



Hospital General de Zona No. 1 con Medicina Familiar  
Culliacán, Sinaloa



IMSS

11/22/22



LAS REPERCUSIONES BIOPSIICOSOCIALES Y LABORALES EN LA ENFERMEDAD DE...

TESIS DE RECEPCION PARA OBTENER EL DIPLOMA DE Especialista en Medicina Física y Rehabilitación  
PAULA FLORES FLORES



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

---

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Hospital General de Zona No. 1 con Medicina Familiar  
Culiacán, Sinaloa



LAS REPERCUSIONES BIOPSIOSOCIALES Y LABORALES  
EN LA ENFERMEDAD DE HANSEN.

---

---

T E S I S    R E C E P C I O N A L  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación  
P R E S E N T A  
DRA. PAULA FLORES FLORES  
CULIACAN, SINALOA

---

---

1987

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 1 CON MEDICINA FAMILIAR

REPERCUSIONES BIOPSIICOSOCIALES Y LABORALES EN LA ENFERMEDAD  
HANSEN

T E S I S

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION  
PRESENTA

DRA. PAULA FLORES FLORES

GENERACION

84-87

CULIACAN DE ROSALES, SINALOA, FEBRERO 1987

SESOR DE TESIS

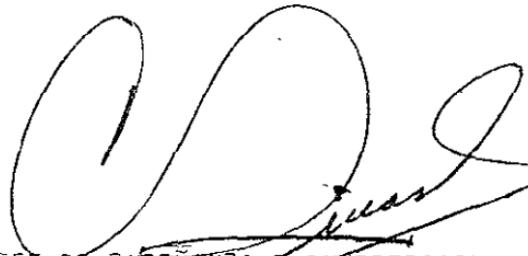
R. RENE DE ALBA REYNOSO

FUROLOGO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 1

ULIACAN, SINALOA



TITULAR DE LA RESIDENCIA DE  
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION  
DR. LUIS F. VALES ANCONA



JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 1  
CULIACAN, SINALOA  
DR. CESAR RIVAS GONZALEZ

# I N D I C E

- 1.- JUSTIFICACION
- 2.- OBJETIVOS
- 3.- PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 4.- MARCO TEORICO
- 5.- MATERIAL Y METODOS
- 6.- CUESTIONARIOS
- 7.- RESULTADOS
- 8.- DISCUSION DE RESULTADOS
- 9.- CONCLUSIONES
10. BIBLIOGRAFIA

A MI MADRE, ESPOSO E HIJO  
MI ETERNO AGRADECIMIENTO POR EL CARIÑO  
ESFUERZO Y SACRIFICIOS QUE ME HAN BRINDADO

A MIS MAESTROS, MI MAS PROFUNDO RECONOCIMIENTO  
POR SU SABER Y EXPERIENCIAS  
Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE DESINTERESADA-  
MENTE COLABORARON EN LA REALIZACION DE ESTE --  
TRABAJO

..... Solo el que alcanza su meta,  
conoce la intima satisfacción de  
mirar hacia adelante.....

## 1.- J U S T I F I C A C I O N

Desde 1970 el Comité de Expertos de la OMS en lepra, estimó que parecía probable que hubiese hasta aquel año el número de casos de lepra calculados en 1965; 10,786.000. Hoy en día se calcula que haya 20 millones en el mundo y de estos menos del 20% requiere de tratamiento regular. A pesar de la lucha antileprosa iniciada hace más de 40 años.

En la República Mexicana existen de 50 a 60 mil casos notificados, con una prevalencia de 16.433, una incidencia de 0.40 casos en 1985. Siendo de estos casos el 63% de Lepromatosa, 32% indeterminado, 23% tuberculoide y 2% dimorfo. Se consideran 4 focos principales por su distribución; Occidental, Central, Nororiental y Peninsular. Destacando las zonas de alta endemia a Jalisco, Sinaloa, Guanajuato, Michoacán, D.F., Nayarit, Colima, Sonora y Guerrero en donde la prevalencia es de 1-1000.

En Sinaloa existen hasta la fecha 5,314 pacientes declarados, correspondiendo 3,222 al sector Central; de estos 770 son de la ciudad de Culiacán, recibiendo control solo 669 y no controlados 99 pacientes.

La gravedad de la lepra en relación con otras enfermedades infecciosas no puede evaluarse exclusivamente sobre la base del número de enfermos o tasas de prevalencia sino hay que tener en cuenta la duración de la enfermedad, las incapacidades que causa y sus consecuencias sociolaborales tanto para el enfermo, su familia como para la comunidad en la que se desenvuelve.

2.- O B J E T I V O S

- Identificar las lesiones de N. Periféricos en forma temporal en los pacientes con enfermedad de Hansen.
- Describir las alteraciones psicosociales que produce esta enfermedad.
- Analizar las repercusiones laborales de la Lepra.
- Establecer un punto de referencia para la realización de un programa rehabilitatorio en el tratamiento integral del paciente con enfermedad de Hansen.
- Destacar la importancia de las medidas Rehabilitatorias en la prevención, tratamiento y control de las Incapacidades físicas, psicológicas, sociales y laborales.

... ..

enfermedad de Hansen produce graves repercusiones sociales, psicológicas y laborales que limitan al hombre en todos sus aspectos. A pesar que se conoce esto, actualmente no se lleva a cabo un tratamiento integral del paciente.

Lo que es importante detectar en forma temprana las alteraciones neurológicas, psíquicas y social-laborales para evitar las complicaciones inherentes a estas.

Quizá el desconocimiento de las complicaciones neurológicas de la lepra lo que retarda la recuperación de los pacientes con capacidades lo que queda demostrada completamente, cuando a un paciente se le tiene que indicar cirugía para su rehabilitación. Para evitar esto se justificaría la elaboración de esta investigación para hacer énfasis en el reconocimiento precoz de las alteraciones neurológicas de la lepra.

#### 4.- MARCO TECNICO

##### HISTORIA DE LA LEPRO

En el antiguo testamento se le daba el nombre de Zaraa H, a las alteraciones de piel y no necesariamente era enfermedad de Hansen que hoy conocemos. El origen se dice que fué en las regiones del Nilo, extendiéndose a Europa por las cruzas y el intercambio marítimo, posteriormente se difundió en Asia, y Continente Americano. En Francia desde el siglo VI existen lazaretos destinados a leprosos, en Suiza desde el siglo VII, Alemania y Bélgica en el IX, Noruega X y Escocia en 1177, En América latina fue introducida durante la Conquista por los Españoles y los cleros-chinos. En México desde el siglo XVI se estableció el primer leproso en la ciudad de México, después se formó otro por el Dr. Pedro López llamado Barrio de San Lázaro, la primera publicación de Leprosia en México la realizó Ladislao de la Pascua, El Dr. Lucio Ignacio de Alvarado analizó y descubrió la actual llamada lepromatosis difusa o leproso de Lucio, considerándose esta forma de leproso como la más perjudicial para el hombre. (1)

En 1930 se fundó el Servicio Nacional de Profilaxis de la leproso dentro del Departamento de Salubridad estableciendo un reglamento drástico y mal fundado para los pacientes con leproso, retrocediendo la lucha contra la enfermedad, que habia iniciado el Dr. Jesús González Ureña.

En 1941 se descubrió que las Sulfonas era el medicamento eficaz

tra el micobacterium leprae y hasta 1946 se empezó a utili -  
en México, desechándose todos aquellos remedios, como el --  
sulmoogra que se utilizaron tanto. En 1948 el Dr. Fernando La  
of y Dr. Chavez presentaron ante el Congreso Internacional de  
rología de la Habana un estudio de lepra lepromatosa difusa -  
ra forma clínica característica de México especialmente de Si  
toa.

1955 se estableció un reglamento donde los dispensarios anti  
proso pasaran a ser Centros Dermatológicos, cambiando la ide  
del innecesario y obligatorio aislamiento.

1960 se hicieron Brigadas Móviles con el fin de detectar y -  
atar el mayor número de pacientes posibles, creándose el Pro  
ama para el control de las enfermedades crónicas de la piel.  
tualmente se han utilizado otros medicamentos en el tratami  
co de este padecimiento. Aunque no se ha podido abatir con -  
to la prevalencia del mismo.

ONOMIA: Mal de San Lázaro, Lazarino, Lepra, Enfermedad de Hansen.

DEFINICION: Enfermedad infectocontagiosa crónica producida por el *Mycobacterium leprae* que afecta aparentemente de manera principal piel y nervios periféricos y en algunos casos mucosa nasal, tejidos oseo, muscular (6) y por su prevalencia se considera un problema de salud pública.(2)

#### EPIDEMIOLOGIA

AGENTE: El agente causal es el *Mycobacterium leprae*, descubierto por Armauer Hansen en 1868-1876. Pertenec a la clase de los - - Rhizonysetos, Orden actinomycetales, familia; mycobacteriaseas; Genero *Mycobacterium*. Bacteria Gram+, bastoncillo ligeramente -- rvo de 8 micras X 2.4 micras de ancho. parecido morfológica y -- torealmte al bacilo de Koch pero se diferencia por su forma agruparse en globias, es ácido alcohol resistente. Microorga-- smo intracelular. que hasta la fecha no se ha podido cultivar. ) Se habla del éxito de la inoculación del germen en la almoha -- la planter del ratón, otros modelos como el armadillo de 9 -- ndas *Dasyus Novemcinctus*, primates-mono mangabay (2,3,4) . técnicas más refinadas para la identificación del *Mycobacte-- m* a través de estudios de ADN recombinante por medio de mi-- scopio electrónico son los estudios más recientes así como la ntificación de las propiedades antigénicas del bacilo. El an-- eno glicolípido fenólico I se encontró únicamente en este my-- acterium, es el principal lípido del organismo y constituye -

50% de los tejidos infectados, el 85% de los pacientes lepromatosos tienen anticuerpos contra este glicolípido 1 y solo el 10% de los tuberculoides. (4)

ESPED; Existe una predisposición genética para adquirir la enfermedad y las diferentes formas de la misma. Se ha visto con mayor frecuencia en niños y jóvenes por su mayor exposición. (6) Algunos investigadores consideran que el 90% de la población en general posee una resistencia natural contra el mycobacterium lepromatosa.

Los contactos o convivientes de un paciente lepromatoso son los que tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad.

#### DIO AMBIENTE:

Climas; Clima húmedo caliente, aunque no parece tener relación directa.

Sociales; la transmigración de las poblaciones a sitios endémicos por problemas económicos. La falta de urbanización son factores importantes que contribuyen a la diseminación del bacilo. (7)

Culturales; La actitud de miedo, fatalismo por ignorancia hace que los pacientes se aislen y sea menor el número de casos detectados y continúan como fuente de infección porque no se controla adecuadamente.

Modo de transmisión se ignora todavía, se ha aceptado que el contacto directo y prolongado con pacientes bacilíferos, por lo tanto la vía de entrada tampoco está bien determinada, en 1978 se comprobó que las gotitas de flugge, aéreas, aunque no se descartan otras vías como tejidos ulcerados, digestiva. Cada lugar de tejido promozado contiene 7 millones de bacilos,  $3 \times 10^{12}$  bacilos (8)

de ahí que los familiares de los lepromatosos se contagien 5 veces más que el resto de la población en lugares endémicos, aunque esto en ocasiones no es muy demostrable ya que la infección conyugal es de solo 3%.

El hombre es el único receptáculo conocido, por no conocerse -- con precisión la vía de entrada ni el modo de transmisión el período de incubación es difícil determinar, se ha estimado que es de 3 a 5 años promedio.

El sexo y la edad no juegan un papel importante, se ha visto -- que es más frecuente en el hombre que en la mujer, las edades fluctúan entre 5 y 15 años cuando se contrae la enfermedad, pero la edad de presentación es en jóvenes de 20 a 29 años con maior incidencia.(10)

Existen 4 criterios para la clasificación (11)

Clínicos; de acuerdo a las alteraciones dérmicas, neurológicas-  
microscópicas; de acuerdo a Índice bacteriológico e índice mor-  
fológico inmunológico; reacción de lepromina + , = , débilmen-  
te +. (12)

Histopatológico; Biopsia de las lesiones, corrobora el diagnós-  
tico.

Existen dos tipos de Lepra:

Lepromatosa y Tuberculoide

Dos grupos de casos:

Dimorfa e Indeterminado

lepromatosa; Nodular

Difusa; Pura primitiva

secundaria

## CLASIFICACION

Existen varias clasificaciones, una que reúne los objetivos de identificar los casos contagiosos, los que pueden llegar a ser lo y los pacientes con riesgo de deformidades es la de Madrid. Lepromatosa, Tuberculoide, Indeterminada y Limitrofes.

Cada una de ellas con diferentes características clínicas y de laboratorio.

Otra clasificación es la de Ridley Jopling está trata de facilitar las investigaciones y definir el aspecto inmunológico en términos clínicos e histológicos. Utilizando pruebas linfocitarias y de la lepromina.

Buena inmunidad; no hay enfermedad.

Regular inmunidad; un grupo de bacilos se establecen y multiplican hasta un punto de ser detectados.

La respuesta es inespecífica y débil.

Poca inmunidad; bacilos en gran cantidad y la enfermedad no curará por sí sola.

Baja inmunidad; diseminación de los bacilos antes de ser detectados.

ANTOMATOLOGIA;

FORMA LEPROMATOSA; es la forma estable de gran contagiosidad, -  
ligna se caracteriza por lesiones cutáneas, infiltración difusa, generalizada neuritis simétrica de troncos nerviosos periféricos. En el curso de la enfermedad puede haber reacción leprocaracterizada por malestar generalizado, cefalea, fiebre, neuritis

s, alteraciones cutáneas, ulceraciones, náuseas, vómito, eritema necrosante o fenómeno de Lucio (13), se trata de anguitis - erosantes segmentarias en miembros inferiores y se extienden a miembros superiores, troncos y cara, evolucionando por brotes dejando cicatrices, con evolución de 3 semanas de la mancha inicial a la fase de cicatrización.

Existe el eritema nudoso necrosante que se presenta en casos leptomatosos difusos o nodulares.

En evolución sin tratamiento, la enfermedad es progresiva y puede producir secuelas irreversibles a nivel de nariz, ojos y nervios periféricos. Los órganos internos, como tubo digestivo, riñones, pueden ser igualmente afectados por lesiones necróticas y el paciente puede morir por diarrea incoercible.

Al mismo tiempo, por reacciones de repetición, presentar glomerulonefritis crónica y llegar a insuficiencia renal.

Asociada con anemia y leucocitosis, velocidad de sedimentación aumentada, ocasionalmente puede existir hipoalbuminemia. Las anemias hipocromas aumentadas 30 a 40% de los casos, proteína C reactiva + 65%.

Desde el punto de vista inmunológico, factor reumatoide es + en el 92% de los casos, sobre todo cuando hay fenómeno de Lucio, RF + en 16%.

Las técnicas modernas de investigación inmunológica han detectado: aumento de proteínas séricas sobre todo de alfa 2, gamma globulina G y M, complemento hemolítico 50 ligeramente elevado con valores normales de c3 y c4., complejos inmunocirculantes en -

% y anticuerpos antibacterianos circulantes.

deficit de inmunidad celular específica como en todos los casos -  
promatosos; disminución de los linfocitos T, aumento de los --  
linfocitos B, disminución de la transformación blastoide de lin-  
focito en presencia de lepromina y de mitógenos, respuesta dismi-  
nuida de las intradermoreacciones, a DNCB y a MIF. (14) Quismorio  
y cols han encontrado, por inmunofluorescencia directa en las le-  
siones de fenómeno de lucio, depósitos de complemento y de inmu-  
nglobulinas a nivel de las paredes vasculares y de zonas peri -  
vasculares.

pronóstico; es malo, sobre todo cuando las manifestaciones agu -  
das se presentan de manera repetida. Se les considera como los -  
casos más anérgicos del espectro inmunológico de esta enfermedad  
por las alteraciones en algunas ocasiones permanentes de caída -  
de la cola de cejas, pestañas, rinitis crónica, con destrucción  
del tabique nasal como consecuencia de diagnóstico tardío, las -  
alteraciones de oculares de iritis, iridociclitis durante los fa-  
enmenos agudos, alteraciones neurológicas que inician con dese -  
equilibrios musculares preceden a las deformaciones de manos y --  
es, es raro detectar clínicamente síntomas debido a esplenome-  
galias y adenopatias. (15)

En la biopsia las alteraciones son características y se puede --  
observar mycobacterias intracelulares, histiocitos vacuolados, -  
necrosis granulomas de macrorragos, no tinción (espumosa), sin ce-  
lulas epiteloides, epidermis; acantosis, atrofia, banda de una -  
fibrosa perianexial, fibras elásticas destruidas, vascularitis, -  
displasia endotelial, infiltrado de células de virchow, linfocitos  
polinucleares, vasos tromboticos de pequeño calibre. (16)

## PARATUBERCULOIDE

Este tipo de lepra es totalmente benigno. La lepromatosa es agresiva, curan espontáneamente, no son infectantes y nunca presentan manifestaciones sistémicas. Sus lesiones son principalmente en piel y nervios periféricos.

En la piel se presentan placas infiltradas, eritematovioláceas -- circulares, ovales, anulares de bordes policíclicos, bien limiados y como cortados en pico, en ocasiones escamosas o liquescentes con centro atrófico, varían de 1 cm a 20, 30 cm y su número de una lesión hasta 30 o más. Las características es la alteración de la sensibilidad; hipo o anestesia al dolor y a la temperatura, tacto, es más común en mejillas, intercalier, antebrazo, glúteos, miembros inferiores o superiores y siempre -- son asimétricos.(17)

En niños puede presentarse la forma tuberculóide infantil.

El complejo cutaneonervioso tuberculóide es poco frecuente y está constituido por una o varias lesiones nodulares que pueden tener trayecto lineal siguiendo un nervio, habitualmente -- cubital simulando una esporotricosis.

Las lesiones tuberculóides involucionan espontáneamente -- algunos meses dejando una zona atrófica anestésica.

Las alteraciones neurológicas son más intensas e importantes.

## DETERMINADOS

En los casos de principio de la lepra, los más difíciles de diagnosticar por las escasas manifestaciones clínicas que presentan y que no permiten su clasificación definitiva en los tipos clínicos hasta que su evolución lo permita.

En la piel se presentan manchas hipocrómicas anestésicas, mal limitadas, anhidróticas, el vello está ausente, es habitualmente en la región submaxilar (signos del babero de latapi), tronco y miembros. (17)

## CASOS INTERPOLES

denominados también dimofos, bordeline, fronterizos este tipo de pacientes tienen características clínicas de los dos tipos ya que su estrato inmunológico no está definido, es inestable, cambiante, es un estado transitorio en la evolución de un caso. (17)

El ataque neurológico es muy intenso y deja secuelas irreversibles. El paciente sufre de un deterioro del estado general no tan marcado como en la reacción leprosa, las lesiones involucionan lentamente pero más pronto que las lepromatosas, su diagnóstico es difícil y es necesario todos los exámenes complementarios para determinar si es hacia el polo tuberculofide, se habla de casos de tuberculofides de reaccional más frecuente en la mujer después del parto.

Al acercarse al polo se constituye los casos Dimofos o DL.

repercutiones en los nervios periféricos varían mucho en -  
caso dependiendo de la clasificación del mismo.

nos afirman que se afecta aún antes que la piel, llegando-  
acilo ya sea a partir de vía descendente o hematológica o --  
vía ascendente de las terminaciones nerviosas (aceptada).  
células de Schwann son las más invadidas por el bacilo.

neuritis en la lepra es siempre intersticial y perineural -  
y se afectan sus fibras por compresión, varía el tipo de-  
ón si el caso es Tuberculóide o Lepromatoso. En el primero  
formación de granulomas al rededor y en el interior de los  
ículos nerviosos con caseificación. En el segundo la des -  
ción de la fibra nerviosa se debe a la presencia de lesio-  
intersticiales con vascularitis. La consecuencia de ello -  
el engrosamiento del nervio afectado que en orden de frecue-  
a son el cubital, ciático poplieto externo, mediano, radi-  
ciático popliteo interno y los ramos cutáneos del cuello y  
al cervical superficial.

manifestaciones neurológicas son más intensas o importan  
en casos tuberculóides y en los indeterminados. En los le-  
atosos pueden ser mínimas en relación a las alteraciones -  
piel.

opatología circulatoria general en el nervio.

roducen edema por la presencia del mycobacterium leprae en  
nterior de las células de schawnn y de los espacios inter-  
ilares.

algún momento se instala el círculo vicioso de hipertensión  
erial--bloqueo arterial intraneural--edema--por trasudación  
electrolitos y proteínas a través de los capilares--vasos -  
no--ulceraciones--isquemia arteriovenoso--alteraciones meta  
icas y las consecuencias inmunológicas.

ertensión intratrocular, provoca la desintegración de los -  
Polípidos de la mielina y ácidos grasos--destrucción local-  
micobacterium--antígeno--daño nervioso.

proteínas de la mielina A1 y los P2---neuritis secundaria-  
2 tipos acción directa; autoinmune antígeno antineurítica y  
segunda reacción autoinmune microangiopática AgP2-Ae.

integración de la mielina (19)

folípidos	glicolípidos	Colesterol
cerol	ac. grasos	
triglicéridos		cholestérides
grasos neutros		

## GNOSTICO

Diagnóstico es sugerido por la clínica (22,23), ya que las manifestaciones son con frecuencia lo suficientemente claras pero en ocasiones es necesario complementar el diagnóstico en estudios de laboratorio y gabinete.

