su enfermedad", "Mi actitud hacia el enfermo de lepra que no trabaja es..." con los reactivos 5, 20 y 35 respectivamente. Nuevamente en el reactivo 5 se muestra la predisposición hacia el contagio que presenta el grupo familiar (31 casos) inclusive en el trabajo, por lo que probablemente lo exime de tal. El paciente muestra una actitud negativa en 13 de los casos entrevistados y parcialmente negativa en 2. El médico, únicamente en 5 casos asevera la protección del paciente en el área de trabajo. (Cuadro 16).

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	27	4	22
CASI SIEMPRE	2	5	3	3
EN OCASIONES	3	3	2	
CASI NUNCA	4		17	2
NUNCA	5	5	14	13
	TOTAL	40	40	40

cuadro 16

El reactivo 20 muestra cómo se demerita el trabajo del paciente al suponer que sabe de su enfermedad; una vez más, es el grupo familiar en 27 de los casos entrevistados quien muestra una mayor predisposición, seguida por el paciente (27), y en una minoría por el médico. (Cuadro 17).

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	16		7
CASI SIEMPRE	2	2	3	4
EN OCASIONES	3	13	10	2
CASI NUNCA	4	5	4	8
NUNCA	5	4	23	19
TOTAL		40	40	40

cuadro 17

El cuadro 18 muestra la actitud hacia el paciente de lepra que trabaja. Se hace notable la predisposición del familiar en este reactivo (22 casos), siendo menor el número de casos en el paciente (16 casos) lo que se contrapone a la actitud positiva del médico (29 casos)

CRITERIOS		MEDICOS	FAMILIAR	PACIENTE
SIEMPRE	1	29	9	8
CASI SIEMPRE	2	6	6	9
EN OCASIONES	3	4	3	7
CASI NUNCA	4		16	7
NUNCA	5	1	6	9
TOTAL		40	40	40

cuadro 18

5.4 Conclusiones.

A continuación se presentan, con las reservas necesarias, según las características de la muestra considerada, las conclusiones generales obtenidas a partir de los resultados y del análisis efectuado.

1. Se considera que habrá una actitud favorable hacia el manejo de la lepra entre mayor información exista sobre ésta; por lo que se confirma la relación significativa entre el nivel de información y la actitud favorable hacia la misma. (hipótesis alterna)

2. Como se observó, el grupo médico presenta mayores niveles de información con respecto a la lepra; como era de esperarse son también ellos quienes tienden a presentar menos actitudes negativas hacia la misma.

Esto permite confirmar la suposición inicial, es el sector médico en el que se encuentra menor cantidad de prejuicios e información distorsionada acerca de la lepra, por lo tanto existe una menor influencia social.

3. El grupo menos informado sobre la enfermedad es el de pacientes; como grupo minoritario, la realidad bajo la cual se vive la enfermedad podría ser de negación hacia la misma.

4. Los reactivos de Higiene y Cuidados muestran el menor grado de diferencias entre los tres grupos investigados, pudiendo

deberse a que ninguno de los grupos se encuentra debidamente informado, lo que llama la atención en el grupo de médicos.

5. Como lo demuestra el análisis de varianza de Kruskal Wallis, la actitud general del grupo familiar es la más negativa de los tres grupos estudiados, no obstante que maneja mayor grado de información que el grupo comprendido por pacientes.

Esto puede explicarse como consecuencia de la doble esfera social en la que se encuentra el familiar, -grupo familiar y grupo social- compartiendo la realidad de la enfermedad con el grupo minoritario (el familiar) y teniendo que convivir con su grupo mayoritario (el social), sufriendo las consecuencias del rechazo, habiendo relación de un sentimiento ambivalente hacia quien padece esta enfermedad como consecuencia de un referente social específico en donde se maneja un tipo de información que necesariamente tendría que afectar la interpretación que le dé a esta enfermedad.

El análisis efectuado permite concluir que el componente cognoscitivo del grupo familiar, se ve distorsionado por el proceso de aprendizaje social, ocasionando actitudes negativas.

6. Los reactivos de actitud, con puntajes más elevados en el grupo familiar son los del área de mitos y trabajo, pudiendo predisponer al grupo de pacientes hacia la interacción social,

existiendo una tendencia de evitación de la misma, que repercute a su vez en la rehabilitación de su familiar.

7. El puntaje más elevado en el paciente se obtuvo en el aspecto social, pudiendo obedecer a la corriente actitudinal de la comunidad y que responde ante lo que el paciente ha aprendido de su propio medio.

Esto incluye la interacción existente con médico y al sector Salud, ya que estos pertenecen a su núcleo del cual siente segregación.

8. El grupo médico presenta el puntaje más elevado de actitud negativa en el grupo de reactivos de familia, lo que podría explicar su falta de comunicación con el pariente del enfermo, al no percibirlo como parte integral de esta enfermedad.

9. En la distribución de respuestas entre los tres grupos, se percibe de manera más clara la dinámica que opera en esta tríada.

Se puede observar en lo social, que el paciente reciente las creencias de contagio popular y niega el rechazo hacia el enfermo de lepra.

10. El 65% de los pacientes encuestados arrojan en sus resultados una tendencia a ocultar al familiar el padecimiento, lo cual ocasiona confusión en el médico y el pariente, pero que a su vez es perfectamente explicable si se comprende a este individuo como parte de la interacción de un

medio social dentro del cual existe un conocimiento previo de esta enfermedad, no pudiendo desligarlo del proceso personal por el cual seguramente atraviesa.

11. Llama la atención que la lepra sigue siendo asociada con preceptos religiosos, aún en el grupo médico, necesariamente adquirirá una carga afectiva con este objeto en cuestión.

12. Tres cuartas partes de los familiares asumen que la lepra tiene relación con la actividad sexual, pudiendo influir aún más em una actitud negativa hacia el pariente.

13. Más de la mitad de los pacientes están dispuestos a ser aislados por su grupo familiar, lo cual puede estar sucediendo a pesar de vivir con ellos.