La prueba de la Histamina; sobre todo en los niños para detectar los trastornos de la sensibilidad, simuladores o coeficiente intelectual bajo. Se usa en casos de mancha hiorómica o zona anestésica, se coloca en la zona problema y en una zona no afectada una gota de histamina y aparece la triple respuesta de Lewis cuando hay normalidad; primero roncha pruriginosa, luego un halo eritematoso, después un segundo halo con emisiones de pseudópodos, si hay alteraciones de la sensibilidad no hay esta respuesta. (20)

Baciloscopia; la búsqueda del bacilo de Hansen en mucosa nasal y en linfa cutánea. Índice bacteriológico indica la cantidad de bacilos que hay en el frotis y se reporta ; +, ++, +++ -

Índice morfológico corresponde a la proporción de bacilos interesantes.

Leprominoreacción.- es una reacción intradérmica, inmunológica que se practica con un antígeno llamado lepromina preparada con nódulos de pacientes lepromatosos sin tratamiento, se considera + si se forma un nódulo de 1 cm o cuando se ulcera. La respuesta a los 21 días se lee y se le denomina reacción Mitsuda. Sirva para la clasificación del tipo de lepra y como diagnóstico. (20) (21)

- Histopatología.- Una buena biopsia, tomada de un sitio con-  
siente es suficiente para hacer el diagnóstico y clasificación.  
casos Tuberculóide se observa una imagen granulomatosa tuber-  
culóide linfocitos, células epiteloides, células gigantes tipo-  
Langhans, en ocasiones formando granulomas completos e incomple-  
tos, rara vez existen los bacilos engrosamiento de los nervios  
de la dermis.

- caso Indeterminado; no hay una imagen típica y la piel es nor-  
mal o en ocasiones existe un infiltrado inespecífico de poli-  
nucleares y linfocitos.

- Otros estudios no sirven para el diagnóstico ni clasificac-  
ión de los casos, pero sí para completar el estudio o para sa-  
ber de las repercusiones sistémicas, Sedimentación globular, ane-  
mia, leucocitosis, reacción serológicas son falsamente posi-  
vas.

## TRATAMIENTO

objetivo del tratamiento específico es disminuir el número de bacilos o negativizar para conseguir la resolución de las lesiones cutáneas (25) nerviosas, evitar progresión de alteraciones neurológicas y por ende de incapacidades, prevenir la resistencia medicamentosa.

Terapéutica médica; La dapsona sigue siendo la base del tratamiento 6 a 10 mg/kg a la semana equivalente a 50-100 mg diarios en un adulto, 300-400 mg dos veces a la semana ó 600 mg 1 vez a la semana.

Rifampicina 300 a 600 mg diarios por 2 semanas + clofacimina 100 mg diarios ó 3 veces por semana durante los primeros 4 a 6 meses, posteriormente dapsona 100 mg diarios. Se han visto problemas de resistencia medicamentosa cuando el paciente ingiere dosis bajas por períodos prolongados y debe sospecharse de esto cuando el paciente presenta recidiva clínica y bacteriológica evidente.

En todos los pacientes deberá utilizarse poliquimioterapia. (26) Aunque por disponibilidad, costos de los medicamentos, no se sigue este esquema con regularidad. Además aunado a los problemas generales de toda terapéutica prolongada, deserción del paciente, falta de educación sanitaria, mejoría clínica, ignorancia, falta de recursos económicos. (26)

Después de estudios bacteriológicos, histopatológicos, clínico y radiológico la inactividad deberá continuar en tratamiento por lo menos un año y medio en tratamiento regular en los pacientes con leishmaniasis tuberculóide de 3 años en los casos indeterminados y 10 a

en los leprosos lepromatosos .  
caso de presentar reacción leprosa está indicado el uso de -  
ticoterapia iniciando dosis 30 mg por día prednisolona, Tali  
ida 400 mg/día/7 días, 100 mg/día dosis de mantenimiento.(28)  
tamiento de las complicaciones, en forma específica. (27)

problema de invalidez causadas por la lepra ha cobrado mayor importancia y atención en los últimos años, aparte del aspecto sanitario, los enfermos con invalidez representan una considerable reducción de los recursos de mano de obra en muchos países de la lepra es endémica.

Tasas de lepra suelen ser más elevadas en los países en desarrollo y ciertas formas graves de invalidez incapacitan a los enfermos para su propio sostenimiento y el de su familia, siendo un problema social.(29)

Invalidez y las deformidades que las producen son además una de las principales causas de los prejuicios contra la lepra. El porcentaje de invalidez si se incluye en ella la forma menos grave de insensibilidad de las manos y pies por afeción de nervios periféricos, puede llegar a un 50% en los casos no tratados solo se toman en consideración los dos grados más graves el porcentaje será de 32%.

Es evidente, sin embargo, que las tasas de invalidez entre los enfermos nuevos que se registran disminuyen gradualmente en la medida en que los enfermos acuden en busca de tratamiento; por ejemplo en Filipinas se ha reducido al 10% en los últimos 10 años.

Como se ha calculado, dos terceras partes de los casos de lepra de todo el mundo no están registrados, es posible que existan 2 millones de enfermos parcialmente invalidos (grado 2,3) y la existencia se ignora. De los que ya se conoce representa así solo un problema imposible de resolver con los pocos recursos para Rehabilitación de los algunos países donde la lepra es aún endémica.

## ECUILNCIAS PSICOSOCIALES

prejuicios frente a la lepra y la discriminación contra los enfermos son perjudiciales, lo mismo que la indiferencia ante la existencia de estos en una comunidad, conduciendo innecesariamente a la construcción de hospitales o instituciones costosas para aislarles del resto de la población. Estas medidas crean graves problemas que afectan la educación de niños, jóvenes y adultos poniéndolos más en desventaja que el resto de la población para su vida de relación normal.

En el tipo de la enfermedad las implicaciones socioeconómicas son diferentes, ejemplo: los tuberculoides, las perspectivas de vida son igual que otra persona, en cambio en los leproso-sos, la incertidumbre de si con el tratamiento tan prolongado llegarán a curarse. Esto hace que el paciente deserte del control periódico al que debe ser sometido durante su tratamiento

69 la OMS realizó una clasificación de las incapacidades-  
lta, fácil de manejar por personal sanitario auxiliar, ú-  
propuesta por el Dr. P. Lavirón que utilizó en sus traba -  
en Africa. (29)

76 el Comité de expertos de la OMS y en 1978 en el XL Con  
Internacional de la Lepra; México señaló la importancia-  
Reeducación y readaptación social y profesional del en -  
leproso, exortando a todos los organismos interguberna -  
ales ONU, OIT, ILA, ILEP sobre esta necesidad imperativa -  
lucha contra la lepra.

MATERIAL Y METODOS

Estudiaran 150 derechohabientes del Hospital General UMF de -  
Nº 1 de Culiacán, Sinaloa con enfermedad de Hansen que asis  
on a la consulta de Dermatología, con el diagnóstico efectua  
or el mismo servicio y que cumplieran los criterios de inclu -  
que más adelante se nombrarán.

te de trabajo; La muestra se tomó del 2 de Septiembre al 7 -  
oviembre de 1986, tales grupos se sujetaron a las siguientes  
erios:

erios de Inclusión; paciente con diagnóstico clínico y de la  
torio de enfermedad de Hansen.

ncibirán a todos los pacientes de cualquier edad, que no ha  
ecibido tratamiento fisiatrico previo, que pertenezcan a la  
ad de Culiacán, y que reciban actualmente tratamiento médico.

erios de No Inclusion; No se incluirán aquellos pacientes --  
tengan duda diagnóstica y que no hayan sido diagnosticado --  
el Dermatólogo de la Unidad.

erios de Exclusion; Se excluirán a todos aquellos pacientes  
durante el desarrollo de la investigación cambien algún pun  
e los establecidos en los criterios de inclusión.

o de Estudio; será un estudio de tipo descriptivo.

Metodología: a cada paciente que asista a la consulta de Dermatología se le aplicará una encuesta en forma impresa elaborado con preguntas cerradas, dicotómicas y tricotómicas constante de preguntas que reciben la información sobre:

1.- Lepra, 2.- alteraciones neurológicas, 3.- actividades de la vida diaria, 4.- área familiar, 5.-área social, 6.- área económica, 7.- área psicológica, 8.-área sexual, 9.- área laboral.

En grado caso de que no se entendiera la pregunta se explicaba más ampliamente con el fin de evitar respuestas falsas.

#### RECURSOS:

Humanos; 1 médico especialista en Dermatología

1 médico especialista en Medicina física y Rehabilitación.

1 Médico Residente de Medicina física y Rehabilitación

150 pacientes

Técnicos; Expedientes

máquina de escribir

calculadora

hojas de papel

encuestas

Se utilizó procedimiento de estadística descriptiva.

ENCUESTAS PARA DETECTAR ALTERACIONES BIOPSIICOSOCIALES Y LABORA-  
LES EN PACIENTES CON LEPRA.

NOMBRE

EDAD

SEXO

ESTADO CIVIL

ESCOLARIDAD

Ocupacion

FECHA

DIAGNOSTICO: CLASIFICACION

TIEMPO DE EVOLUCION

TIEMPO DE SABER SU DIAGNOSTICO

LAPSO ENTRE LOS SINTOMAS Y EL DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO.

MANIFESTACIONES CLINICAS INICIALES

Neurológicas

Cutáneas

anexos de piel

EXF.- DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DE LA OMS (MODIFICADA)

1.- Insensibilidad; Hipoestesia, Anestesia: manos o pies

2.- Paresia muscular uni o bilateral

3.- Parálisis (músculos involucrados) uni o bilateral

4.- Parálisis + reabsorción ósea de IFD (delimitar nivel)

5.- Parálisis + reabsorción ósea proximal (delimitar nivel)

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Alimentación      Independiente      asistida      dependiente

estado

aseo personal

. de cama

. del hogar

slado

A LABORAL

baja: SI o NO

trabaja indicar: Mismo trabajo

Otro trabajo

Trabajo independiente

trabaja porque: Pensionado

Jubilado

Rechazado de su trabajo

Sigue incapacitado

No puede trabajar

Siempre dedicado al hogar

Nunca ha trabajado

pación:

A SEXUAL

tuvo hijos antes del diagnóstico y después de saber el diagnóstico-

tuvo hijos

tivos para la separación después de saber su diagnóstico

la enfermedad misma

a causa

liza la misma actividad sexual después de saber su diagnóstico-

o: SI o NO

bios en la relación marital: distante, misma que antes del diagnóstico, No.

A PSICOLÓGICA

lo anuncio al inicio del padecimiento o saber su diagnóstico

esión      No depresión

ono de tratamiento por: sentirse bien

no tener tiempo de asistir a la con  
sulta

no estar enfermo

·      intento de suicidio

tud hacia la enfermedad.

importante conocerla:

s necesario

ferencia:

le adecuadamente con el tratamiento médico: SI      NO

NTACION SOBRE EL PADECIMIENTO

a han recibido

a han recibido

porque: no se le brindó

porque no la necesita

no la requiere

no sabe a quien acudir

no le entiende

ECONOMICA

Lia integrada      ó      No integrada

esos al mes: muy bajo      ó      menos del mínimo:

bajo:      mínimo

medio      más del mínimo

alto      más del medio

n lo sostiene económicamente: familiar

pensión

institución

otros

ANDA

propia o rentada

habitaciones: 0-2, 3 ó más

a con WC: SI NO

o de domicilio por prejuicios: SI NO

FAMILIAR

tó el diagnóstico con su familia: SI NO

os en la dinámica familiar por la enfermedad: SI NO

ión tuvo la familia al saber el diagnóstico de usted:

aceptado

rechazado

indiferencia

se sintió: angustiado, deprimido, indiferente

uien o quienes tuvo problemas familiares por su enfermedad:

a, hijos, padres, hermanos, otros familiares.

ol lleva actualmente en su casa: padre, hijo, hermano, abue

live solo.

es de su familia padecen o han padecido la enfermedad:

, 2, 3, 4, 5, 6.

en tratamiento: SI NO

SOCIAL

migos y familia lo apoyan, critican, compadecen

roblemas que se la han presentado son en:

, familiares, vecinos, trabajo, transporte

## RESULTADOS

os 150 pacientes que se estudiaron en cuanto al rubro de -  
se encuentra mayor predominio en los grupos etarios com -  
didos entre los 35 y 64 años con un discreto predominio en  
los 55 y 59 años. gráfica # 1

axo: aquí encontramos 57 pacientes (38%) del femenino y --  
masculino 93 (62%), lo que demuestra claramente un franco-  
ominio en este último lo que esta de acuerdo con lo repor-  
en los libros de texto. grafica # 2

laridad: se encontraron 82 pacientes (54%) analfabetas y -  
46%) cuyo nivel escolar oscilaba entre primaria y profesio  
predominando en forma importante en primaria incompleta y  
ndaria. Consideramos esto como un sesgo y no como un hecho  
ya que el mayor número de derechohabientes del instituto-  
en este mismo nivel de escolaridad y no son representati-  
de la población de Culiacán, Sin., gráfica # 3

do civil: El mayor número se encontró en 55 pacientes (37%  
l grupo de casado, siguiendo con 37 pacientes (25%) de sol  
s y 32 pacientes (21%) el de separados, aquí llama la aten  
en este último rubro que la causa de la separación haya -  
la propia enfermedad. grafica # 4

uanto al tipo de lepra: los porcentajes más altos se encon  
on en el tipo lepromatoso e Indeterminado, teniendo respec  
mente 34 (22%) ambos tipos, en segundo lugar con 31 pacien  
30%) tipo lepromatoso difuso puro y primitivo, estos re -  
dos están acordes con lo observado por otros autores. gra

# 5

po de evolución osciló en un 18% en 0 a 4 años (26 pacien-  
y al igual que en el tiempo de 5 a 8 años, el resto de --  
pacientes tenían de 9 a 36 años de evolución. Esto se debe  
e el tipo de lepra que predomina en esta entidad sea la --  
, lepromatosa gráfica # 6.

uanto al tiempo de inicio de la enfermedad y que el pacien  
cudiera a buscar atención médica la mayoría oscilaron en -  
primer y 4to año con un 74% lo cual indica que la mayor per  
de los pacientes tardan en conocer su diagnóstico real por-  
la de conocimientos médicos en general y retardo en la bús-  
da de la atención médica. gráfico # 7

tiempo que transcurrió para que el paciente conociera su --  
gnóstico de lepra aquí se encontró que la mayor parte de --  
pacientes, conocen su diagnóstico y tipo entre el año y --  
8 años con un total de 68 pacientes (47%) y el resto entre-  
9 y 40 años, esto indica la mala realización de los progra  
de prevención, diagnóstico y control de las enfermedades -  
nicas de la piel. gráfico # 8

el tiempo de estar en tratamiento la mayor parte de pacien-  
se encontraron entre menos de 1 año hasta los 14 años con-  
total 96 pacientes (64%), el resto de los pacientes tienen-  
4 años. gráfico # 9

éstos pacientes el 35% 53 cumplen en forma regular con el -  
camiento instituido desde su inicio y 97 pacientes (65%) no  
cumplen en forma adecuada, lo anterior se puede interpretar  
por falta de orientación o conocimientos del padecimiento,  
por su evolución misma cuya responsabilidad compete al e-

o de salud, este rubro podría ser estudiado desde el punto -  
ista psicosocial para determinar las causas individuales de-  
dono de tratamiento y de ser posible establecer una probable  
a general para disminuir la deserción al tratamiento. gráfi-

10

sintomas iniciales de la lepra fueron alteraciones neurológi  
con 58 pacientes (39%) y el resto de los pacientes 92 (61%)-  
respondieron a las alteraciones de la piel y sus anexos. grá-

# 11

intomatología que predominó durante la evaluación de los pa-  
tes fueron los siguientes:

alteraciones de la sensibilidad y motoras 122 pacientes (81%)  
n alteraciones 28 pacientes (19%). gráfico # 12

as alteraciones de la sensibilidad encontramos que la mayor-  
e de los pacientes presentan una disminución de la sensibili  
con 39 pacientes (76%) teniendo el resto anestesia y pareste

. gráfico # 13

os pacientes con alteraciones motoras se encontró, paresia -  
ateral en 43 pacientes (35%), parálisis 17 pacientes (14%), -  
lisis más resorción de interfalángicas distal en 5 pacientes  
y 4 pacientes (3%) con parálisis más resorción de interfa -  
icas distal y proximales de las manos. gráfico # 14

Alteraciones motoras: En cuanto a la distribución de nervios-  
tados se encontró que el nervio periférico más afectado es -  
ubital (57%)(69) de estos corresponde 23 a lesión unilateral  
) y 46 a lesión bilateral (67%). figura 15

esto oscila entre 20% (25) de lesión ciático popliteo exter-

4% (17) y afectan al mediano y al ciático popliteo interno -  
cial 7% y 2% respectivamente. Figura 1b

do practicamente todos afectados en forma unilateral excep-  
el mediano que fue afectado bilateral en 4 pacientes 24% y -  
ciático popliteo externo 3 (12%). figuras 15.2.3.4.5

se puede explicar porque el nervio cubital, ciático popli-  
externo tienen características anatómicas más susceptibles -  
compresión, aunque también pueden ser afectados por otros -  
nismos autoinmunes, metabólicos, como lo demuestra el ata -  
a otros nervios tales como mediano, ciático popliteo inter-

cuanto alteraciones de las faneras y otras se encontró alope  
de cejas en 42 pacientes (28%), alteraciones oculares 7 --  
(2%), disfonía y otras alteraciones otorrinolaringológicas 3 pa  
ntes (2%), el tratamiento dado a estos pacientes fue plastia  
cejas 10 (7%), rinoplastia 3 (2%), esto indica que dentro --  
protocolo de la atención de los pacientes con lepra debe in  
irse las valoraciones por todo un equipo multidisciplinario--  
debe tener al cirujano plástico, oftalmólogo, otorrinolarin  
ogo. figura # 16

el estudio de las actividades de la vida diaria; alimenta --  
n, vestido, traslado, act. de cama y del hogar, el número de  
pacientes oscila entre 84 y 107 (56 a 71%) son independientes,--  
el renglón de asistidos se encuentra de 21 a 44 pacientes --  
(30%) y en menor número los pacientes dependientes que varia  
de 22 a 44 (14-29%), esto nos muestra que esta enfermedad de  
a a su evolución natural es invalidante lo que disminuye la  
idad de vida de los pacientes y su familia, por lo que habrá  
hacer incapié en el personal médico y paramédico para que -  
envie lo más pronto posible este tipo de pacientes al servi  
de rehabilitación para su tratamiento integral. gráfico # 17

el área psicológica encontramos como reacciones la depre --  
n en 60 pacientes (40%) pero predomina más los pacientes que  
tuvieron esta reacción 90 pacientes (60%) esto demuestra la-  
a importancia que le dá el paciente a la enfermedad que en -  
te puede ser explicada por la ideosincracia de nuestra pobla  
n, este punto puede ser motivo para una nueva investigación-  
a fondo. gráfico # 18

ontró que 97 pacientes (69%) abandonaron el tratamiento y diferentes excusas fueron la de sentirse bien, no tener tiempo de asistir a la consulta, no estar enfermos, e intento de suicidio. gráfico # 18.1.

actitud hacia la enfermedad se encontraron que es importante conocerla en 82 pacientes (55%) y el no es necesario o indiferencia en un 45%. gráfico # 18.2

revela alteraciones psicológicas importantes que pueden ser tan importantes como causa de invalidez, esta actitud del paciente se podría cambiar con tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, además de incrementar la educación sanitaria de nuestra población, ya que los pacientes solo recibieron orientación sobre su padecimiento etiología, curación, evolución en 67 pacientes con (45%) y no la recibieron en 83 pacientes (55%). gráfico # 18.3

causas de no haber tenido esta orientación fueron, porque no requería en 41 pacientes (49%), no le interesaba en 19 pacientes (23%), no le entendí al paciente (13%), no sabía acudir 7 pacientes (9%) y porque no se le brindó 5 pacientes (6%). gráfico # 18.4

puede ser conjugado o deberse a la situación psicológica de uno de los pacientes o bien a la falta de un adecuado control preventivo de esta enfermedad.