14. La actitud del familiar hacia el trabajo del paciente, contrasta con la que presenta el médico, el cual se muestra favorable hacia el mismo

15. Al asignar el familiar una connotación tan mitificada hacia la lepra, podría ser él quien primero rechaza al paciente leproso, excluyéndolo y relagándolo de toda actividad familiar, social y laboral. Retomando los supuestos teóricos mencionados en el capítulo II, referentes a actitud, la organización dominante del contexto en el que se desenvuelven tanto familiares como pacientes, es incorporada a su

personalidad, tal es el caso que el mismo paciente cree que debería ser abandonado por los familiares en la medida en la que la norma subjetiva obedece a una serie de conductas en cuestión, tales como el rechazo y el abandono entre otras.

La creencia conductual y la normativa no concuerdan en el familiar -la acción realizada y lo que espera su medio social que debería hacer-, ya que en ningún caso entrevistado se encontró al familiar abandonado.

Por su parte, la representación cognoscitiva que existe en el médico con respecto al familiar y sus sentimientos es prácticamente nula, pudiendo influenciar el afecto y actitud tanto hacia el paciente como hacia el familiar.

VI. Recomendaciones

A continuación se exponen algunas propuestas que podrían servir para cambiar la actitud general existente hacia la lepra:

1. Se plantea la necesidad de implementar un programa de difusión permanente sobre la lepra incorporado en el plan de estudios de educación básica en las áreas rurales de nuestro país, por ser las zonas de mayor índice de enfermos de lepra.
2. No obstante que el grupo más informado con respecto a la lepra es el de médicos, se requiere de reforzar sus conocimientos con respecto a cuidados e higiene de la lepra, así como el contagio y transmisión de la misma dado el alto puntaje en el aspecto de mitos en el área sexual.
3. Debido a que el control de la lepra se lleva a cabo únicamente a través del programa de la Secretaría de Salud, se considera necesario repartir a cada uno de los enfermos de lepra folletos informativos sobre contagio, importancia del control de la enfermedad y consecuencias del cuidado e higiene de la misma.
Debido a que se encontró un alto índice de analfabetismo dentro del grupo de enfermos, se considera necesario informar a través de rotafolios ilustrativos con promotores rurales.
4. Para aquellos familiares de pacientes adultos, en los que no tiene cabida el programa informativo a nivel básico de

educación se recomienda implementar acciones de sensibilización -cursos, talleres, psicodramas, sociodramas y pláticas que contemple a los familiares y a los pacientes, a través de promotores comunitarios involucrando una participación activa de médicos o personal de salud, o bien, implementar dentro del programa a psicólogos del área social.

5. Se sugiere formar grupos en las comunidades donde se encuentran tanto familiares como pacientes para realizar actividades recreativas que fomenten la convivencia entre ellos, con el objetivo de aminorar el rechazo o aislamiento por parte de los mismos familiares.

6. Promover la rehabilitación del paciente de lepra con la finalidad de que se incorpore a alguna actividad productiva y de trabajo, dentro de sus limitaciones propias, si es que hubiera secuelas irreversibles de la enfermedad.

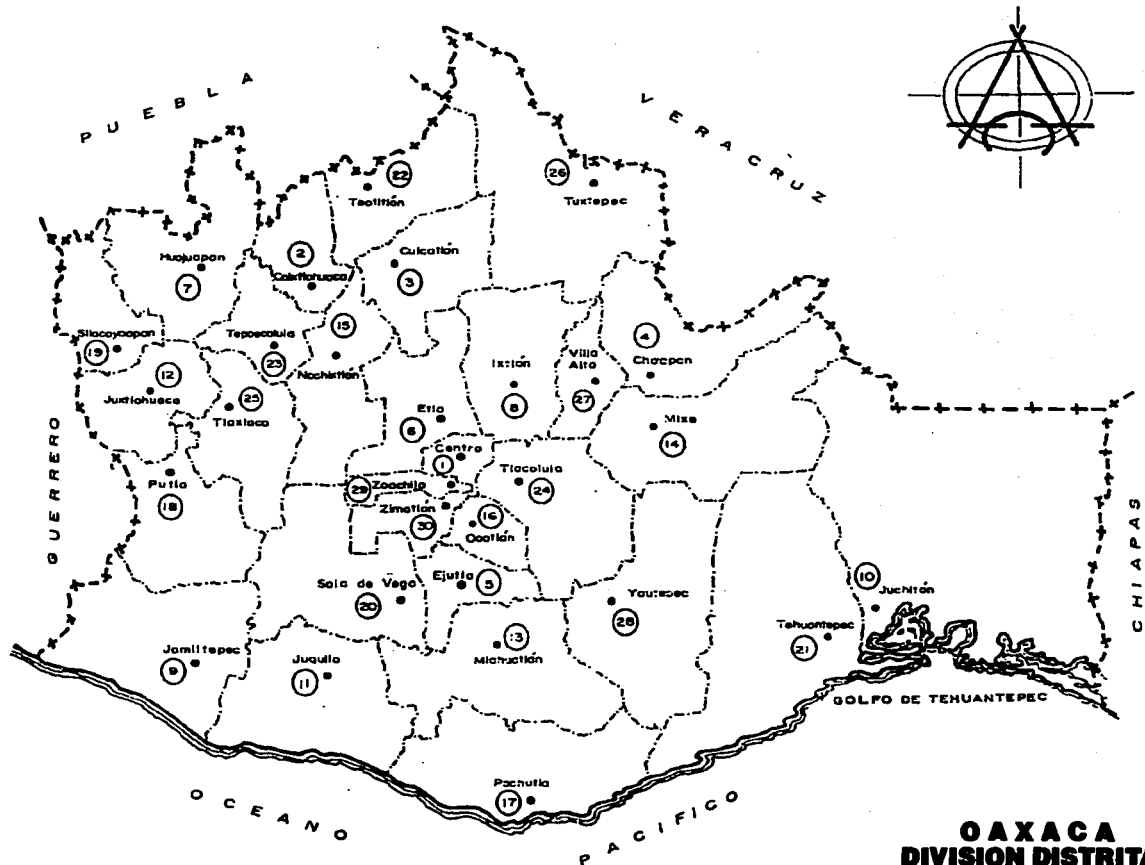
7. Para un mayor alcance de un estudio similar, se recomienda elaborar validación por análisis factorial; debido a las características del mismo, no se aplicó.

8. Se recomienda ampliar en reactivos de información aquellos que abarcan higiene y cuidados, ya que en el estudio no fueron significativos.

9. También se recomienda hacer una investigación más profunda sobre el rubro de mitos, ya que es relevante en el manejo de la lepra.

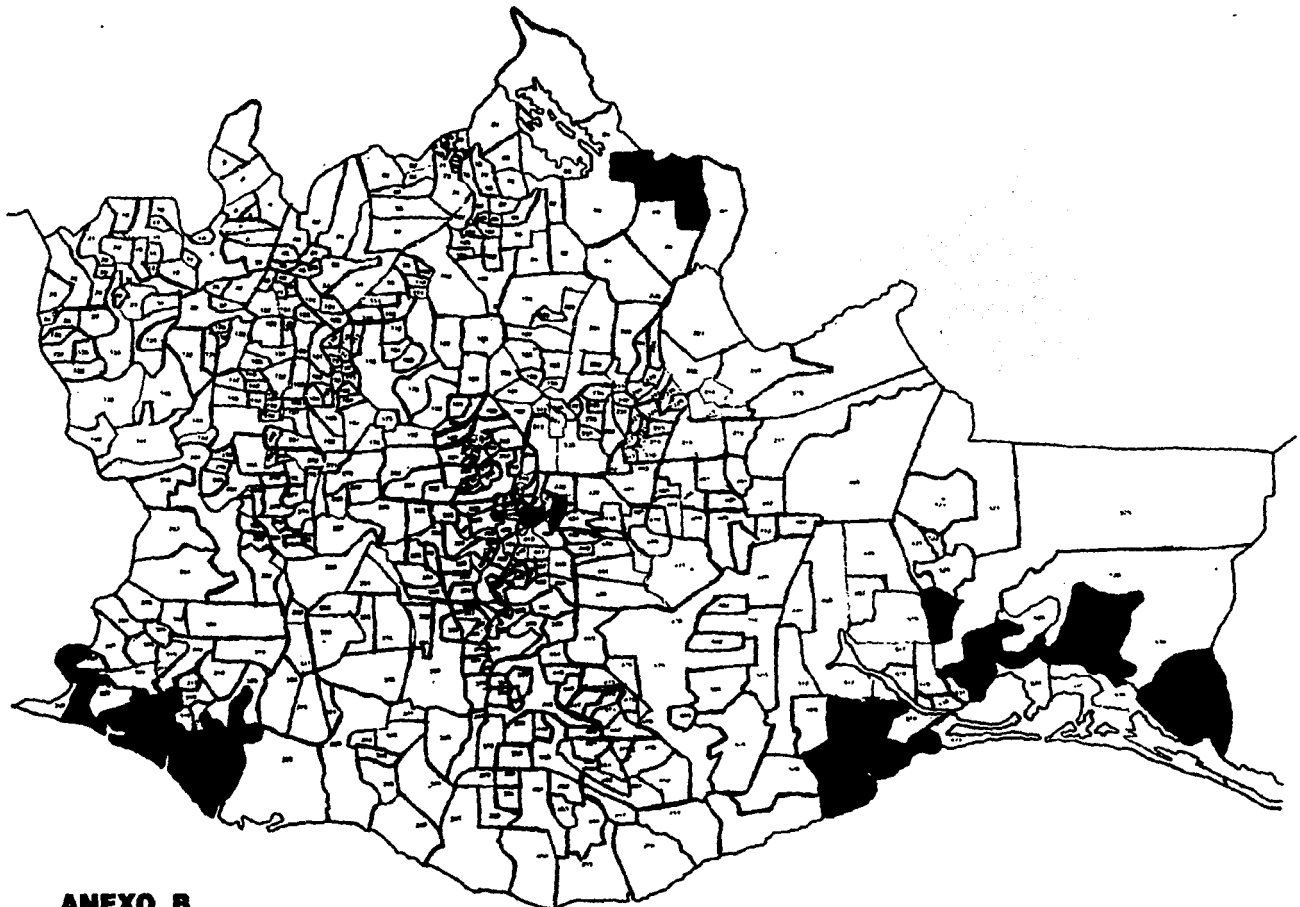
TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION



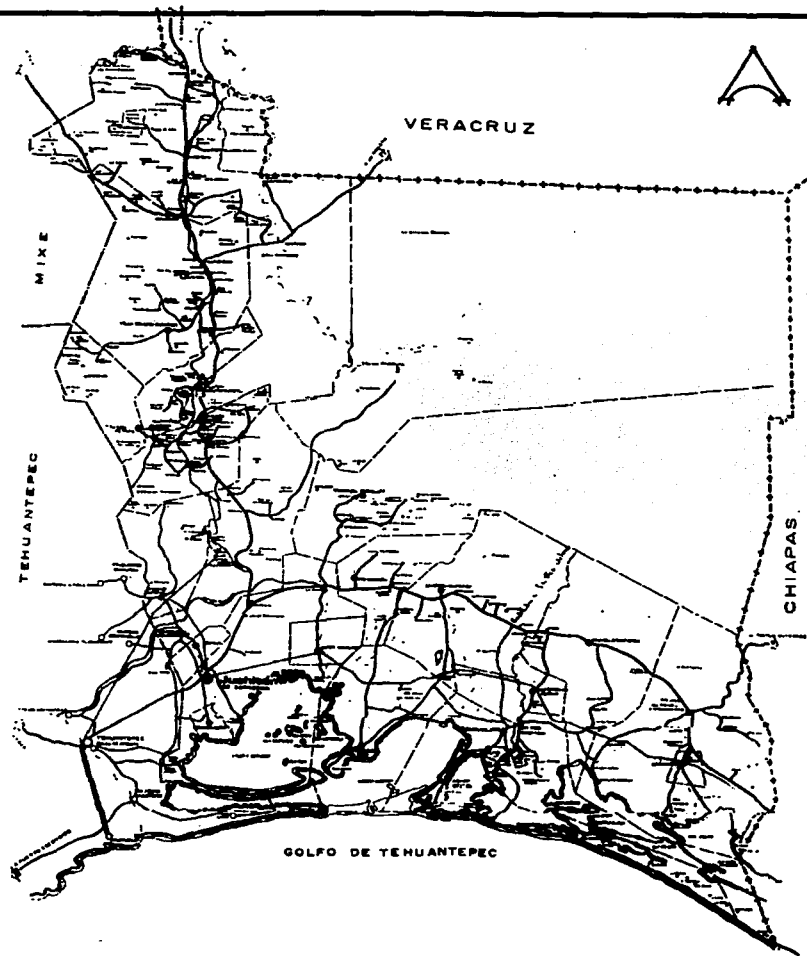
ANEXO A

**OAXACA
DIVISION DISTITAL**

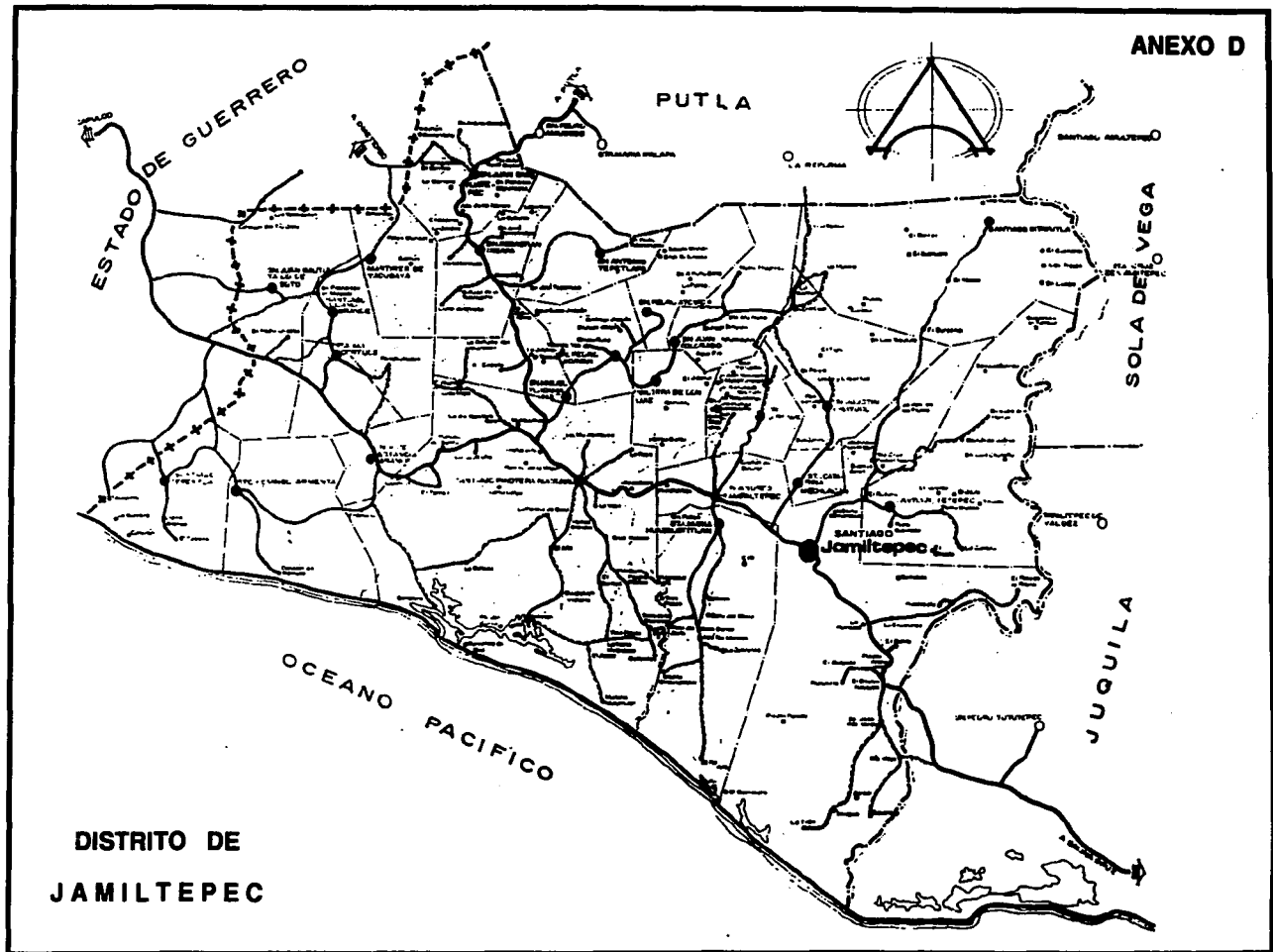


ANEXO B

ANEXO C



**DISTRITO DE
JUCHITAN**



ESTADO DE GUERRERO

PUTLA

SOLA DEL VEGA

JUQUILA

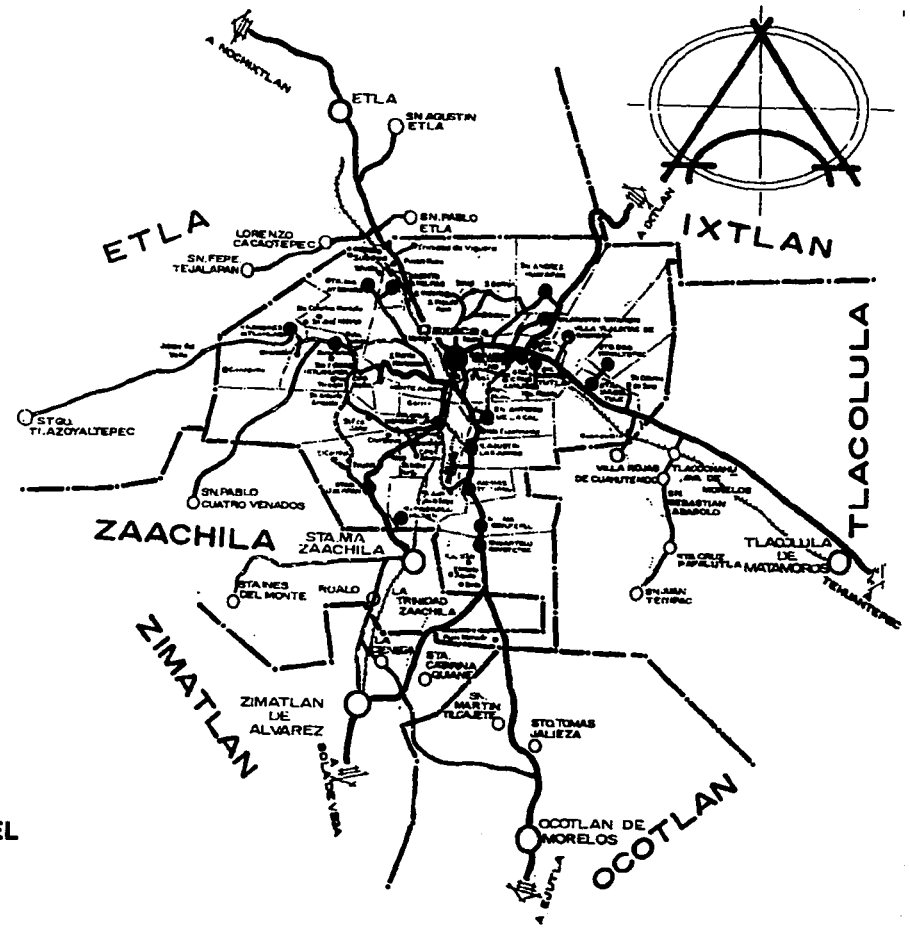
OCEANO PACIFICO

DISTRITO DE
JAMILTEPEC



O. A. PUTLA

SANTIAGO
Jamiltepec



DISTRITO DEL
CENTRO

ANEXO #1

CUESTIONARIO DE ACTITUD

El presente cuestionario se aplica con el objeto de indagar sobre la lepra. La finalidad obedece a una investigación que se esta realizando de manera personal sobre este tema.

Sus respuestas serán confidenciales, tabuladas y mantenidas en el anonimato.

Favor de contestar a las preguntas de manera sincera y de acuerdo a su creencia, seleccionando solo una de las opciones que se presentan abajo de cada reactivo.

Si existe duda o no entiende alguna pregunta por favor pida que se le explique claramente.

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

En caso de ser paciente especifique: ¿Que enfermedad padece?

1. El paciente de lepra provoca asco

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

2. Los parientes piensan que se pueden contagiar del familiar de lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

3. Una persona con lepra deberia trabajar normalmente

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

4. El paciente de lepra sigue teniendo las mismas amistades que antes de saber de su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

5. El enfermo de lepra puede contraer matrimonio

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

6. El médico que atiende a los pacientes de lepra muestra desagrado hacia el enfermo

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

7. El paciente de lepra es una persona tranquila

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

8. Los parientes sienten vergüenza de tener un familiar con lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

9. El paciente de lepra, en el trabajo, se debe comportar de igual manera que los demás compañeros

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

10. Al enterarse la comunidad que hay un enfermo de lepra creen que deben seguir llevando una relación con la familia

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

11. Al enterarse la comunidad que hay un enfermo de lepra lo aíslan

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

12. El enfermo de lepra debería mantenerse soltero

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

13. El paciente de lepra cree que debería visitar al médico seguido

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

14. Al paciente de lepra no le preocupa contagiar a los demás

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

15. Los parientes sienten vergüenza de tener un familiar con lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

16. Una persona con lepra no debería trabajar normalmente

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

17. El pueblo debería invitar a los enfermos de lepra a sus convivencias, como cualquier otro

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

18. El enfermo de lepra cree que puede tener una familia sana

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

19. El médico que atiende a los pacientes de lepra se muestra indiferente a la enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

20. El médico debe ocultar al familiar el tip de enfermedad que es

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

21. El paciente de lepra es muy nervioso

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

22. Los parientes no deberían alejarse de su pariente al enterarse que tiene lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