FAMILIAR: Dentro de esta se encontró lo siguiente:

encontraron 90 familias integradas con 60% y desintegradas con un 40%. figura 19

-El número de pacientes que comentó el diagnóstico con su familia fue de 115 (97%) y el que no lo hizo fue 35 pacientes (23%). gráfico # 19.1

-Se encontraron cambios en la dinámica familiar en 103 pacientes (69%) y en 47 pacientes (31%) no se encontraron. gráfico # 19.2

-En el estudio de la reacción de la familia que tuvo al saber el diagnóstico de su familiar enfermo se encontró con que en un grado de aceptación 56 pacientes (37%) y de indiferencia 55 pacientes (37%) y en 39 pacientes (26%) se encontró rechazo. gráfico # 19.3

-Los sentimientos que se encontraron con mayor frecuencia fueron la angustia 58 pacientes (39%) y depresión 56 pacientes (37%), la indiferencia se presentó en 36 pacientes (24%). gráfico # 19.4

-Entre los parientes con quienes tuvo problemas el paciente predominaron en general, otros familiares en 58 pacientes (39%) y en menor grado con la esposa 41 pacientes (27%). gráfico 19.5

-El tipo de rol que lleva el paciente fue el de padre en 82 pacientes (55%), hijo 28 pacientes (19%) y hermano y abuelo 19 pacientes (13%). gráfico # 19.6

-En función de la presencia o no de lepra en otro familiar se encontraron 67 pacientes (47%) si tenían relación y el resto de los pacientes (53%) no tenían. gráfico # 19.7

-De estos familiares se encuentran en tratamiento médico 62 pacientes (41%) y 88 pacientes (59%) no reciben tratamiento. gráfico # 19.8

o lo anterior nos demuestra que existe desintegración familiar ya que nosotros al tener un problema de este tipo están acostumbrados a vivir en crisis por lo que presentan problemas de comunicación, rechazo o de indiferencia fundamentalmente con sus familiares, esposa y en el paciente mismo crea un tipo de pensamiento que no es capaz de enfrentar su propio problema a pesar de utilizar los recursos técnico-médicos que usualmente están a su alcance. Esto se podría abatir con la participación de los médicos especialistas en medicina familiar ayudados por los servicios de psicología y psiquiatría. Esto también puede generalizarse a todos los padecimientos con enfermedades crónicas.

## AREA SEXUAL

encontraron que posterior a conocer el diagnóstico tuvieron 99 pacientes (66%) y no tuvieron 51 pacientes (34%). gráfico # 20.1

cuanto a motivos de la separación de la pareja se encontraron un total de 53 pacientes (35%) del total, de los que 40 pacientes (75%) fueron por la misma enfermedad y 13 pacientes (25%) por otras causas. gráfico # 20.2

lo que respecta a la frecuencia de la actividad sexual después del diagnóstico 43 pacientes (29%) si cambió su actividad sexual y 107 pacientes (71%) no lo cambiaron. gráfico 20.3

por último se presentaron cambios en la relación marital siendo distante en 44 pacientes (30%) y 106 pacientes siguieron igual que antes (70%). gráfico 20.4

la lepra en el área sexual no produjo cambios importantes ya que en la actividad sexual, el tener hijos y las relaciones interpersonales maritales no tuvieron cambios aparentes, lo único que llama la atención es el rubro de la separación que de 53 pacientes el 70% tuvo como causa la misma enfermedad.

esto podría explicar en función de la importancia que el individuo le da al sexo y a la enfermedad ya que estando presentes los dos le dá más valor a la actividad sexual que a la misma enfermedad, la contradicción aparente estriba en la separación que el % fue elevado, pero esto pueda ser el resultado de múltiples causas en las que se incluirían a la misma enfermedad como un factor desencadenante.

## AREA ECONOMICA

En la clasificación del ingreso familiar se encontraron --  
La mayor parte de nuestros pacientes (62 con 41%) y (56 --  
38%) entre muy bajo y bajo respectivamente, el resto de --  
pacientes 30-70% y 7-1% se encontraron en salario de medio  
to. gráfico # 21

En el rubro del sostenimiento económico encontramos que en la  
parte de los pacientes 123 (82%) están sostenidos por un  
diar, el resto de los pacientes es mínimo y es por pensión-  
ras. gráfico 21.1.

Se puede observar los ingresos familiares de nuestros pa-  
tes oscilan entre sueldo muy bajo y bajo, esto nos llama -  
tención ya que concuerda con las observaciones hechas por  
s autores, vivienda se encontraron 110 pacientes (73%) con  
propia y 40 pacientes (27%) son habitación rentada. gráfi  
1.2

En cuales se encontraron 105 pacientes con menos de 2 habita-  
es (70%) y 45 (30%) con 3 ó más habitaciones. gráfico 21.3  
Estas viviendas tenían WC solo 57 (38%) y no contaban con  
servicio 93 con 62%. gráfico 21.4

En este rubro 82 pacientes (55%) cambiaron de domicilio por -  
dicios y 68 no se cambiaron (45%). gráfico 21.5

En primer lugar llama la atención que los pacientes tengan ca  
propia pero esto se puede explicar porque la mayoría de e-  
viven en colonias populares donde el poder adquisitivo -  
muy alto, además que en estas áreas no cuentan con to -  
los servicios de urbanización mínimos.

mayoría de los pacientes viven en hacinamiento y promiss -  
d, esto sería importante relacionar con la incidencia de -  
para tratar de evitarla, también llama la atención que 82  
ntes cambiaron de domicilio por prejuicios de la enferme -

## AREA SOCIAL

ta área los amigos de los pacientes tenían una actitud ha-  
llos decrítica 40% 60 pacientes, compasión 51 pacientes --  
y de apoyo 26% 39 pacientes. gráfico 22

roblemas que se le han presentado son en los siguienteslu-  
con mayor frecuencia en el trabajo 37 (25%), con los famii  
s 25 (17%), en el propio hogar 24 (16%), con los vecinos -  
2%) y en los medios de transporte 3 (2%).gráfico 22.1

tuvieron problemas 42 pacientes (28%) de tipo social.gráfii  
2.2

n esta misma área la asistencia a lugares públicos se pre-  
ó en 77 pacientes (51%) y no asistieron 73 pacientes (49%).  
co 22.3

s que no asistían a lugares públicos lo hicieron porque no  
gusta 22 pacientes (30%) y porque les dá pena que los vean-  
pacientes (34%) gráfico 22.4

En cuanto a los pasatiempos se encontró que la TV era el más frecuente con 73 pacientes (41%), radio 27 pacientes (18%) y 21 pacientes (14%), el resto en menor proporción estando entre estos deporte, cine, lectura. gráfico 22.5

En cuanto a la participación sociocultural no participan 80 pacientes (80%) y si participan solo 30 pacientes (20%). gráfico 22.6

El informar el diagnóstico a los amigos lo hicieron solo 32 pacientes (32%) y no lo informaron 102 pacientes (68%). gráfico 22.7

En esta área es muy importante observar que los pacientes no se relacionan socialmente por el impacto que la enfermedad produce en ellos y en el resto de la población en general, ya que sus relaciones con sus amigos, familiares, trabajo fueron negativas en un alto porcentaje, esto hace que el individuo sufra aislamiento y que lo abandonen solamente cuando sea estrictamente necesario o cuando tenga que cumplir con alguna actividad para ir a la consulta, todo lo anterior nos hace pensar que se debe implementar un programa de rehabilitación integral a todo el paciente con lepra donde participe también el servicio de trabajo social.

#### AREA LABORAL

En el análisis de esta se encontró que 81 pacientes (54%) trabajan y 46 pacientes (46%) no trabajan y estudian 10 pacientes (7%). gráfico 23

En el análisis del rubro de los que no trabajan se encontró que: 49 pacientes (49%) siempre se han dedicado al hogar, 12 nunca-

trabajado (20%), 8 pacientes (14%) porque no podían traba  
y el resto de pensionados con un % muy bajo, así como juo  
ón, no los aceptan en sus trabajos y seguir incapacitado  
mente. gráfico 23.1

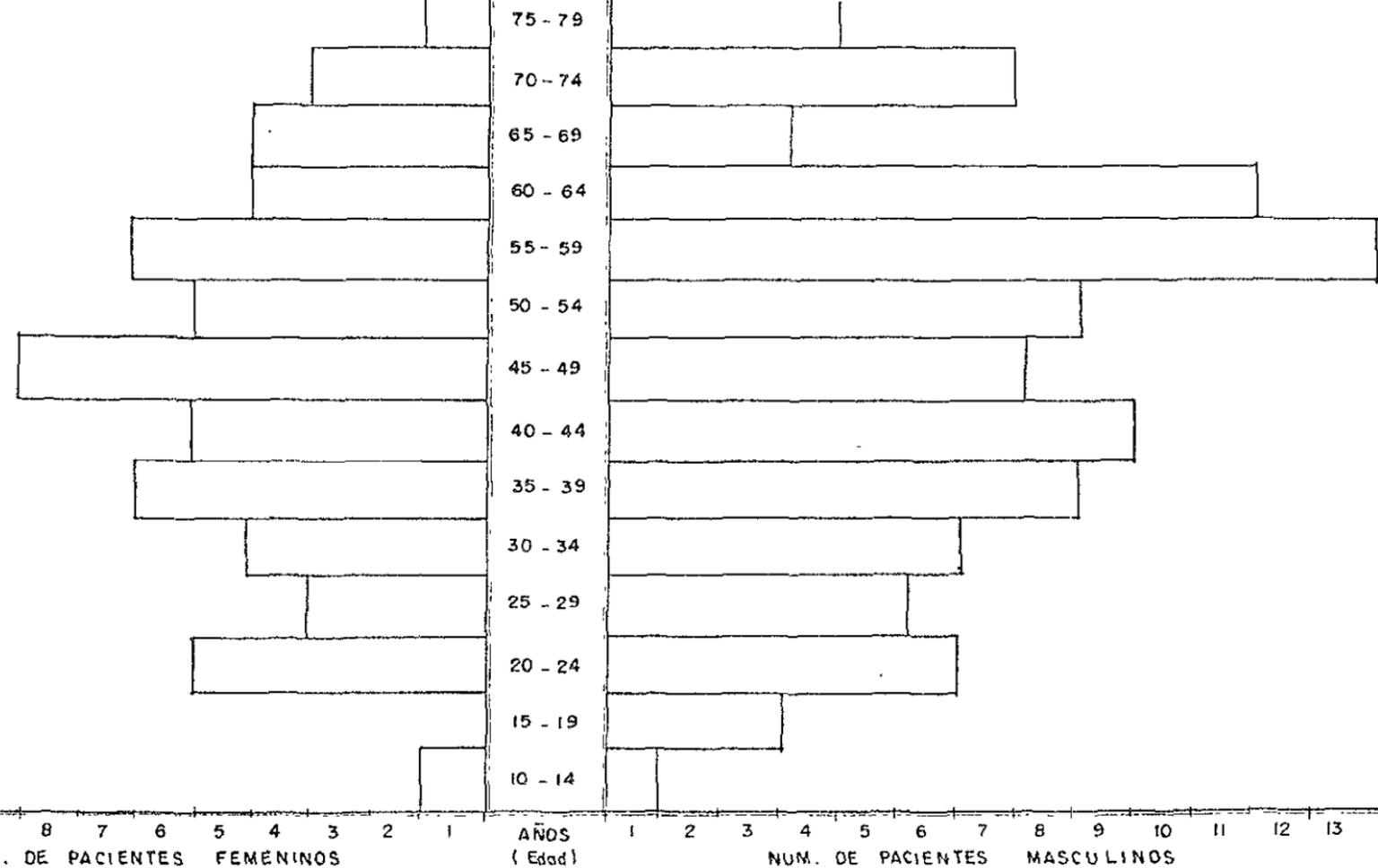
pacientes que laboran 38 (47%) cambiaron de trabajo, 31  
siguieron en el mismo trabajo que tenían antes y 12 pa -  
es (15%) trabajan en forma independiente en su hogar.grá -  
23.2

de las ocupaciones de estos predomina el ser campesino -  
cientes (43%) el resto de % se encuentra por debajo de --  
5% y son técnicos, empleados, albañiles, comerciantes, ve  
es. gráfico 23.3

nálisis de esta área se puede deducir esto:

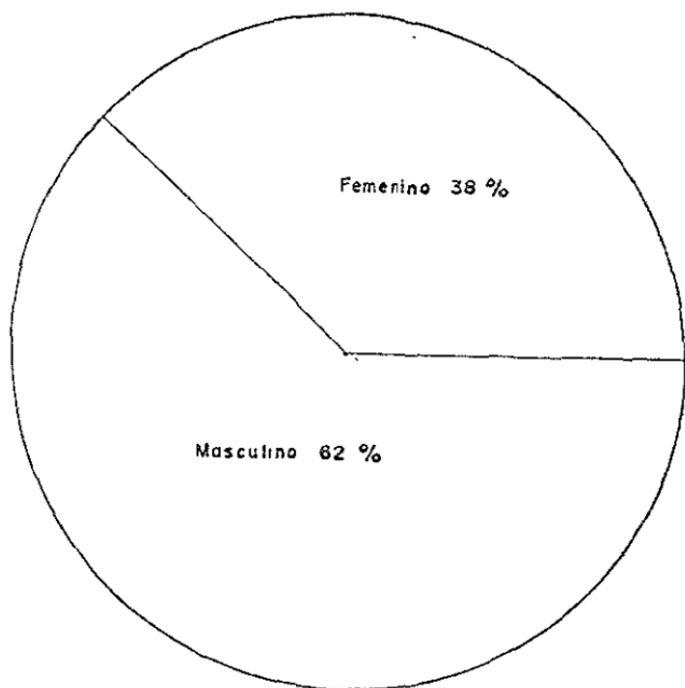
pesar de encontrar pacientes con alteraciones neurológica  
to porcentaje tienen que trabajar para contribuir con el  
familiar, ya que por lo general son familiar numerosas -  
tanto al cambio de empleo por la enfermedad fue porque la  
tución donde trabajan conocieron su diagnóstico, la inca -  
ad del paciente para desarrollar la actividad habitual o -  
por el prejuicio mal entendido de los jefes de trabajo ha  
a enfermedad.

ual que lo encontrado por otros autores, el mayor porcen -  
de lepra fue encontrado en un medio rural-campesinos con -  
cientes 43%.



Num. Total de Pacientes = 150

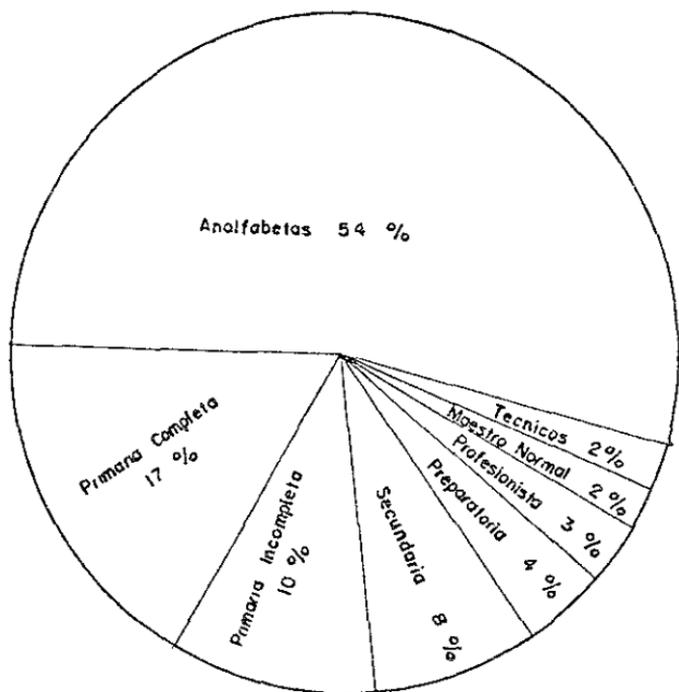
GRAFICA 2- DISTRIBUCION POR SEXO



ENTE - ENCUESTA

Ficha de Identificacion

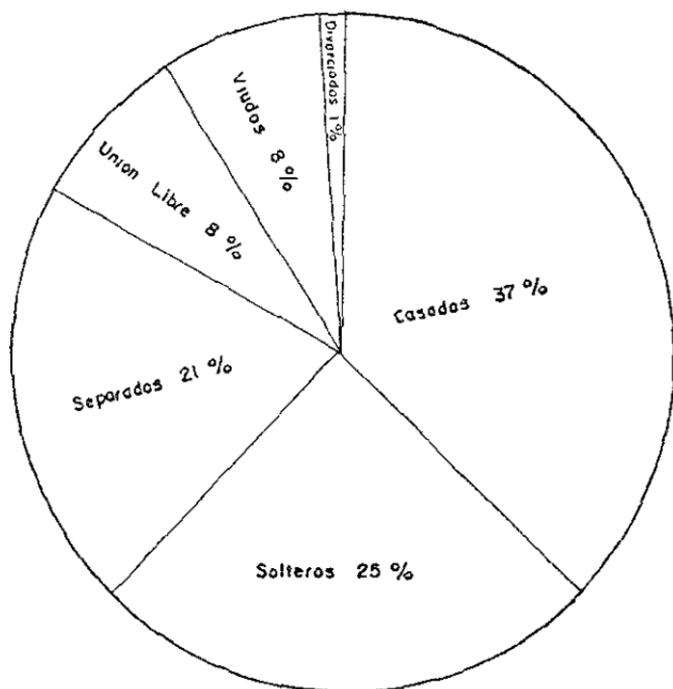
ICA 3. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES Y SU PORCENTAJE



ENCUESTA

Ficha de Identificación

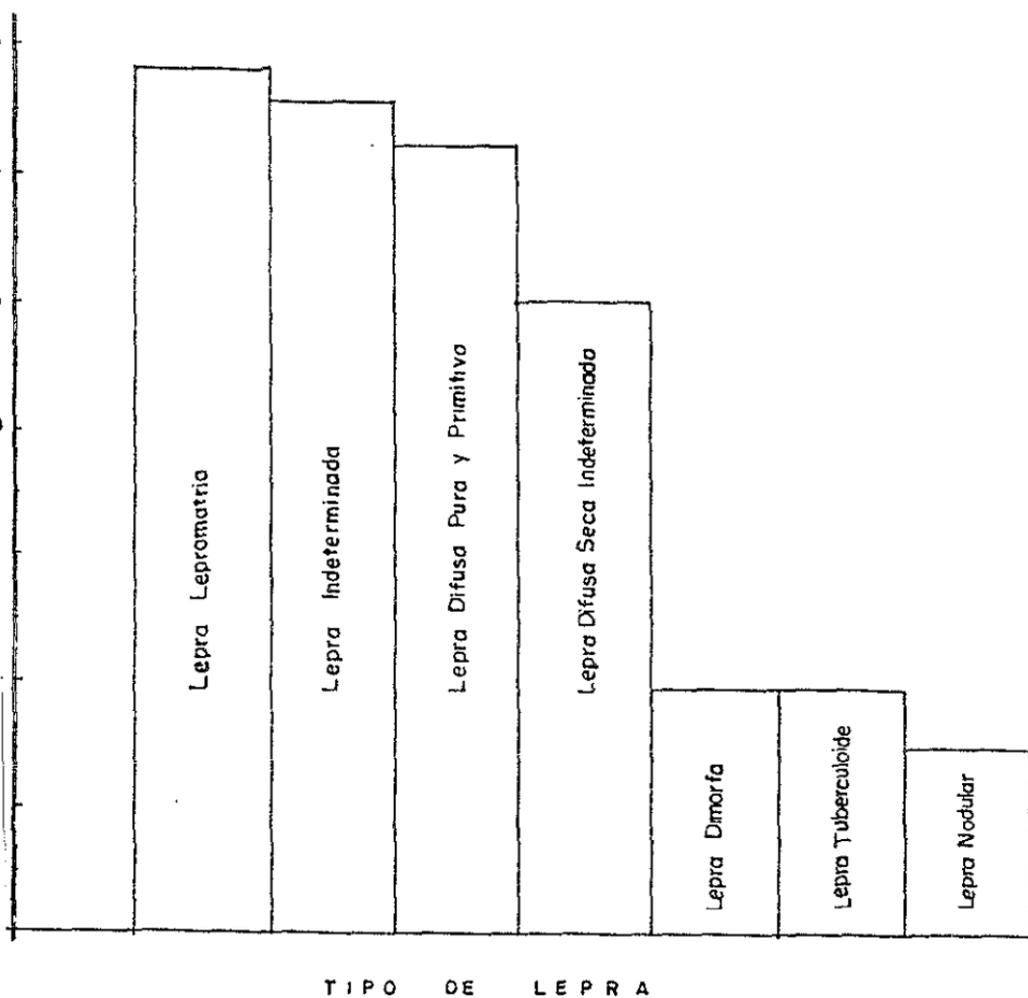
# ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES Y SU PORCENTAJE