23. Los parientes de un paciente con lepra se preocupan de lo que piensen los demás de la enfermedad que padece

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

24. Una persona con lepra fácilmente puede contagiar a sus compañeros de trabajo con su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

25. Al enterarse la comunidad que hay un enfermo de lepra no deberían aislarlo

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

26. La relación de pareja con uno de ellos con lepra debería ser como cualquier otra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

27. El médico platica con el paciente de lepra sobre su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

28. El paciente de lepra cree que las personas lo aceptan
SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA
29. Los parientes de un leproso no deberían aislarlo de la comunidad
SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA
30. Una persona con lepra no podría contagiar a sus compañeros de su enfermedad
SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA
31. La gente debería ser amable con el paciente de lepra
SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA
32. El enfermo de lepra no debería llevar vida sexual
SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA
33. El médico que atiende a los pacientes de lepra debería decirles su padecimiento
SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA
34. El médico no debería hablar mucho sobre la enfermedad con los familiares
SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA
35. La primera preocupación del enfermo de lepra es el rechazo de los familiares y amigos
SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA
36. Los parientes del enfermo de lepra no sienten vergüenza de que haya un familiar con lepra
SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA
37. Un paciente tratado con medicamento no debe avisar en su trabajo el tipo de enfermedad que tiene
SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA
38. Al enterarse la comunidad que hay un enfermo de lepra ya no creen que deberían hablarle a la familia
SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

39. El médico debería explicar al paciente y a los familiares sobre la enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

40. La pareja del leproso podría comer con los mismos utensilios de cocina

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

41. El médico que atiende al paciente no toma en cuenta al familiar

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

42. El paciente con lepra no debería aislarse

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

43. Los parientes piensan que no se pueden contagiar del enfermo de lepra.

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

44. Un paciente con tratamiento debe cuidar de contagiara sus compañeros

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

45. El paciente con lepra ya no frecuenta a sus amistades como antes de saber sobre su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

46. El paciente de lepra debería dormir con su pareja

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

47. El paciente de lepra debería visitar al médico una vez al mes

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

48. La gente cree que es difícil contagiarse del paciente de lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

49. El paciente de lepra cambia su manera de ser al saber de su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

50. Los parientes deberían alejarse al enterarse que hay un familiar con lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