ENTREVISTA

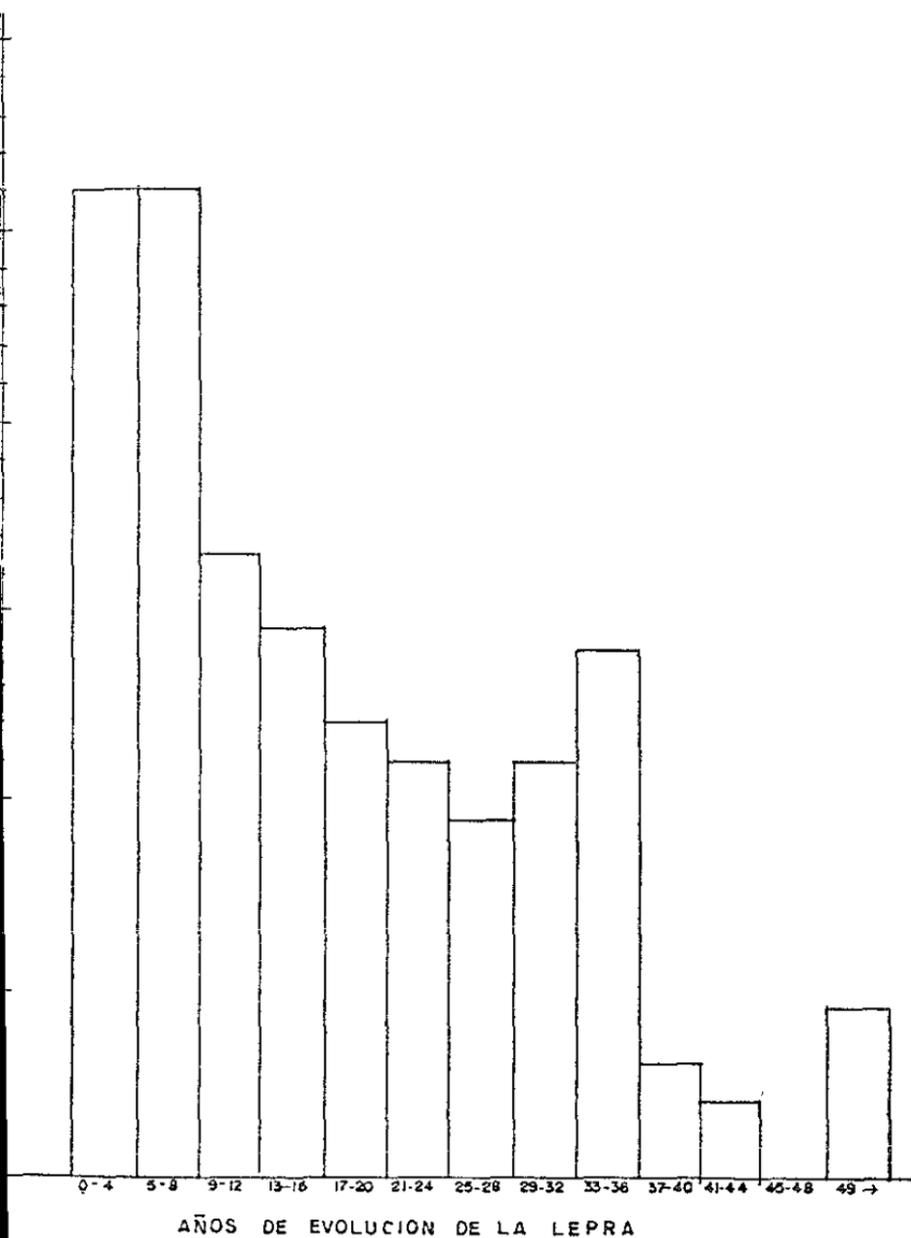
Ficha de Identificación

GRAFICA 5 · FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE LEPROA



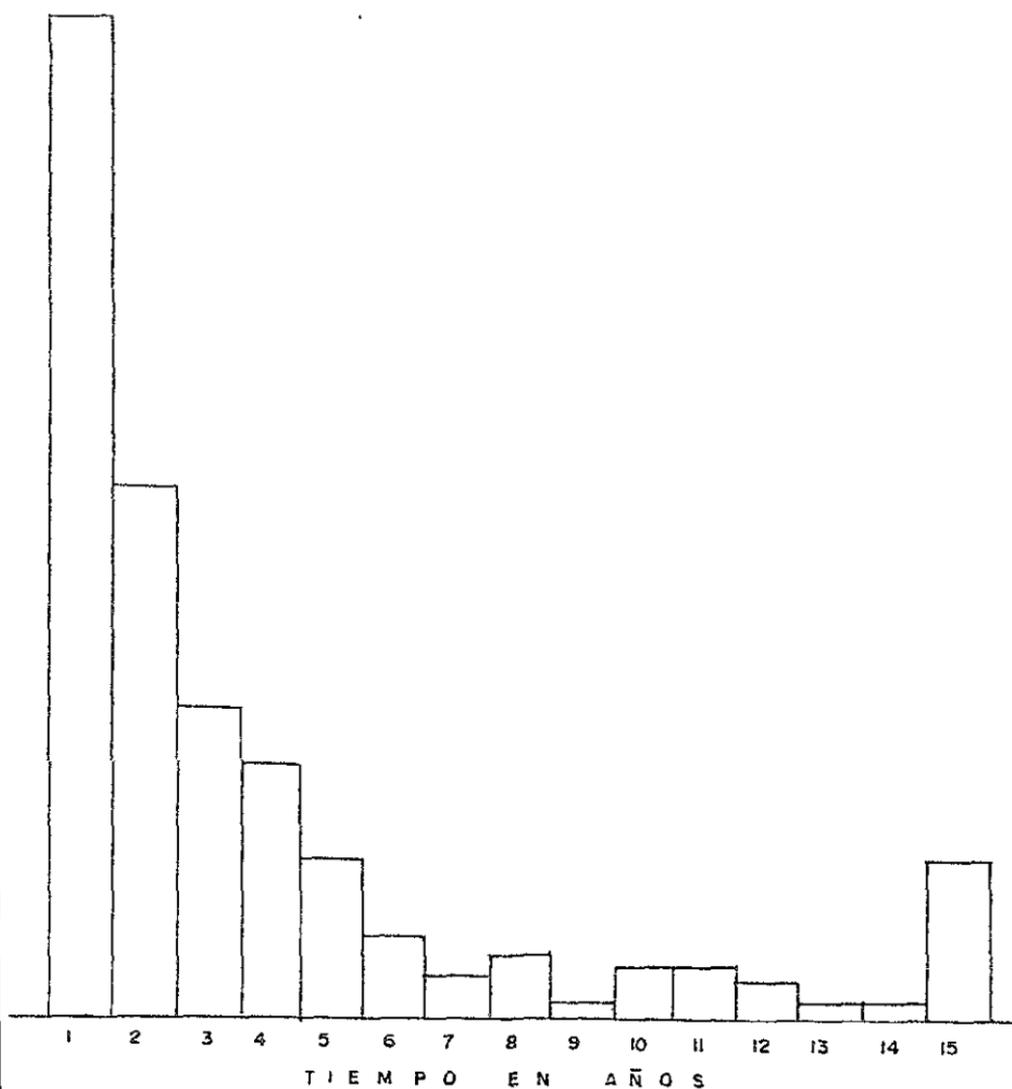
TIPO DE LEPROA

Figura 6 - TIEMPO DE EVOLUCION DE LEPRO Y SU FRECUENCIA



Encuesta

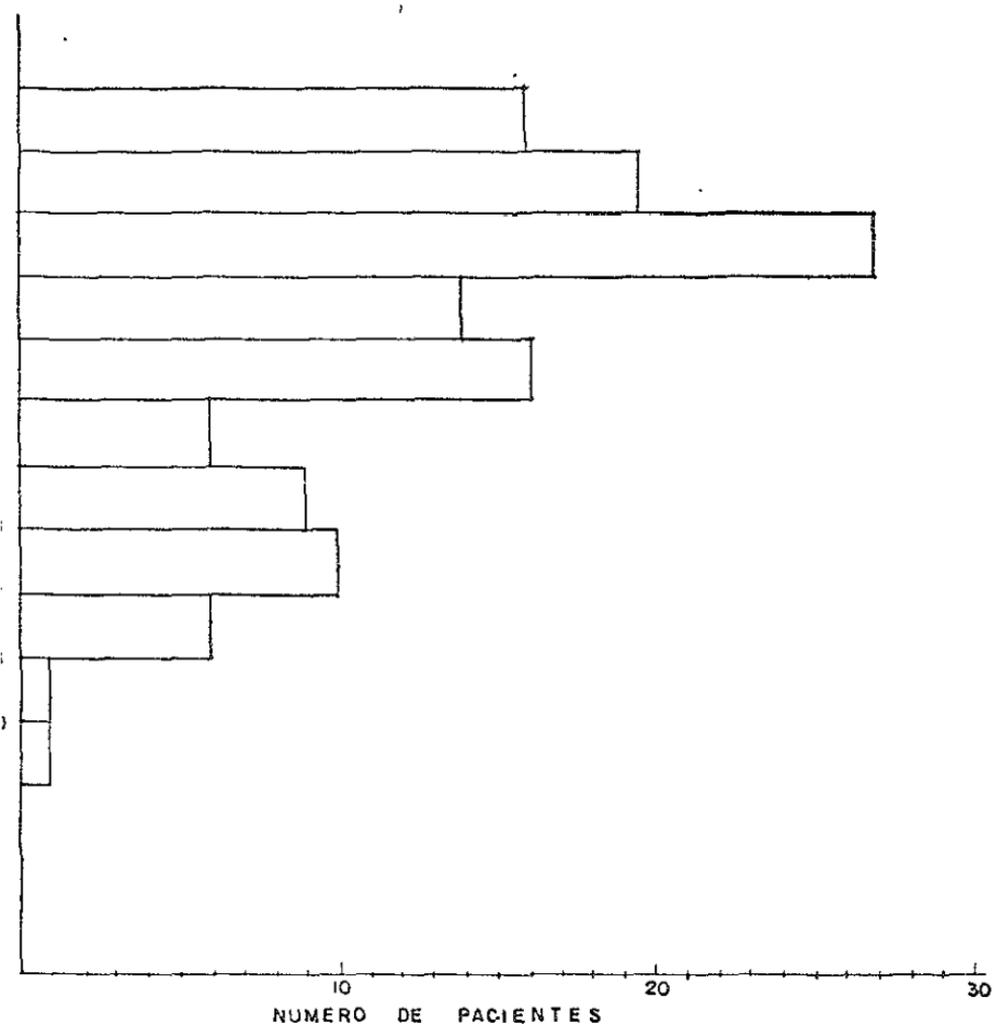
7 - TIEMPO TRANSCURRIDO PARA QUE EL PACIENTE  
CONOCIERA SU DIAGNOSTICO



Encuesta

Nota Aclaratoria - El Num. de Pacientes con 15 años de no saber su Dx.  
es por la Evolucion misma del Paciente

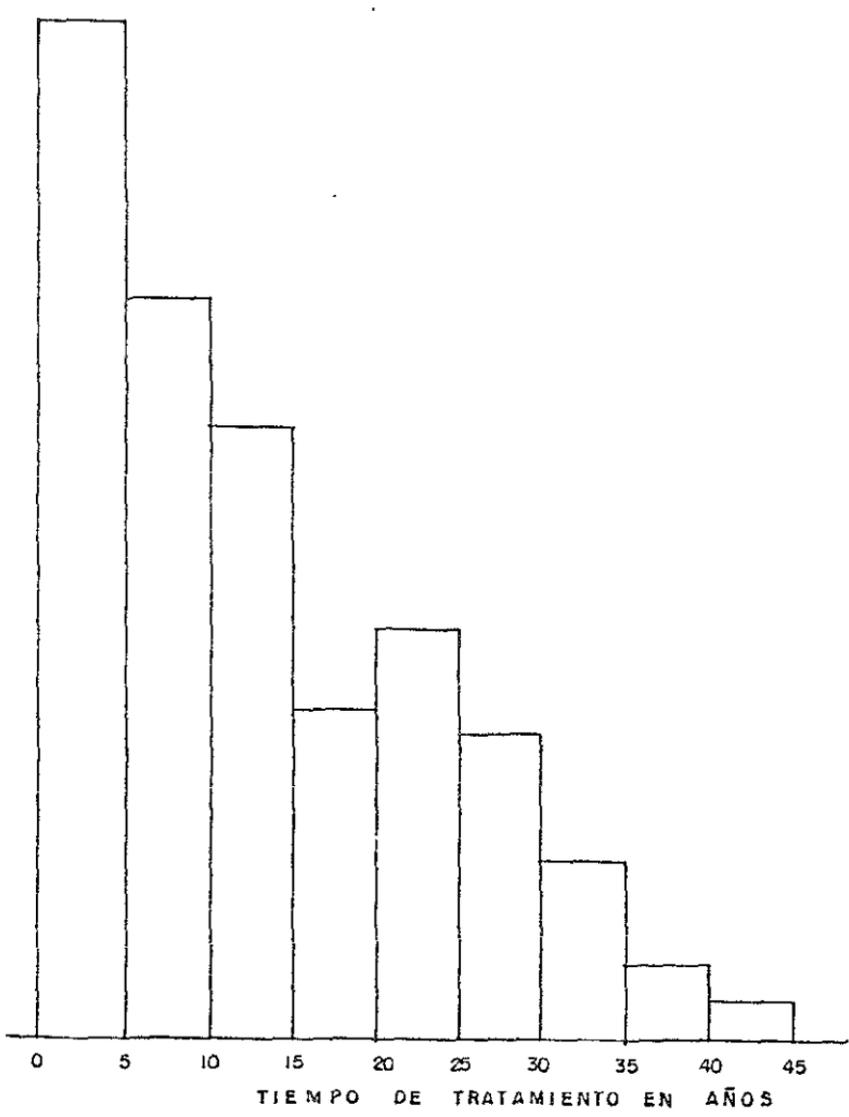
ca nº 8- EL TIEMPO DE SABER SU DIAGNOSTICO Y SU FC.



Expediente Clínico

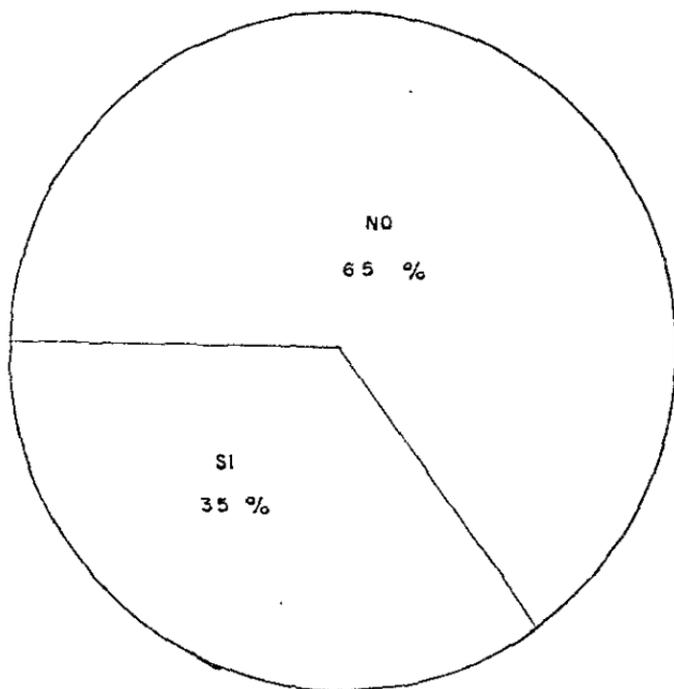
nota aclaratoria El tiempo es de saber Dx

9 TIEMPO DE TRATAMIENTO Y SU FRECUENCIA



ite = Entrevista

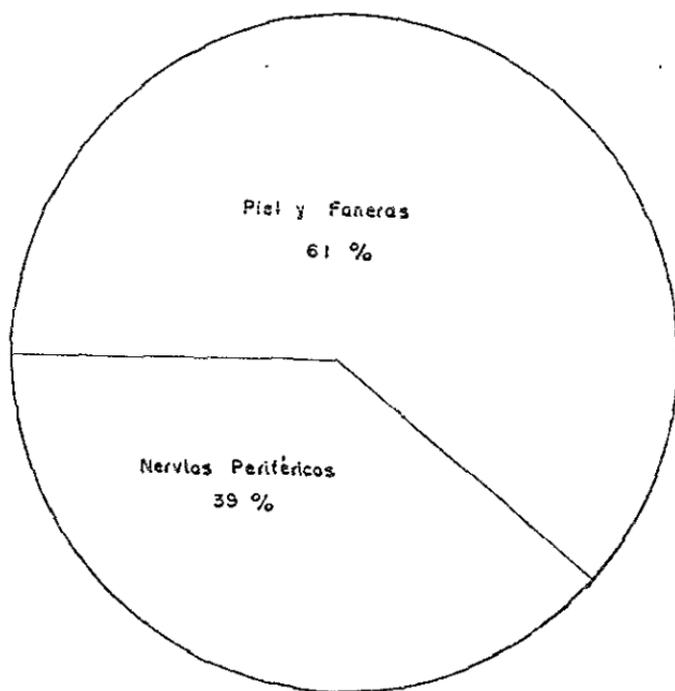
Gráfica 10 - PORCENTAJE DE PACIENTES CON Y SIN CONTROL MEDICO



Cumplen Adecuadamente

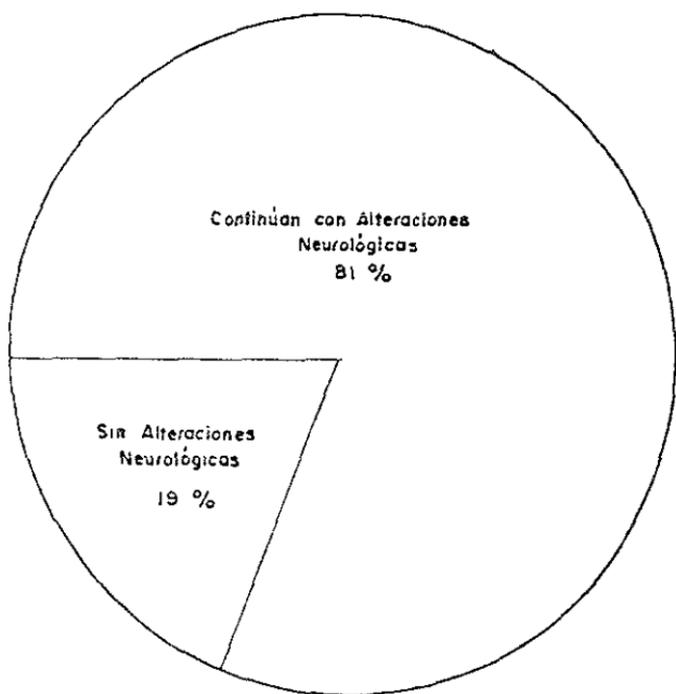
Fuente = Area Psicológica

Gráfico II - APARATOS AFECTADOS INICIALMENTE POR LA ENFERMEDAD Y SU PORCENTAJE



Fuente - Expediente Clínico

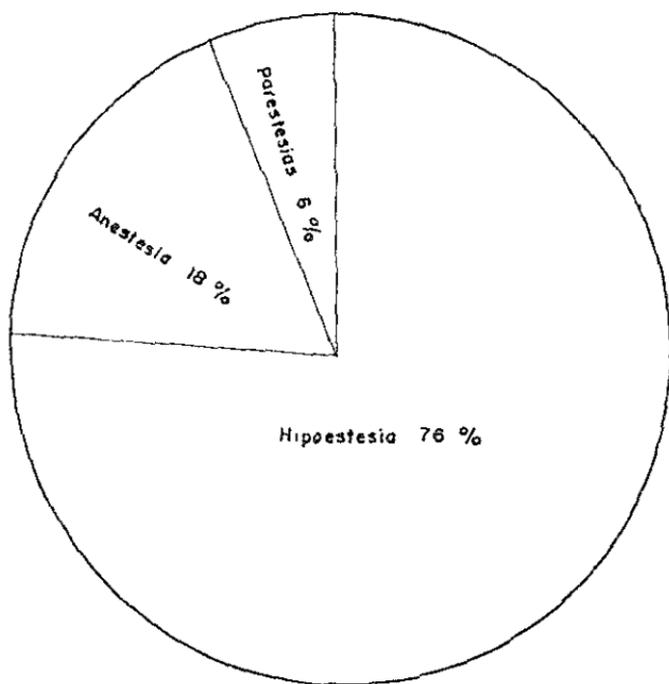
Gráfica 12 - PORCENTAJE DE PACIENTES CON Y SIN ALTERACIONES NEUROLÓGICAS