51. Las actividades laborales de un paciente de lepra empeoran al enterarse de su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

52. La gente debería rechazar al paciente de lepra, por miedo a ser contagiado

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

53. El médico muestra falta de interés hacia los pacientes de lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

54. El enfermo de lepra no podría tener una familia sana

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

55. El paciente de lepra se deprime (pone triste) fácilmente

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

56. Al paciente de lepra le preocupa contagiar a los demás

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

57. Entre la familia no deberían mantener el secreto de la enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

58. El médico debería explicar al familiar sobre la enfermedad del paciente

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

59. El paciente de lepra no cambia su manera de ser al saber de su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

60. Los parientes de un leproso no se preocupan de lo que piensen los demás acerca de su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

61. Al enterarse la comunidad de que hay alguien con lepra no lo agreden

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

62. El paciente con lepra no debería comer con los mismos utensilios de la pareja

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

63. El paciente de lepra es una persona agradable

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

64. Los familiares cambian en su forma de ser si saben que el pariente tiene lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

65. El paciente de lepra no siente miedo hacia su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

66. Un paciente de lepra debería tomar sus precauciones para evitar contagiarse a sus compañeros de trabajo

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

67. El pueblo debería invitar a las fiestas hasta a los que padecen lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

68. La relación de pareja con un paciente con lepra no es como cualquier otra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

69. El trabajo de un paciente deja de ser bueno al saber de su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

70. La pareja de un paciente con lepra no cree que ocultar la enfermedad a los hijos

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

71. El paciente de lepra siente temor a su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

72. Los familiares deberían aislar al familiar con lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

73. La gente debería ser rechazante con el paciente de lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

74. La lepra da por llevar una vida sexual sucia

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

75. El paciente de lepra cree que las personas desean que se aisle

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

76. El paciente con lepra cambia su manera de ser al saber de su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

77. En el trabajo el enfermo de lepra debería hablar abiertamente de su enfermedad con sus compañeros

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

78. El paciente de lepra no debería dormir con su esposa

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

79. La gente debería ser amable con el paciente de lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

80. El nombre de lepra da asco

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

81. Al enterarse el pueblo que hay un enfermo de lepra lo rechazan y lo agreden

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

82. El paciente debe avisar en el trabajo el tipo de enfermedad que padece

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

83. En el trabajo, el enfermo de lepra debería avisar a sus compañeros de su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

84. Los compañeros de trabajo deberían comportarse con un enfermo de lepra de la misma manera que con los demás compañeros

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

85. Al paciente de lepra no le preocupa ser rechazado por familiares o amigos

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

86. El pueblo acepta a la familia del paciente aunque no al leproso

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

87. La gente cree que puede contagiarse fácilmente de quien padece lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

88. Al pariente y al enfermo de lepra les da pena hablar con el médico de la enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

89. El trabajo del paciente es tan bueno como antes de saber su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

90. Un paciente de lepra puede trabajara sin preocuparse de contagiar

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

91. Al paciente de lepra no le preocupa ser rechazado por familiares o amigos.

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

92. La lepra tiene que ver con el mal de ojo

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

93. Los parientes deberían convivir normalmente con el familiar de lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

94. La lepra no tiene que ver con brujería o mal de ojo

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

95. Entre familia se debe mantener el secreto de la enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

96. Al pariente y al enfermo de lepra les da pena hablar con el médico de la enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

97. Los parientes rechazan al familiar con lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

98. Al enfermo de lepra no les da pena hablar con el médico de la enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE INFORMACION

El presente cuestionario se aplica con el objeto de indagar sobre la lepra. La finalidad obedece a una investigación que se esta realizando de manera personal sobre este tema.

Sus respuestas serán confidenciales, tabuladas y mantenidas en el anonimato.

Favor de contestar a las preguntas de manera sincera y de acuerdo a su creencia, seleccionando solo una de las opciones que se presentan abajo de cada reactivo.

Si existe duda o no entiende alguna pregunta por favor pida que se le explique claramente.

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

En caso de ser paciente especifique: ¿Que enfermedad padece?

De las siguientes preguntas tache de acuerdo a sus conocimientos "SI", "NO", "NO SE", Segun sea el caso.

1. La lepra cesará se se lava constantemente una persona contagiada

SI NO NO SE

2. Hay que hacer la prueba de la lepra a toda la familia, en caso de que haya un enfermo

SI NO NO SE

3. La lepra puede contagiarse por la saliva

SI NO NO SE

4. La lepra es una enfermedad altamente contagiosa

SI NO NO SE

5. Lepra o enfermedad de Hansen son los mismo
SI NO NO SE
6. La lepra la transmite un virus
SI NO NO SE
7. La lepra inicia con manchas blancas o violáceas
SI NO NO SE
8. La lepra ataca huesos
SI NO NO SE
9. Al tomar el medicamento cesa el contagio
SI NO NO SE
10. La lepra es incurable
SI NO NO SE
11. La lepra se contagia más fácil si todos duermen en un cuarto
SI NO NO SE
12. Sin tratamiento, es preferible que el enfermo duerma en cama separada
SI NO NO SE
13. Es bueno el sol para el paciente de lepra
SI NO NO SE
14. La lepra pueden heredarla algunos hijos
SI NO NO SE
15. La lepra puede contagiarse por el sexo
SI NO NO SE
16. Lepra y Lazarina son lo mismo
SI NO NO SE
17. La lepra tipo "lepromatosa" es más contagiosa
SI NO NO SE