Exploración Actual

te = Encuesta + Exploración Física

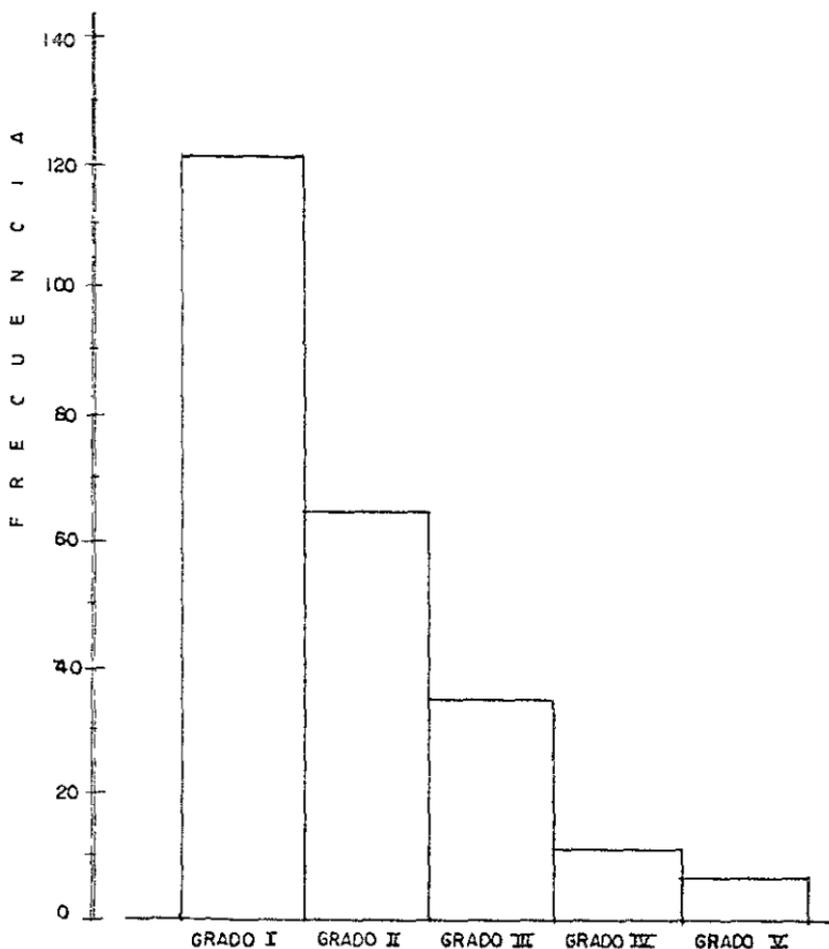
Gráfica 13 - TIPO DE ALTERACIONES SENSITIVAS Y SU PJE.



Sensibilidad al Tacto, Temp.

nte = Exploración Física

# FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES NEUROLOGICAS Y SU CLASIFICACION



## CLAVE

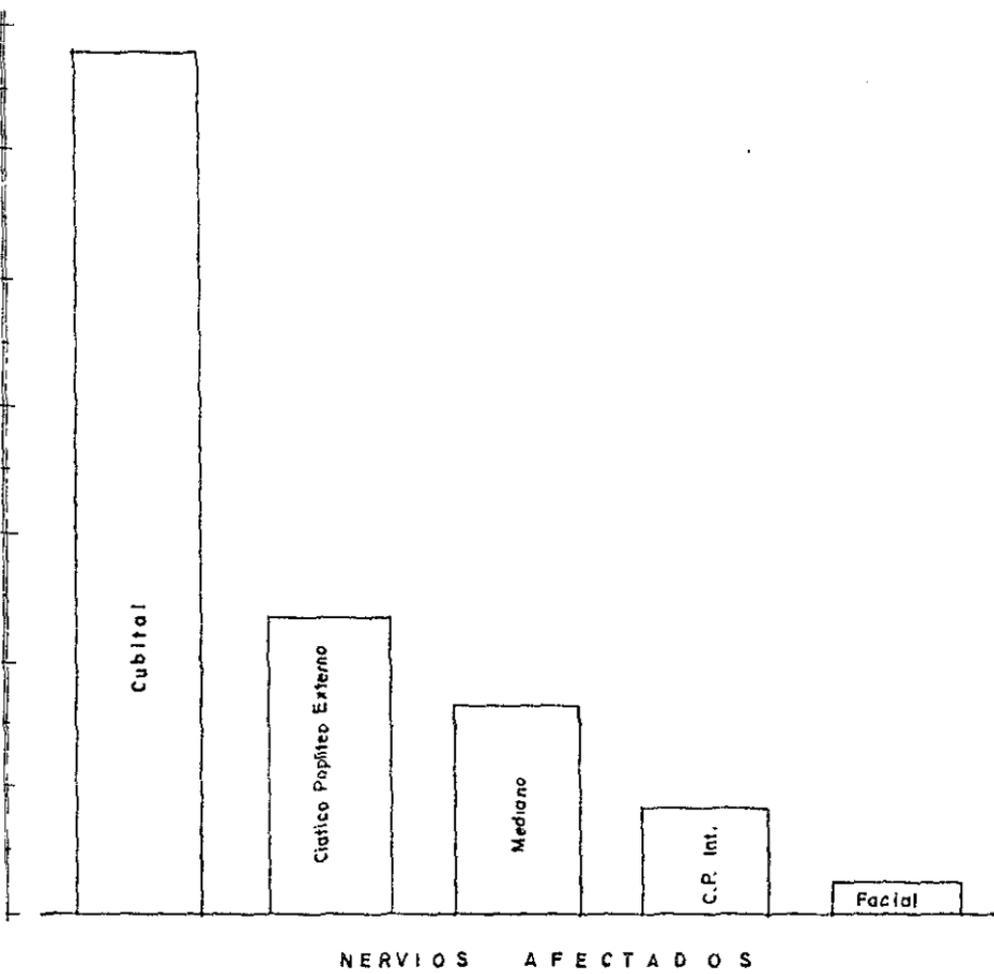
## CLASIFICACION

- I - Insensibilidad Manos y/o Pies
- II - Paresia Muscular
- III - Paralisis + Insensibilidad
- IV - Paralisis + Reabsorcion de IFD
- V - Paralisis + Reabsorcion de IFP de Manos o Pie

Fuente = Exploracion Fisica

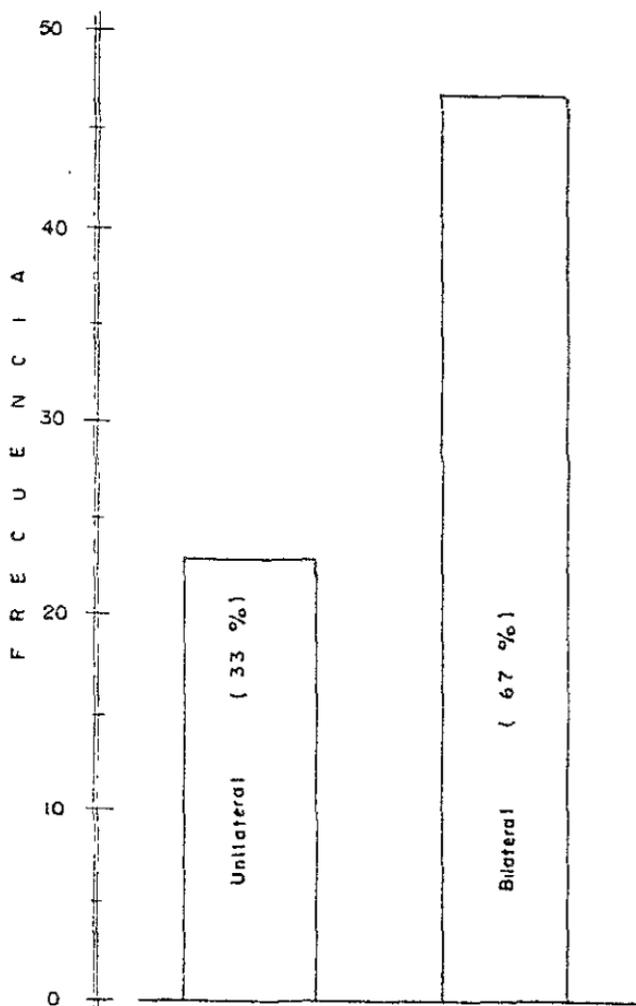
# PORCENTAJE DE DISTRIBUCION DE LOS NERVIOS AFECTADO

ca 15 r

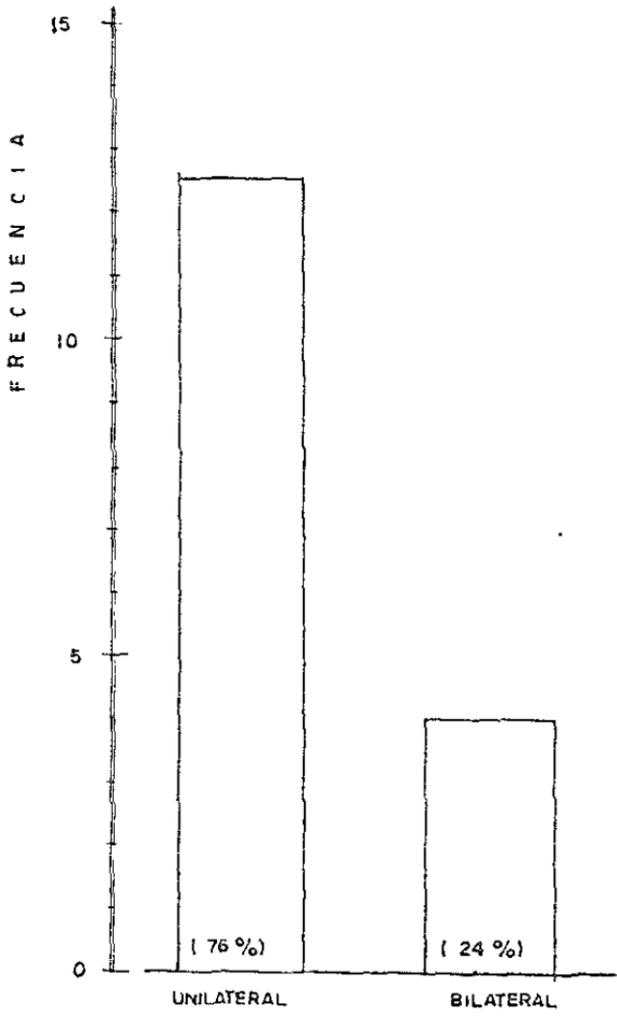


Fuente r Exploración Física

ca 15.1 F ALTERACION DEL NERVI0 CUBITAL Y SU FRECUENCIA



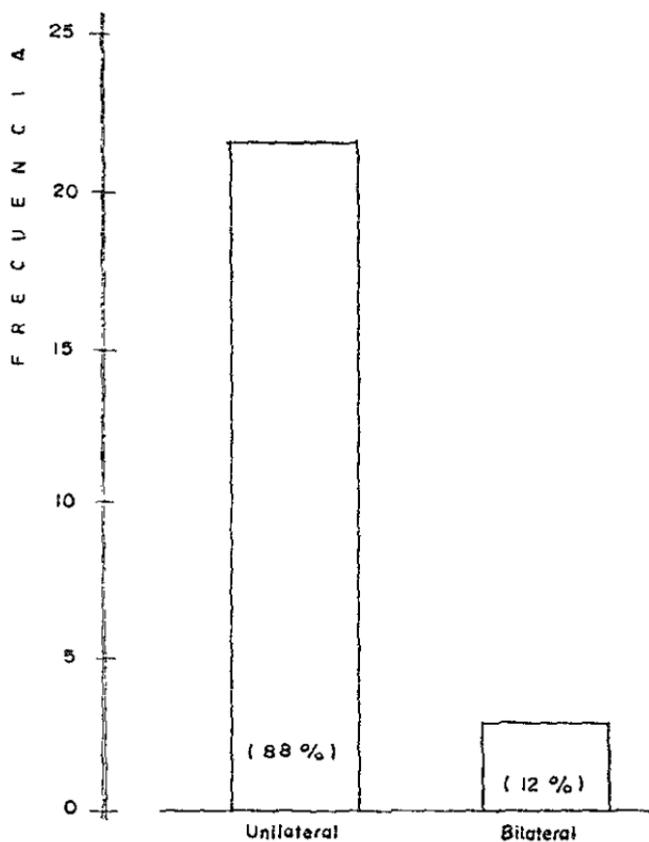
Fuente = Exploración Física



Fuente - Exploracion Física

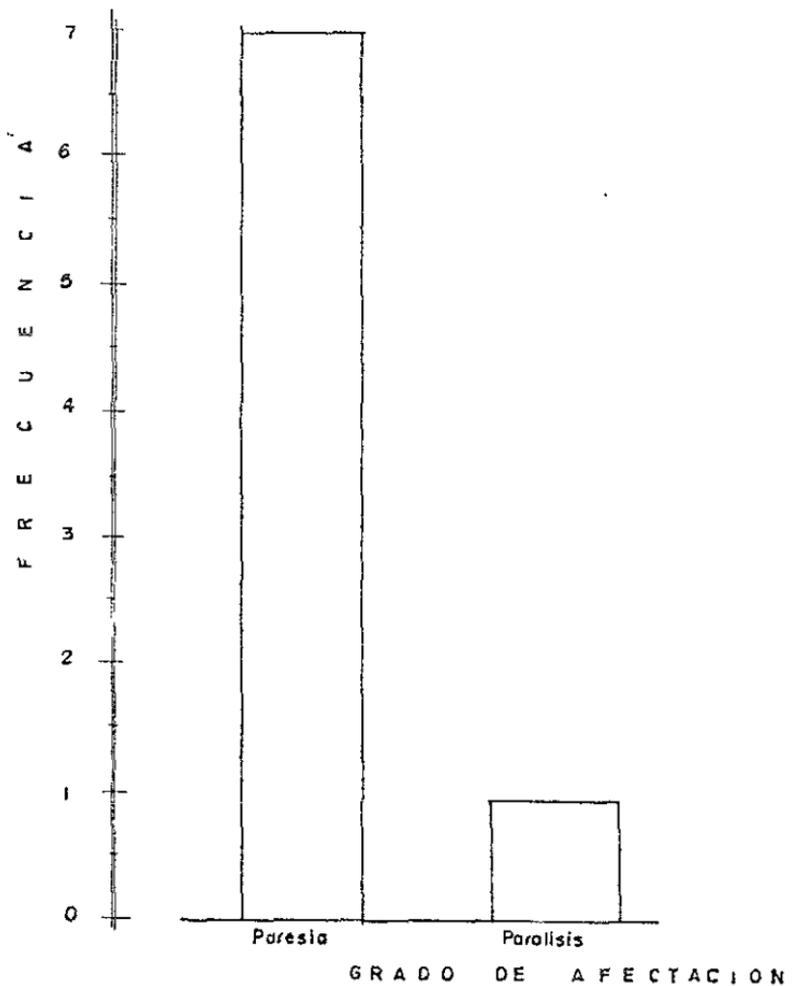
# PORCENTAJE DE ALTERACION DE C.P. EXTERNO MOTORA

Gráfica 15.3 r



Fuente - Exploracion Fisica

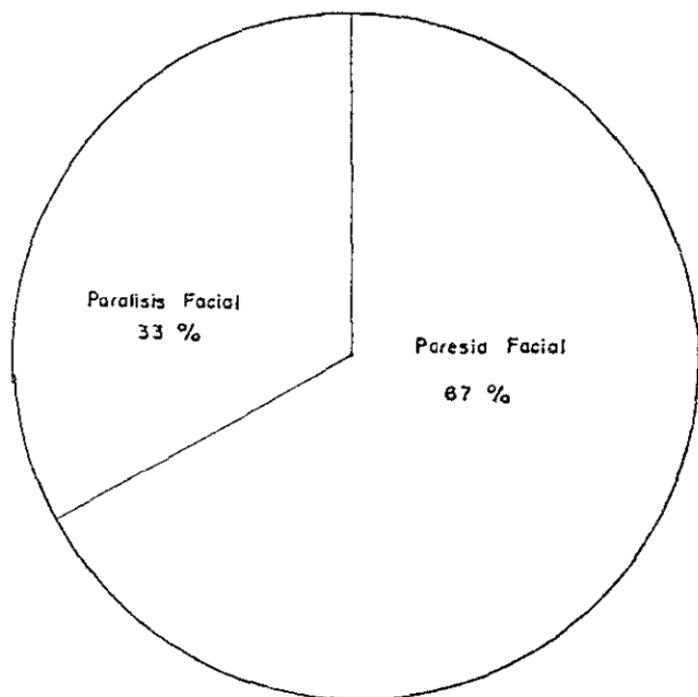
Gráfica 154 GRADO DE AFECTACION MOTORA DE C.P. INT.



Músculos Calificados Según Clasificación de Level Unilateral

Fuente - Exploración Física

15.5- GRADO DE AFECTACION DE P. FACIAL  
Y SU PORCENTAJE



Fuente: Exploración Física

## PORCENTAJE DE OTRAS ALTERACIONES

oficio 16 r

OTRAS ALTERACIONES	FRECUENCIA	%
Alopecia de Cejas	42	65
Alf. Oculares	7	11
Hundimiento Tabique Nasal	12	19
Disfonia	3	5

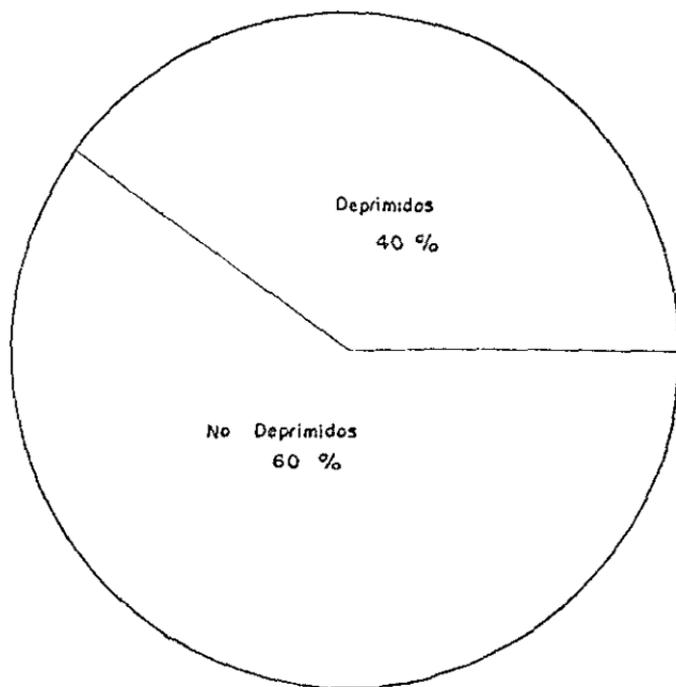
Fuente = Exploración Física

# ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

fico 17 r

FUNCIONALIDAD ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	ASISTENCIA	DEPENDIENTE
Alimentacion	56 %	30 %	14 %
Vestido	60 %	20 %	20 %
Aseo Personal	70 %	17 %	13 %
Act. de Cama	71 %	16 %	13 %
Act. del Hogar	66 %	16 %	18 %
Traslado	57 %	14 %	29 %

18- PRESENCIA O NO DE DEPRESION Y SU PORCENTAJE

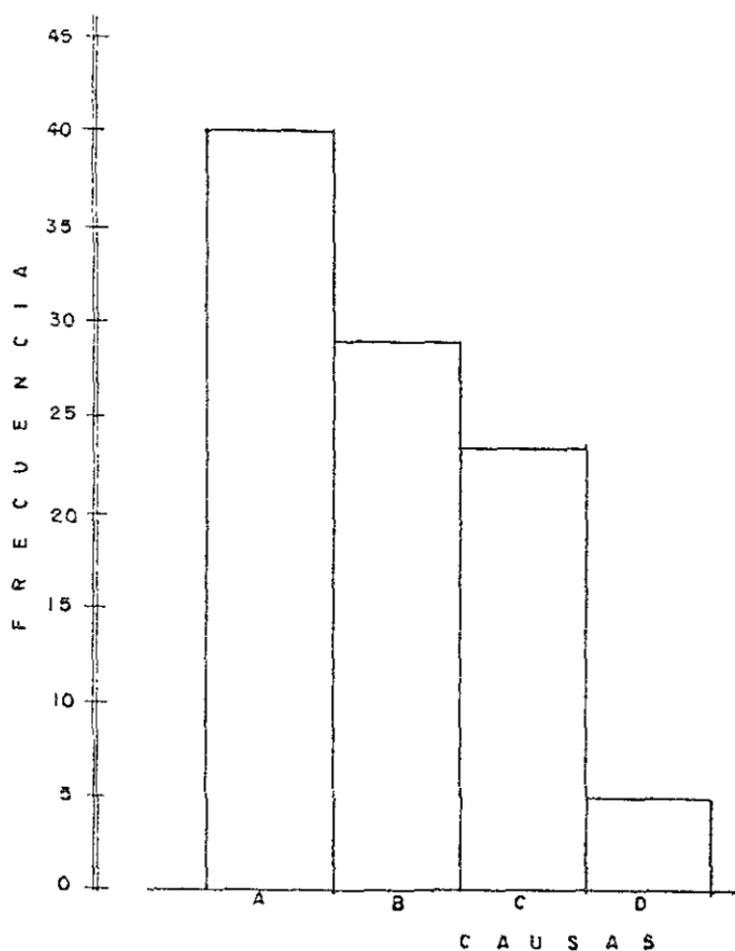


Emocional desde que Supieron su Dx.

Fuente- Area Psicológica

# CAUSAS DE ABANDONO DE TX. Y SU FRECUENCIA

Gráfica 18.1



## C L A V E

A = No tener Tiempo de Asistir a la Consulta

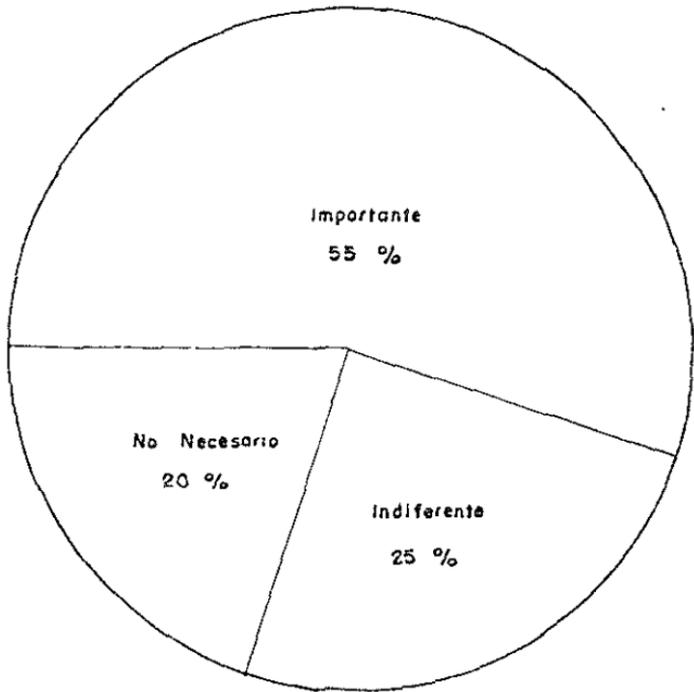
B = Sentirse Bien

C = No Estar Enfermo

D = Deseos de Morir

Fuente: Area Psicológica

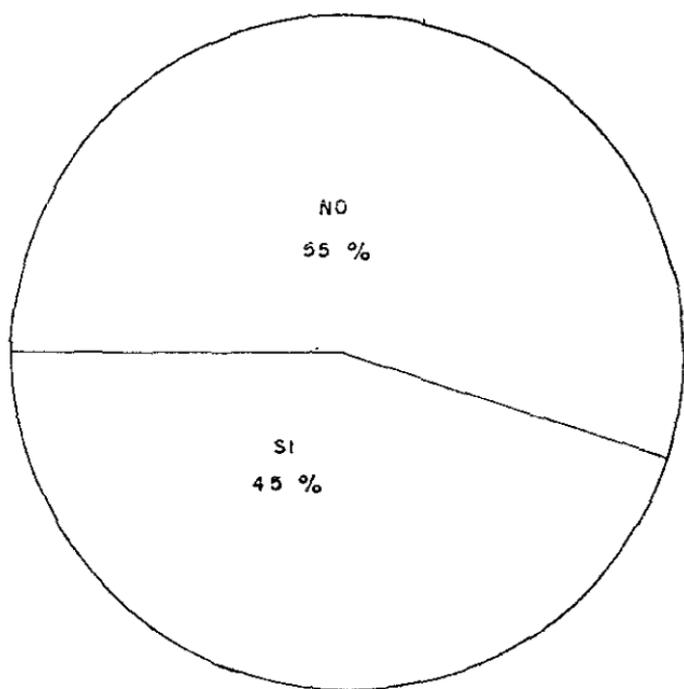
# ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA ENFERMEDAD Y SU PORCENTAJE



No es Necesario porque se Consideran Sanos  
Inestables Emocionalmente

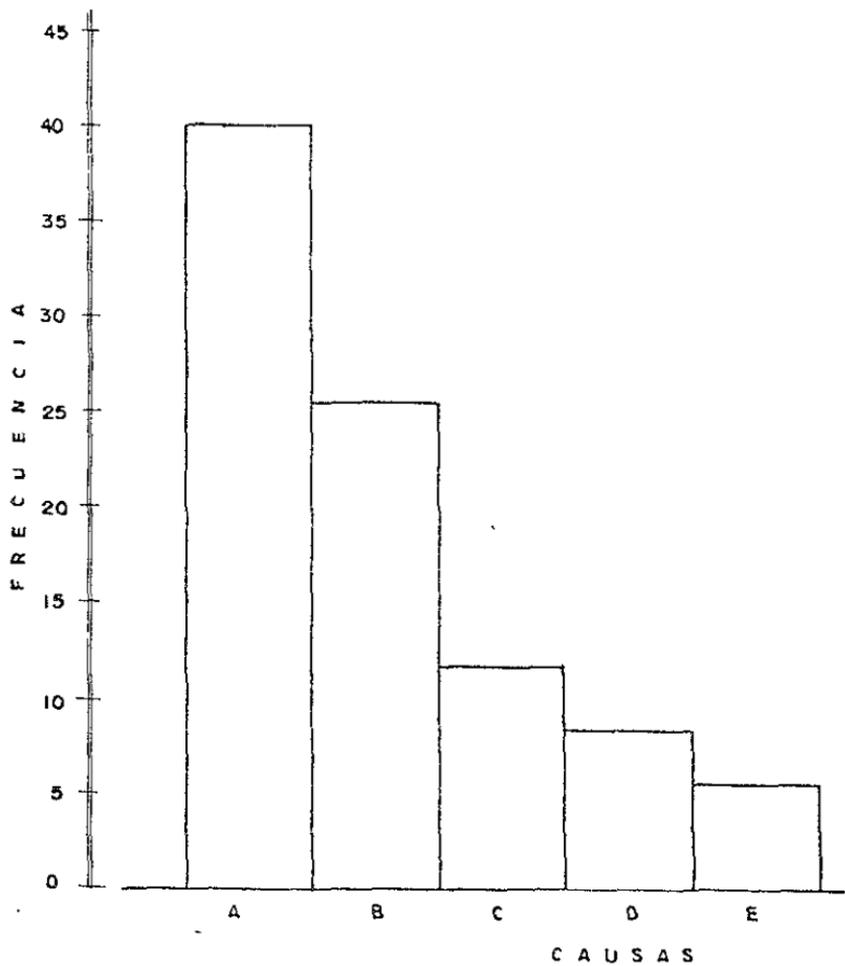
Fuente: Area Psicológica

aflica 18.3- **PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON ORIENTACION  
SOBRE EL PADECIMIENTO O CONOCIMIENTO DE LA ENFER-  
MEDAD Y SU PORCENTAJE**



Orientación del Pac. en cuanto a Etiología, Tx, Evolución  
Fuente - Orientación sobre Pac.

# CAUSAS DEL DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y SU FRECUENCIA

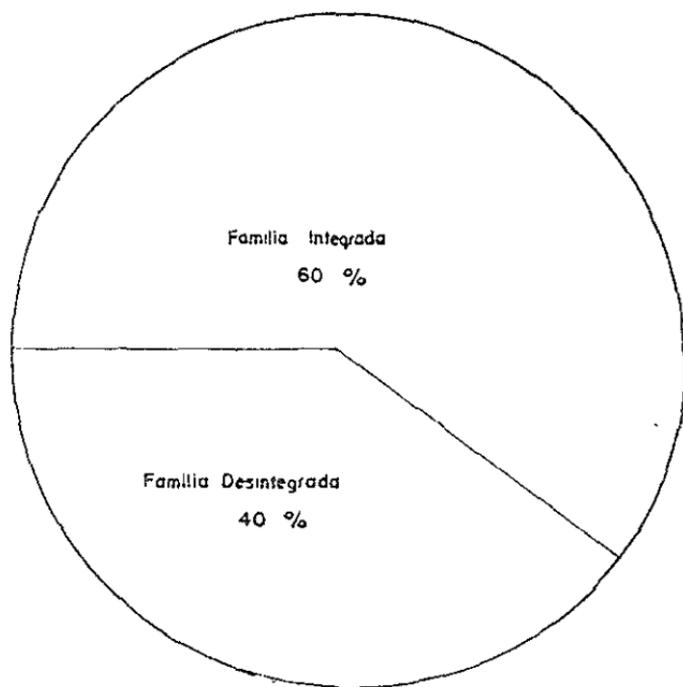


### C L A V E

- A- No la Requiere
- B- No le Interesa
- C- No le Entiende
- D- No Sabe a quien Acudir
- E- No se le ha Brindado

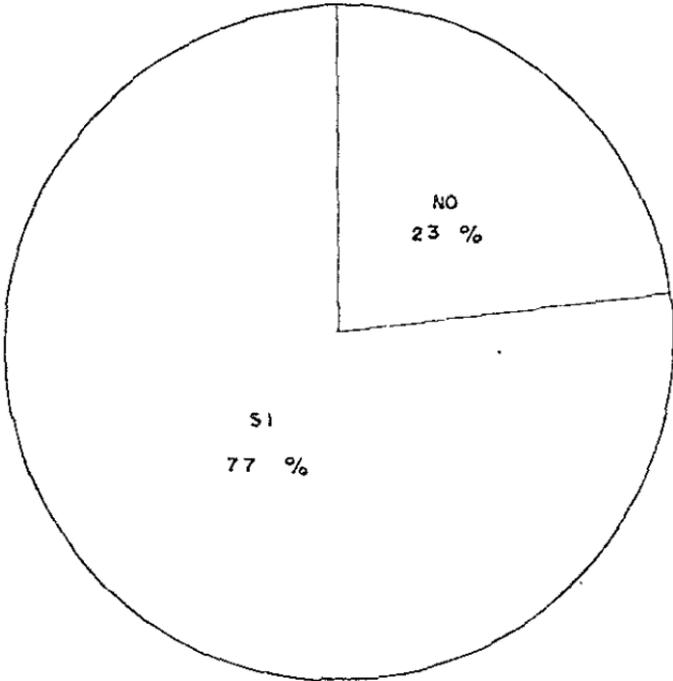
Fuente: Area de Orientacion Psicologica

2 19 - PORCENTAJE DE LA DINAMICA FAMILIAR



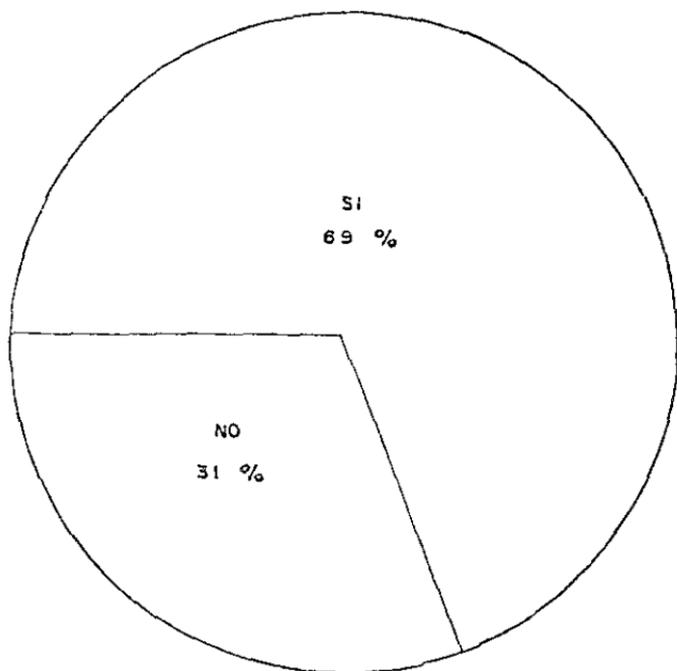
Fuente - Encuesta Familiar

Grafica 19.1 \* PORCENTAJE DE COMUNICACION DEL DX. CON LA FAMILIA



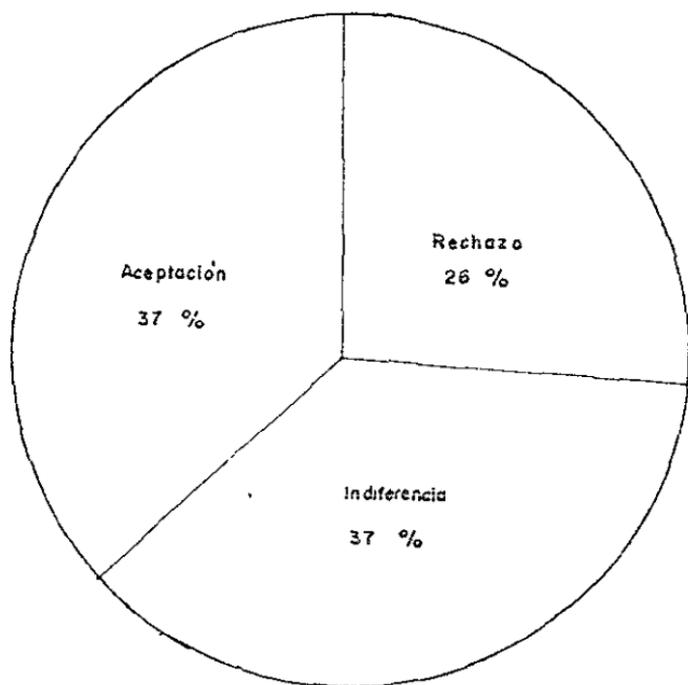
Fuente \* Area Familiar

ca 19.2 r **PORCENTAJE DE CAMBIOS EN LA DINAMICA FAMILIAR**



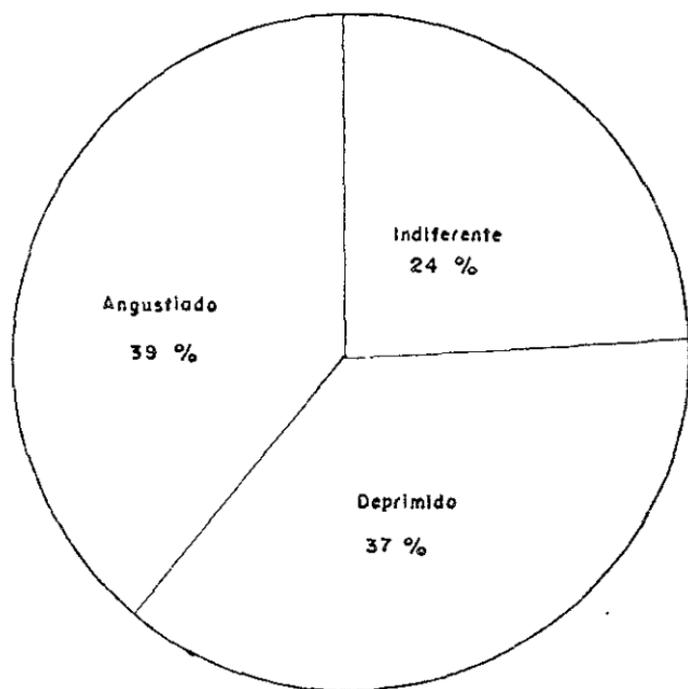
fuentes - Area Familiar

Gráfico 19.3r REACCION DE LA FAMILIA AL SABER EL DX.  
Y SU PORCENTAJE



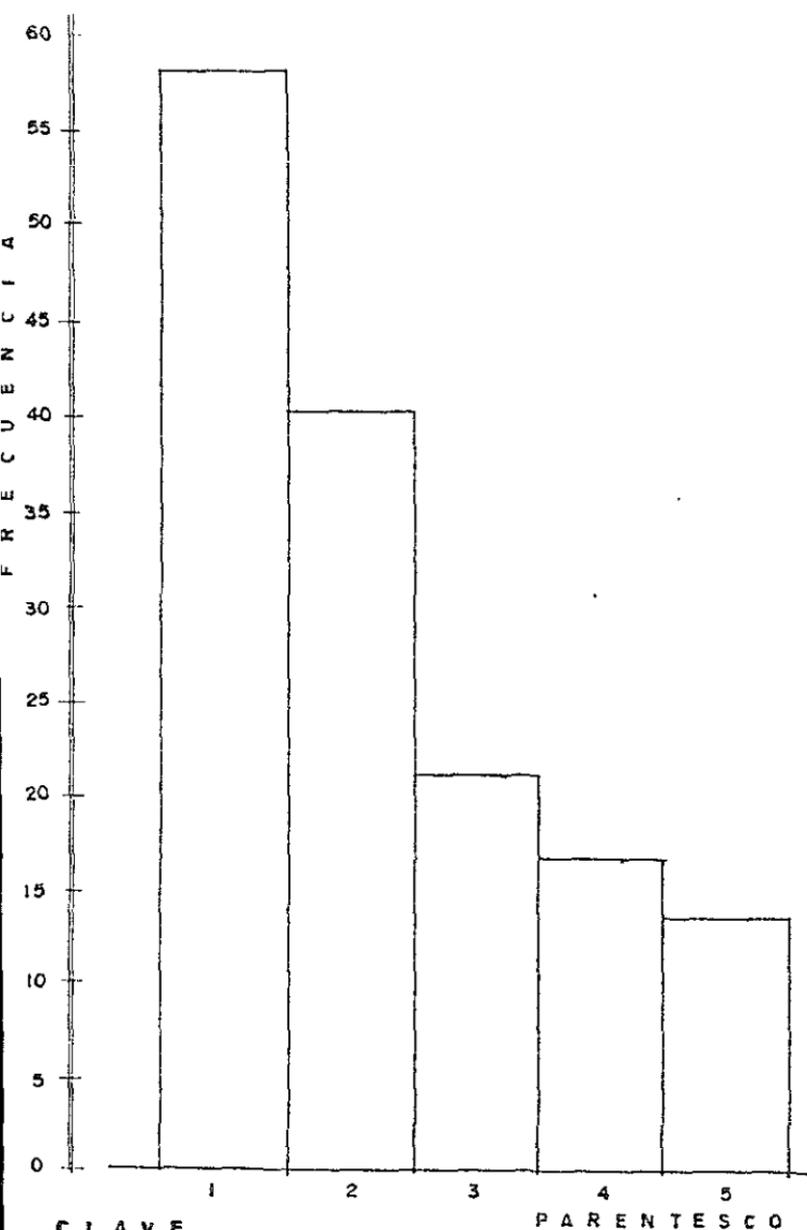
Fuente = Area Familiar

rofica 19.4 REACCION EMOCIONAL DEL PACIENTE FRENTE  
A LA FAMILIA Y SU PORCENTAJE



Reacción Emocional al decirles el Dx.