18. La indeterminada y dimorfa son mismos tipos de lepra

SI NO NO SE

19. Se pierde sensibilidad en la piel cuando empieza la lepra

SI NO NO SE

20. Las manchas de lepra se quitan con medicina

SI NO NO SE

21. El medicamento se toma toda la vida

SI NO NO SE

22. Deben separarse los trastes del enfermo

SI NO NO SE

23. No pasa nada aunque el enfermo no tome tratamiento y duerme con familiares

SI NO NO SE

24. Es bueno lavar las úlceras con agua tibia y jabón

SI NO NO SE

25. Hay que vitaminar al paciente con hierro

SI NO NO SE

26. Es de las enfermedades menos contagiosas (la lepra)

SI NO NO SE

27. Puede contagiarse por tocar las heridas

SI NO NO SE

28. (la lepra) Se transmite por un bacilo

SI NO NO SE

29. La lepra ataca los nervios de la piel

SI NO NO SE

30. El medicamento ayuda a la salida de vello nuevamente

SI NO NO SE

31. El medicamento devuelve sensibilidad en piel
SI NO NO SE
32. La piel del enfermo necesita mucha crema y lubricación
SI NO NO SE
33. Se recomienda que el paciente de lepra trabaje
SI NO NO SE
34. El medicamento se empieza a tomar hasta que hay deformaciones en piel
SI NO NO SE
35. La pareja de un enfermo es muy probable que tenga la enfermedad
SI NO NO SE
36. Hay tipos de lepra que no se contagian tanto
SI NO NO SE
37. La lepra se transmite lentamente
SI NO NO SE
38. Con medicamento ya no avanzará más la enfermedad
SI NO NO SE
39. El medicamento se toma un tiempo determinado
SI NO NO SE
40. La piel de un enfermo debe limpiarse varias veces al día
SI NO NO SE
41. Se recomiendan ejercicios en caso de que haya atrofia
SI NO NO SE
42. Si hay un familiar con lepra, existe alta probabilidad de contraer la enfermedad
SI NO NO SE

43. Aunque se tome el tratamiento, el paciente sigue contagiando

SI NO NO SE

44. Al abandonar el tratamiento el el primer año vuelve la enfermedad

SI NO NO SE

45. La falta de higiene y la mala alimentación aumentan la probabilidad de contagiarse de lepra

SI NO NO SE

46. Con un familiara con lepra, existe una baja probabilidad de contraer la enfermedad

SI NO NO SE

47. Hay contagio por chinche o piojo

SI NO NO SE

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE ACTITUD

El presente cuestionario se aplica con el objeto de indagar sobre la lepra. La finalidad obedece a una investigación que se esta realizando de manera personal sobre este tema.

Sus respuestas serán confidenciales, tabuladas y mantenidas en el anonimato.

Favor de contestar a las preguntas de manera sincera y de acuerdo a su creencia, seleccionando solo una de las opciones que se presentan abajo de cada reactivo.

Si existe duda o no entiende alguna pregunta por favor pida que se le explique claramente.

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

En caso de ser paciente especifique: ¿Que enfermedad padece?

1. Al enterarse el pueblo que hay un enfermo de lepra lo aislan

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

2. El médico debería platicar con el paciente de lepra sobre su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

3. Lepra es como decir cualquier otra enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

4. Los parientes deberían aislar al familiar con lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

5. Un paciente con tratamiento debe tomar precauciones para no contagiar de lepra en el trabajo

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

6. El pueblo rechaza a la familia del paciente y también al leproso

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

7. El médico debe ocultar al familiar el tipo de enfermedad que tiene el pariente

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

8. La lepra no tiene nada que ver con tu sexualidad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

9. Los parientes se alejan entre sí cuando hay un familiar con lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

10. El paciente tratado no debe avisar en su trabajo qué tipo de enfermedad tiene

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

11. Mi actitud hacia el enfermo de lepra que trabaja es:

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

12. El médico que atiende a los pacientes de lepra debe decir el nombre de la enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

13. La gente cree que puede contagiar fácilmente de quien padece lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

14. La lepra es castigo divino

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

15. El paciente puede tener una familia sana

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

16. La gente debería rechazar al paciente de lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

17. El médico que atiende al paciente de lepra no toma en cuenta al familiar para explicarle la enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

18. La lepra da de repente

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

19. Los familiares se sienten desinteresados hacia el pariente con lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

20. El trabajo de un paciente deja ser bueno al saber que tiene lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

21. El paciente debe avisar en su trabajo el tipo de enfermedad que tiene

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

22. El pueblo acepta a la familia del paciente aunque no al leproso

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

23. El médico debe decir al familiar el tipo de enfermedad que es

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

24. La lepra da por llevar una vida sexual sucia

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

25. Los parientes se unen más entre ellos al haber un familiar con lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

26. El pueblo también debe invitar a sus fiestas a los enfermos de lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

27. El médico debería evitar hablar con el paciente sobre su enfermedad

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

28. El nombre de lepra en sí da asco

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

29. Los parientes deberían convivir normalmente con el familiar de lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

30. Un paciente de lepra puede trabajar sin preocuparse de contagiar

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

31. La gente cree que es muy difícil contagiarse de lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

32. El médico debe decir por otro nombre a la lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

33. La lepra tiene que ver con brujería o maldición

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

34. La familia cree que estará igual que el familiar

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

35. Mi actitud hacia el enfermo de lepra que no trabaja es:

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

36. La gente debería ser amable con el paciente de lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

37. El médico debería explicar al familiar la enfermedad del pariente

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

38. La lepra viene por golpe, quemadura o accidente

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

39. Los familiares sienten vergüenza de tener un familiar con lepra

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

40.El paciente trabaja igual de bien que antes de su enfermedad.

SIEMPRE CASI SIEMPRE EN OCASIONES CASI NUNCA NUNCA

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE INFORMACION

El presente cuestionario se aplica con el objeto de indagar sobre la lepra. La finalidad obedece a una investigación que se está realizando de manera personal sobre este tema.

Sus respuestas serán confidenciales, tabuladas y mantenidas en el anonimato.

Favor de contestar a las preguntas de manera sincera y de acuerdo a su creencia, seleccionando solo una de las opciones que se presentan abajo de cada reactivo.

Si existe duda o no entiende alguna pregunta por favor pida que se le explique claramente.

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

En caso de ser paciente especifique: ¿Que enfermedad padece?