Fuente = Area Familiar

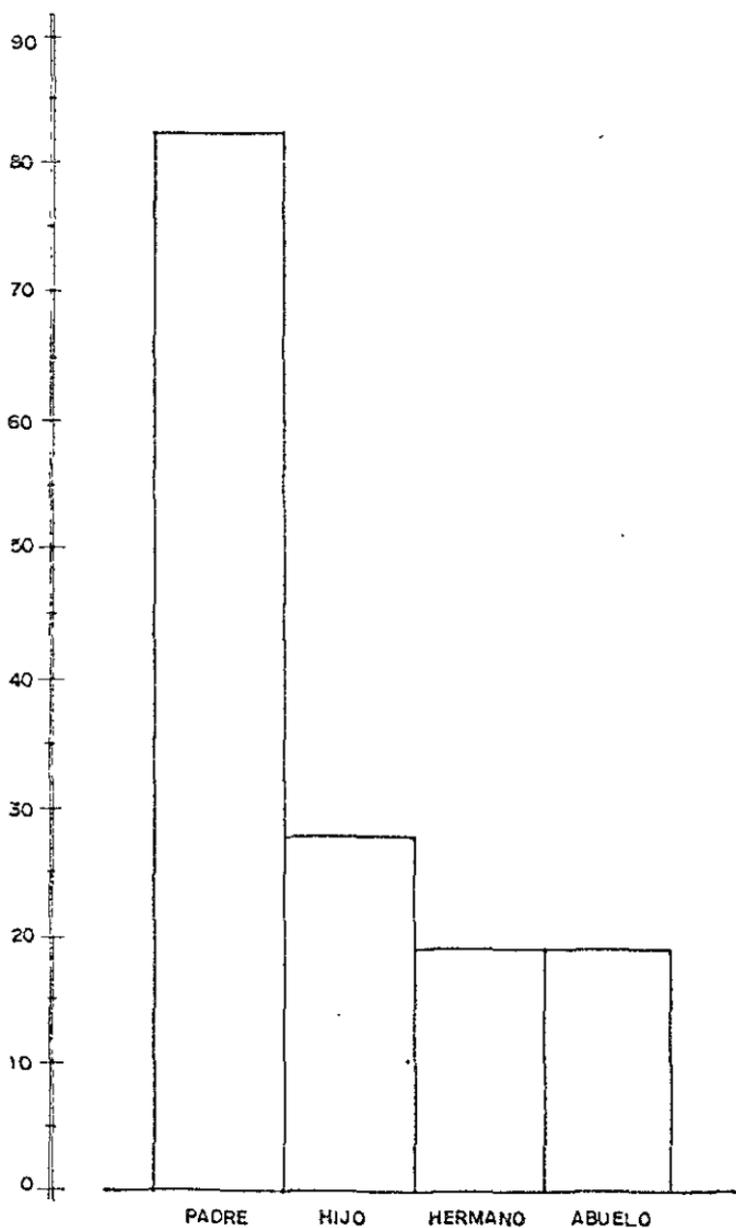


**C L A V E**

- 1- Otras Familias - ( Abuelos, Tios )
- 2- Esposa
- 3- Hermanos
- 4- Padres
- 5- Hijos

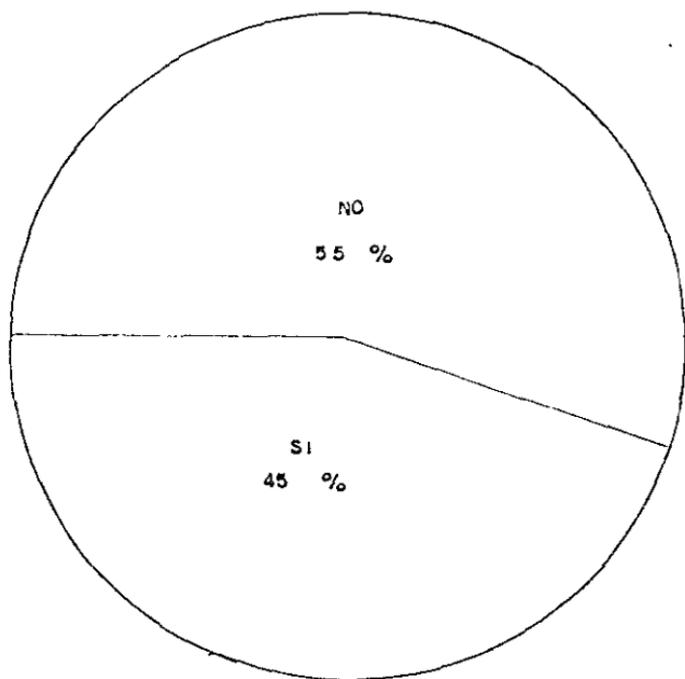
Fuente : Area Familiar

5. PTJE. DEL ROL QUE DESEMPEÑAN Y SU FRECUENCIA



Fuente : Area Familiar

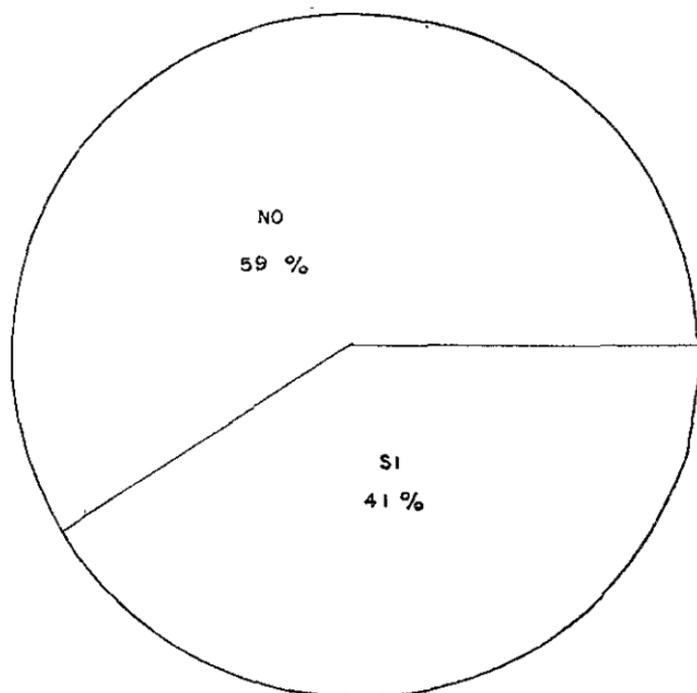
gráfica 197r RELACION FAMILIAR CON O SIN EL MISMO PADECIMIENTO  
Y SU PORCENTAJE



ente = Area Familiar

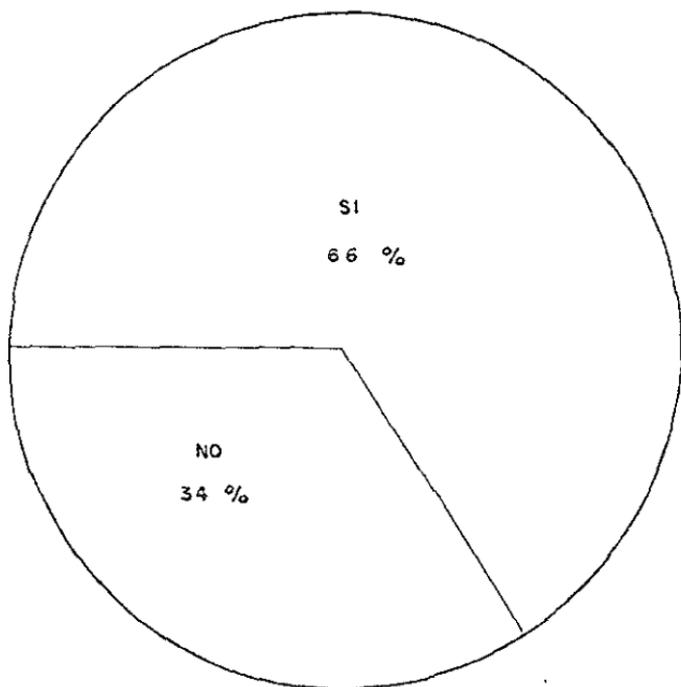
Si = Más de un Familiar Padece la Enfermedad

19.8- PORCENTAJE DE FAMILIARES AFECTADOS  
QUE RECIBEN O NO TRATAMIENTO

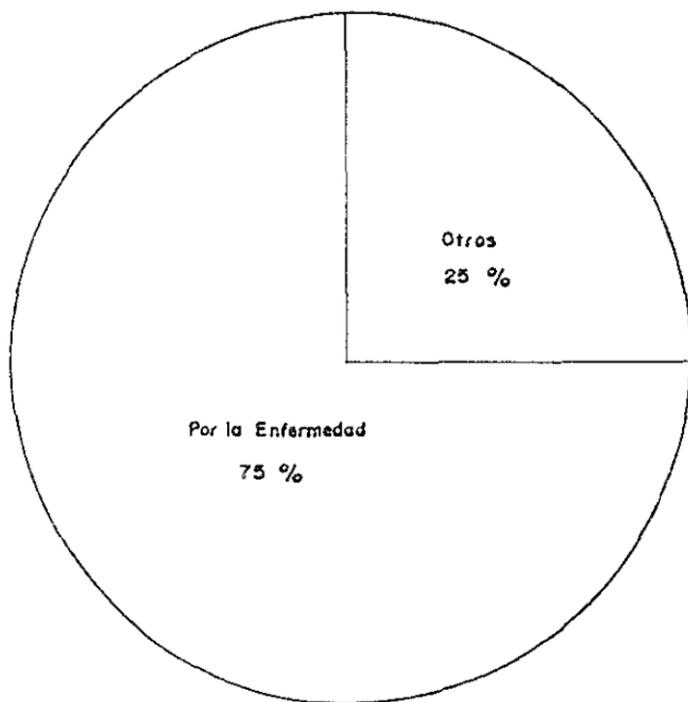


Fuente - Encuesta : Area Familiar

afica 20- PORCENTAJE DE PACIENTES CON O SIN DESCENDENCIA FAMILIAR

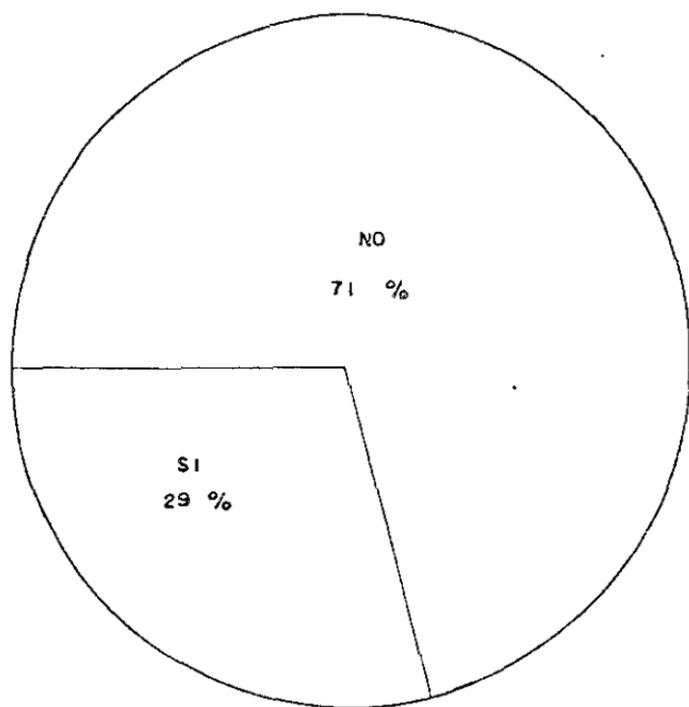


fica 20,17 MOTIVOS DE SEPARACION Y SU PORCENTAJE



Otros Ajenos a la Enfermedad misma

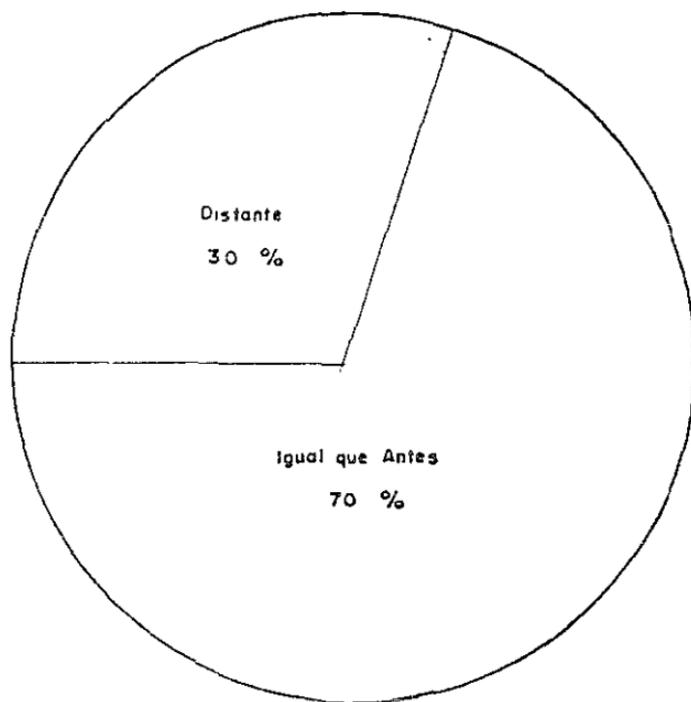
Fuente = Area Sexual



Realiza la Misma Actividad Sexual  
Fuente: Area Sexual

3

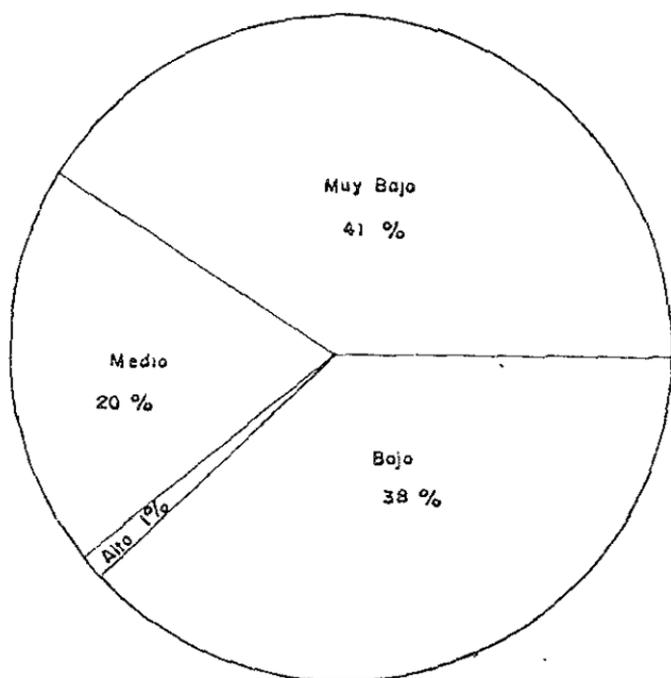
# PORCENTAJE DE CAMBIOS INTERPERSONALES POSTERIORES AL DIAGNOSTICO



Cambios en la Relación Marital  
Después de Saber el Dx.

= Area Sexual

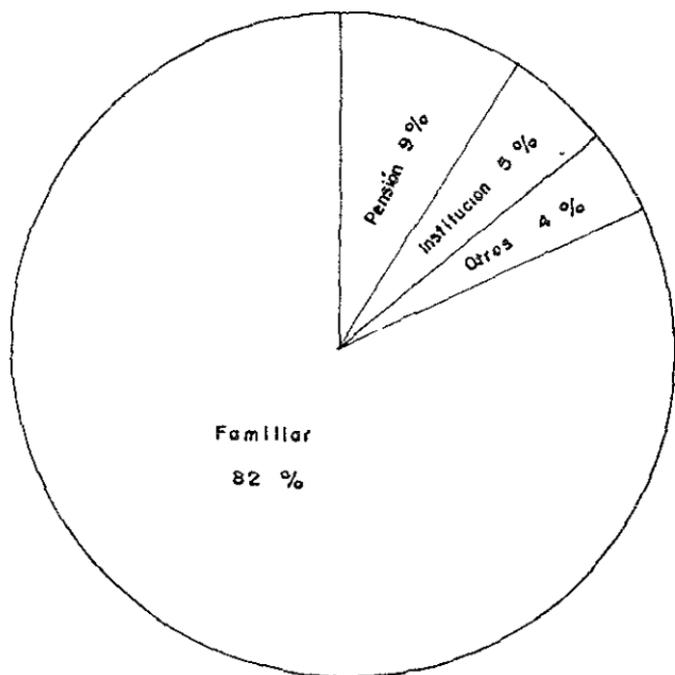
## 2. PORCENTAJE Y CLASIFICACION DEL INGRESO FAMILIAR



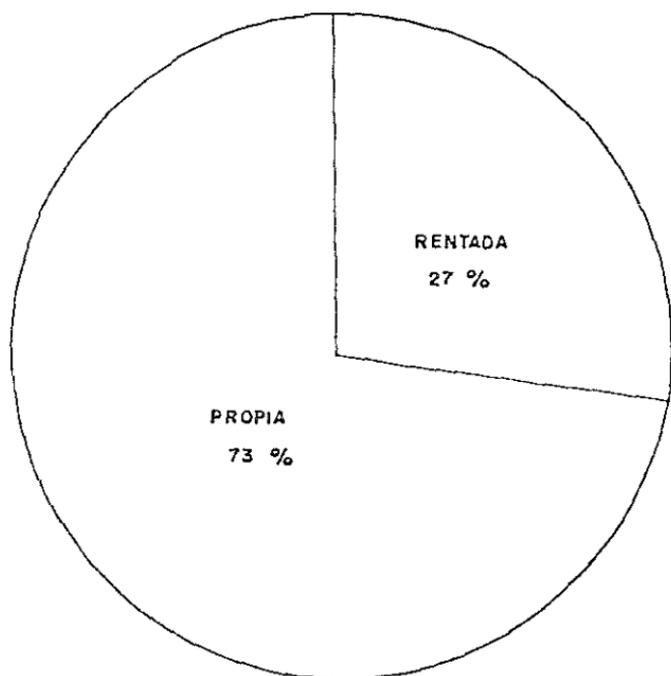
Muy Bajo = Del Mínimo  
Bajo = Del Mínimo  
Medio = Más del Mínimo  
Alto = Mas del Medio

Sección Económica

# FUENTE DE INGRESO ECONOMICO DE LOS PACIENTES Y SU PORCENTAJE

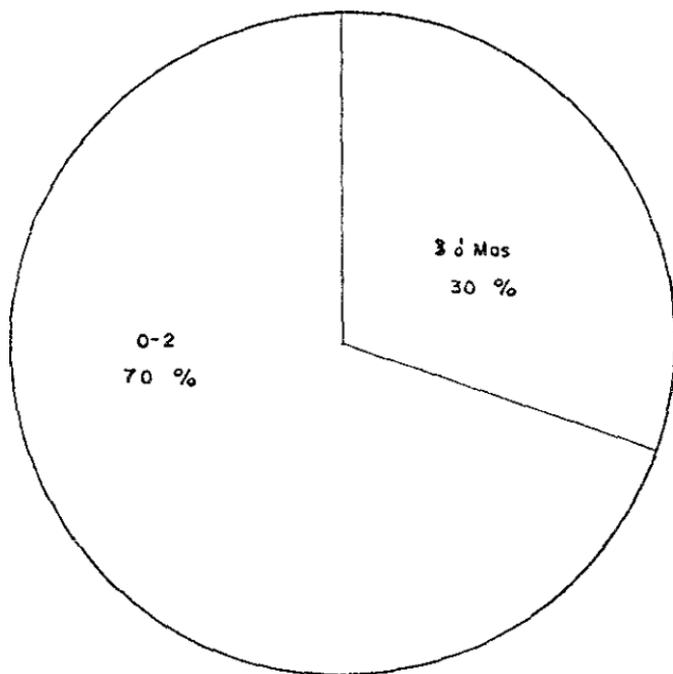


21.2<sup>r</sup> POSESION DE VIVIENDA Y SU PORCENTAJE



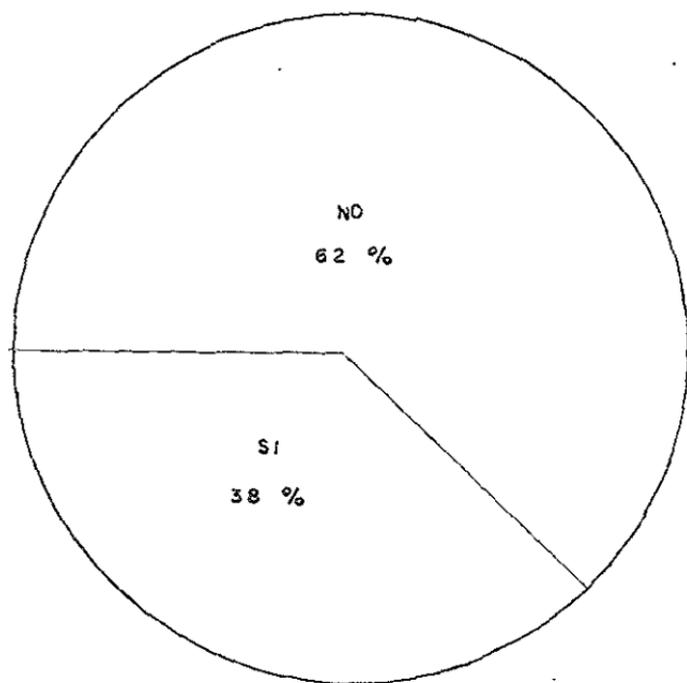
Encuesta

1ca213- PORCENTAJE DEL NUMERO DE HABITACIONES



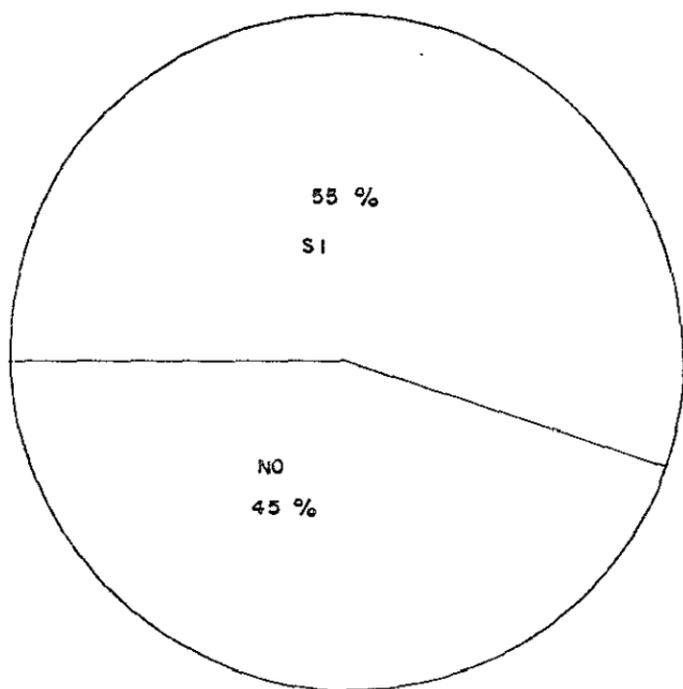
e.- Area Vivienda

PORCENTAJE DE CASAS CON O SIN WC.