1. Con un enfermo de lepra, conviene hacer estudio en toda la familia

SI NO NO SE

2. La lepra puede contagiarse por saliva

SI NO NO SE

3. La lepra es lo mismo que Hansen

SI NO NO SE

4. La lepra inicia con manchas blancas o violáceas

SI NO NO SE

5. Es más contagiosa si muchos viven en un cuarto

SI NO NO SE

6. Un paciente sin tratamiento debería dormir aislado

SI NO NO SE

7. Hay que tener cuidados para no contagiar a los hijos

SI NO NO SE

8. Si estás contagiado perderás sensibilidad en la piel

SI NO NO SE

9. El medicamento debe tomarse "de por vida"

SI NO NO SE

10. La gente llega a morir por lepra

SI NO NO SE

11. Es preferible que la pareja se "desaparte" del paciente por higiene

SI NO NO SE

12. La lepra es menos contagiosa que otras enfermedades

SI NO NO SE

13. Si se siente insensibilidad en la piel probablemente es lepra

SI NO NO SE

14. Con constancia en la toma de medicamento, se recupera sensibilidad en piel

SI NO NO SE

15. La piel de un enfermo de lepra requiere más cuidados

SI NO NO SE

16. Es preferible que el paciente tenga alguna ocupación

SI NO NO SE

17. Hay varios tipos de lepra que atacan de diferente manera

SI NO NO SE

18. La lepra la transmite unicamente el hombre

SI NO NO SE

19. La lepra se contagia lentamente

SI NO NO SE

20. Con medicamento la enfermedad deja de avanzar

SI NO NO SE

21. Quien suspende la toma de medicamento en los primeros 3 meses vuelve a recaer

SI NO NO SE

22. Después de 6 meses de tratamiento, la enfermedad ya no avanza

SI NO NO SE

23. Hay contagio por estornudo

SI NO NO SE

24. Has más probabilidad de contagio por falta de aseo personal

SI NO NO SE

25. Hay más probabilidad de contagio por dormir todos juntos.

SI NO NO SE

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Allport, G.W. (1935) A Handbook of Social Psychology Worcester, Mass: Clark University Press. pp 789-844
2. Arenas, R. (1989) Dermatología México: McGraw-Hill pp 327-335
3. Ausubel, R. (1981) Psicología Educativa México: Trillas pp. 155-265
4. Bellak, L., Edwin, L. (1985) Psicología Proyectiva México: Ed. Paidós pp 205-225
5. Benitez B.M. (1986) Estudio Preliminar sobre las Características de Personalidad en Pacientes Leprosos. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México: México
6. Bradomin, J.M. (1980) Toponimia de Oaxaca -Crítica Etimológica- (2a Ed.) México, D.F.
7. Broota, A., Joan, A. (1991) Self-Concept of Children of Leprosy Patients en Journal of the Indian Academy of Applied Psychology Jan-Jul Vol. 17 (1-2) pp. 35-39

8. Cerecer, C.E. (1985) El Enfermo de Lepra como Problema Social y la Participación del Trabajador Social. Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Nacional Autónoma de México: México

9. Ciba Geigy, S.A. (1988) La Lepra para Médicos y Personal Sanitario (Dra. Pérez M.) Basilea, Suiza: Autor

10. Chatterjee, R.N. et. al. (1989) The Social and Psychological Correlates of Leprosy en Indian Journal of Psychiatry. Oct. Vol. 31 (4) pp. 315-318

11. Degos, R. (1979) Dermatología (2a. ed.) México: La Prensa Médica Mexicana, S.A. pp. 151-153

12. Domonkos, A.N. (1980) Tratado de Dermatología (2a. ed.) México: Salvat Editores pp 434-453

13. Facultad de Psicología. (1989) Técnicas de Evaluación de la Personalidad (J. Benavides, F. Di Castro) México: Autor

14. Flores, R.H. (1966) La Lepra en el Estado de Oaxaca. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México: México

15. Gobierno del Estado de Oaxaca, Secretaría de Gobernación (1987) Los Municipios de Oaxaca México: Enciclopedia de los Municipios de México
16. Harrison, P (1989) Principios de Medicina Interna (11 ed.) México: Interamericana pp 779-783
17. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1990) Resultados Definitivos, Datos por Localidad. Oaxaca XI Censo General de Población y Vivienda. México: INEGI
18. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1992) Anuario Estadístico del Estado de Oaxaca. México: INEGI
19. Insko, Ch.A. y Schopler, J. (1980) Psicología Social Experimental México: Trillas 18-46
20. Latapí, F. (1963) Lepra. Breve Información para el Médico General Dermatología Clínica. México: Unión Gráfica. p.p. 317-340
21. Marketmix (1991) Estudio sobre una Campaña Antilepra. México: Autor
22. Moscovici, S. (1986) Psicología Social II. (1a ed.) Buenos Aires: Paidós p.p. 117-168

23. Murphy, G. (1949) Historical Introduction to Modern Psychology. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich
24. Myers, B.G., Stewart, J.R., Simpson, R.H. (1979) Psicología Educativa. México: Fondo de Cultura Económica
25. Rodríguez A. (1983) Psicología Social. México: Trillas. pp 327-374
26. Saúl, A. (1986) Lecciones de Dermatología (10 ed.) México: Francisco Méndez Cervantes. pp 257-332
27. Secretaría de Salud (1991) Manual de Procedimientos Operativos para el Control de la Lepra. México: Autor
28. Secretaría de Salud (1992) Lepra: Pasado, Presente y Perspectivas para el Futuro Secretaría de Coordinación y Desarrollo. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Dr. Manuel Martínez Báez México, D.F
29. Sociedad Bíblica Católica Internacional-Roma (1989) La Biblia, Nuevo Testamento. España: Ediciones Paulinas pp 26, 156, 157
30. Soria, V.M. (1983) Relaciones Humanas México: Limusa 233-260

31. Thorndike E.L. (1932) The Fundamentals of Learning Nueva York: Columbia University

32. Uzeta, R.E. (1984) La Lepra como Causa de Disfunción Familiar. Licenciatura en Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México: México

33. Vega, F.L., García, M.H. (1976) Bases Esenciales de la Salud Pública (9a ed.) México: La Prensa Médica Mexicana, S.A.

34. Vizcarra, A.J. (1983) Lepra y la Principal Alteración en la Dinámica Familiar. Licenciatura en Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México: México