Area Vivienda

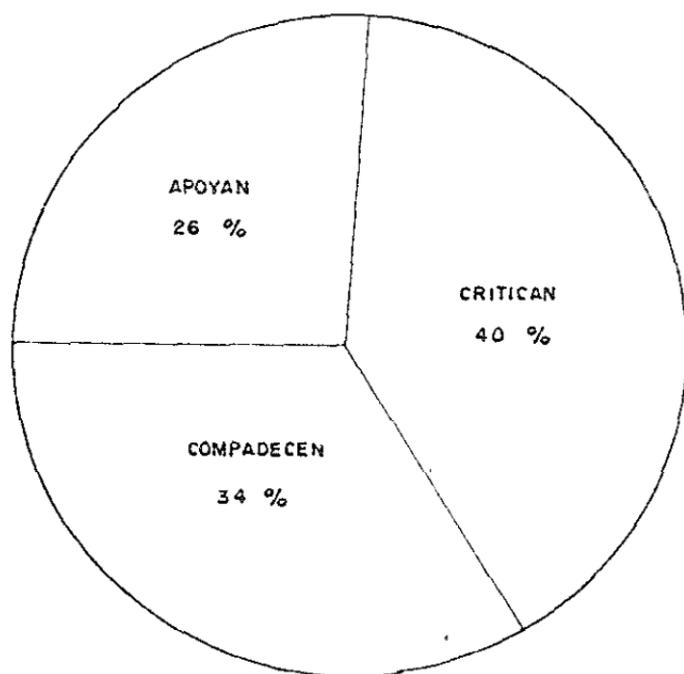
57. CAMBIO DE DOMICILIO POR PREJUICIO Y SU PORCENTAJE



Por Prejuicios

= Area de Vivienda

ACTITUD DE LOS AMIGOS FRENTE AL PACIENTE  
Y SU PORCENTAJE

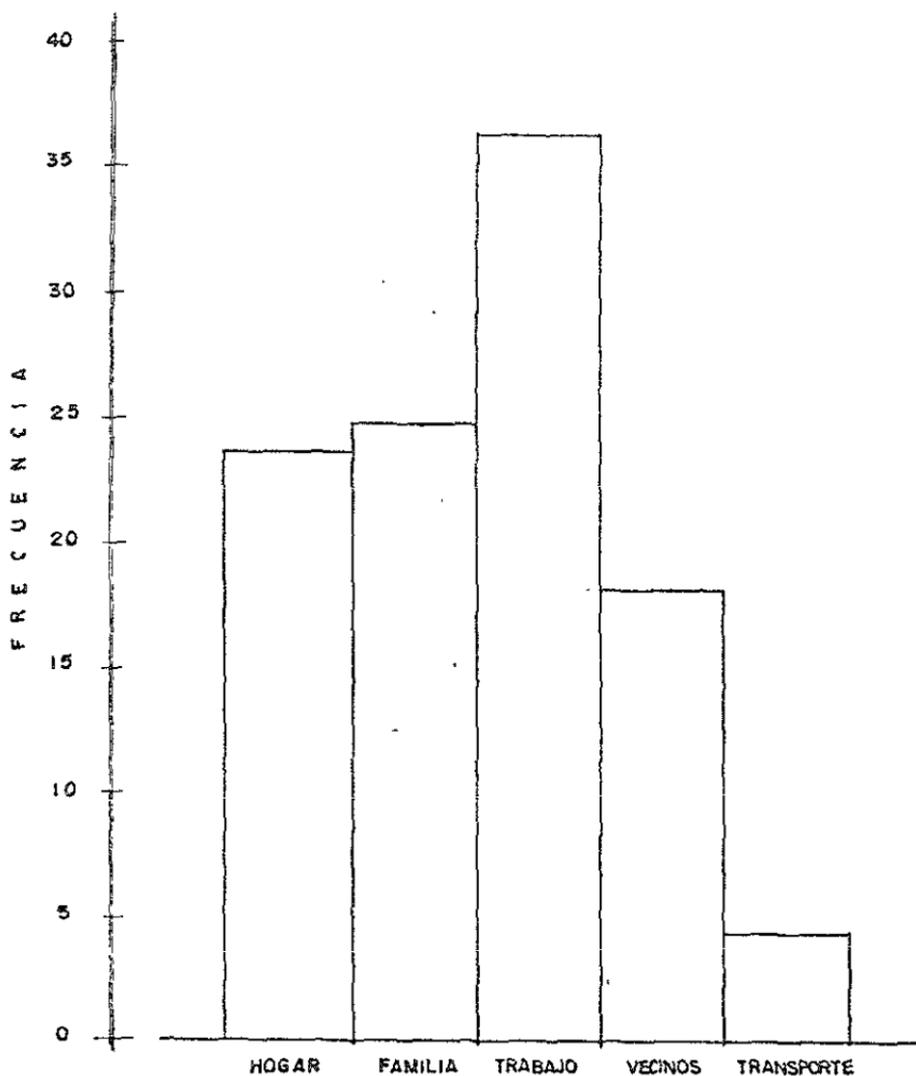


Relacion con Amigos

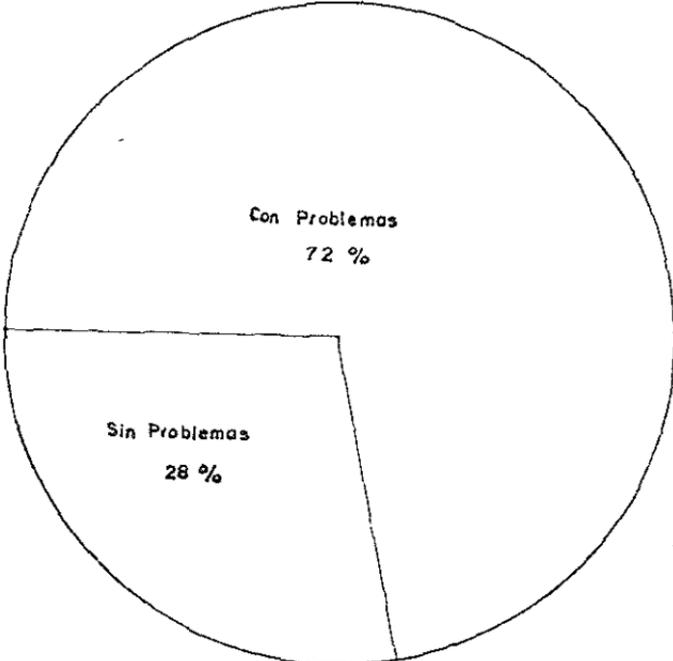
te = Area Social

# SITIO DONDE LOS PACIENTES HAN TENIDO CONFLICTOS Y SU FRECUENCIA

22-1-

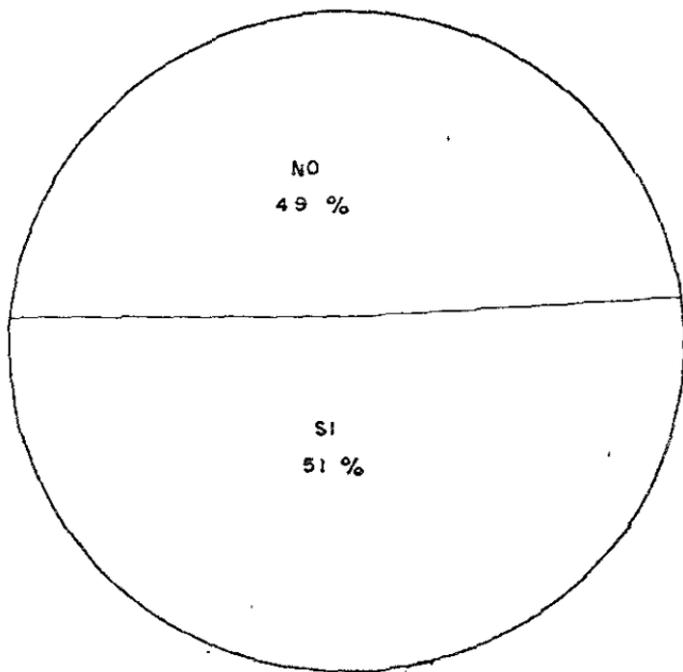


22 2-PORCENTAJE DE PACIENTES CON Y SIN PROBLEMAS SOCIALES



n Problemas en Hogar, Trabajo, Comunidad  
Area Social

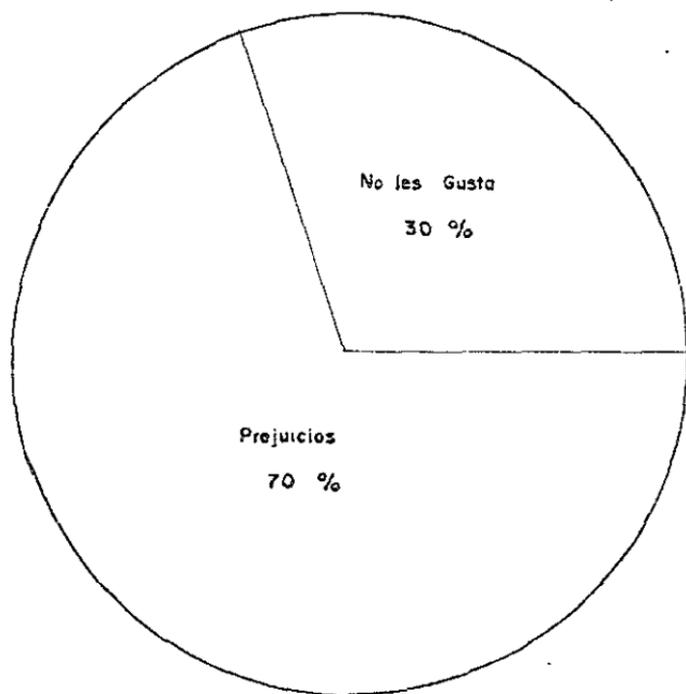
22.3. ASISTENCIA O NO A LUGARES PUBLICOS Y SU PTJE.



Lugares Publicos  
mercado, Cine

Social

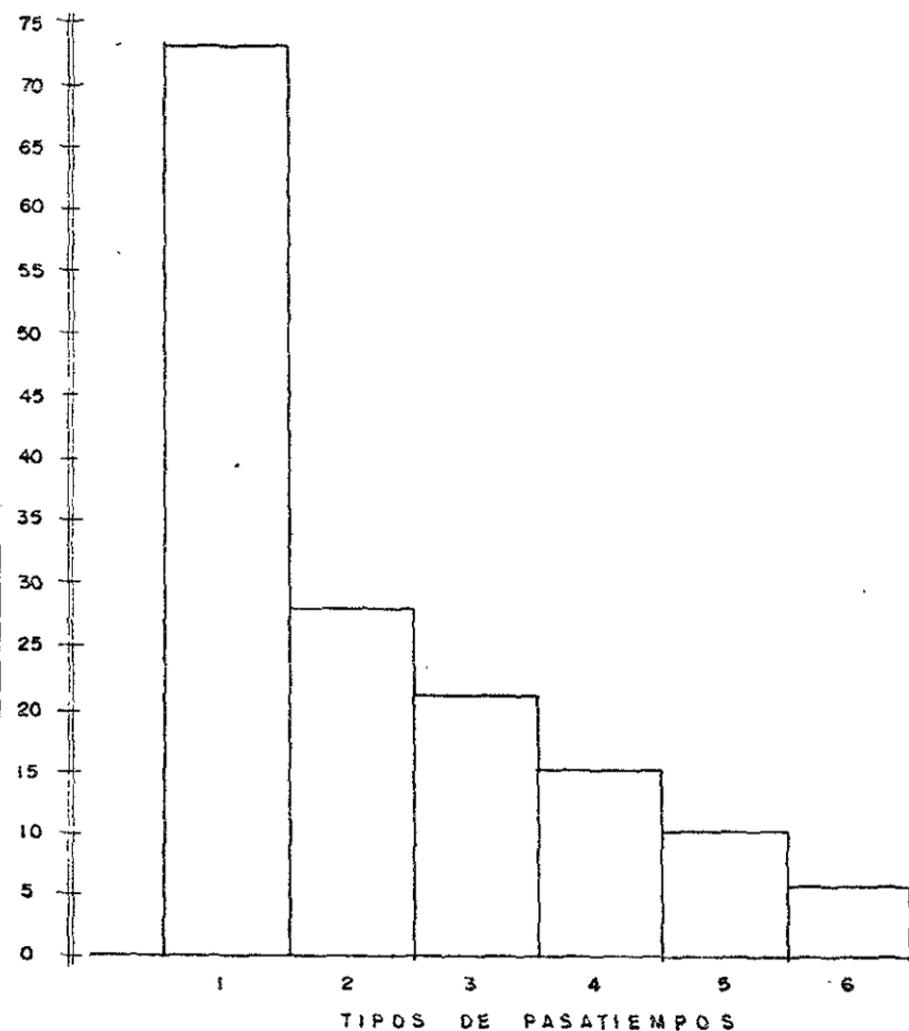
24- MOTIVOS PARA NO SALIR DE SU HOGAR  
Y SU PORCENTAJE



sten a Lugares Públicos / Prejuicios,  
s da Pena , Verguenza

r Area Social

## 5.- TIPOS DE PASATIEMPOS DE LOS PACIENTES Y SU FRECUENCIA

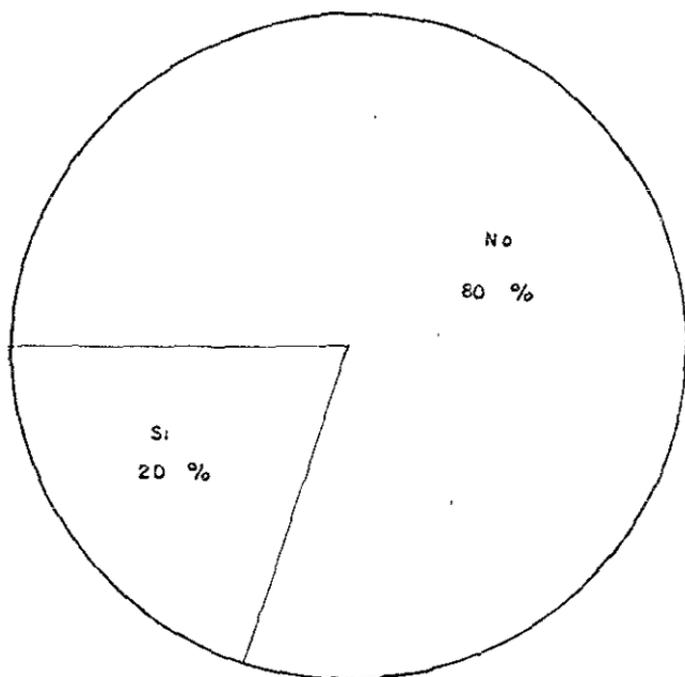


### CLAVE

- 1- TV.
- 2- RADIO
- 3- OTROS
- 4- DEPORTES
- 5- CINE
- 6- LECTURA

Fuente = Area Social

2.6- PARTICIPACION EN EVENTOS SOCIOCULTURALES  
Y SU PORCENTAJE

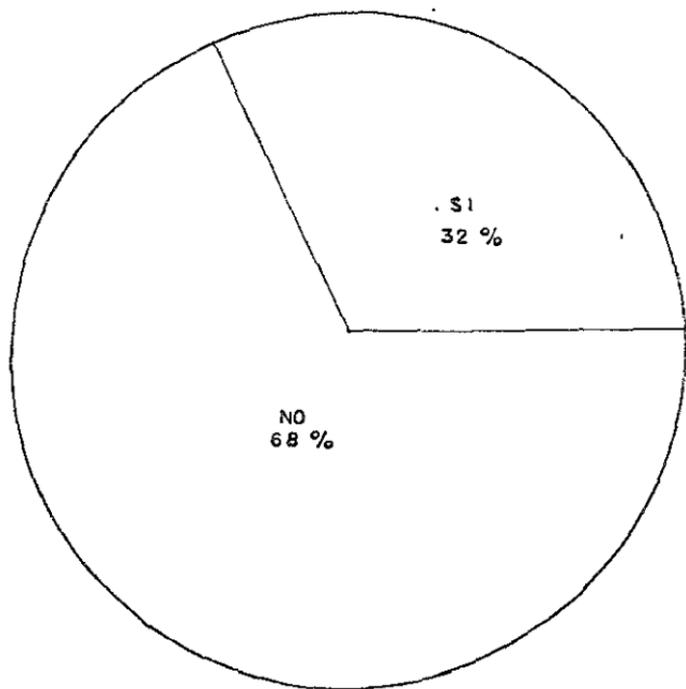


os Culturales con algun cargo en Ellos

ite - Area Social

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

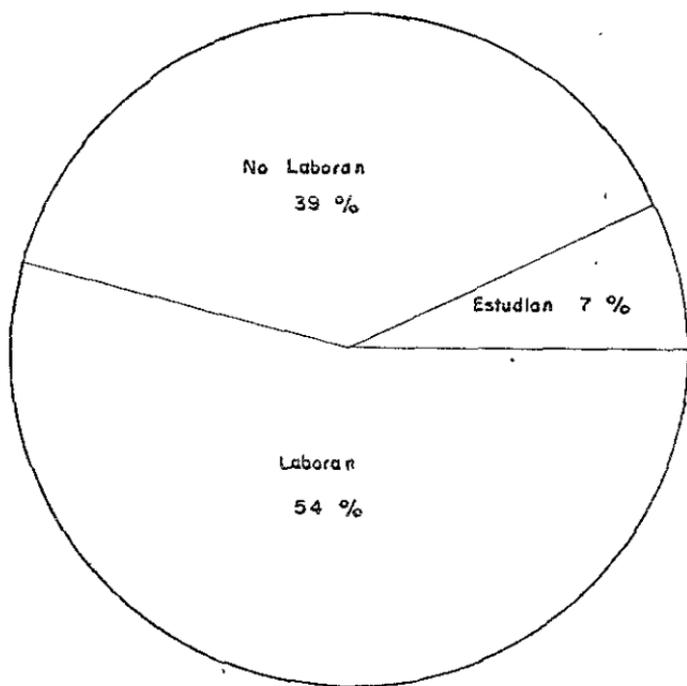
COMUNICACION DEL PACIENTE CON SUS AMIGOS DE SU  
DIAGNOSTICO Y SU PORCENTAJE



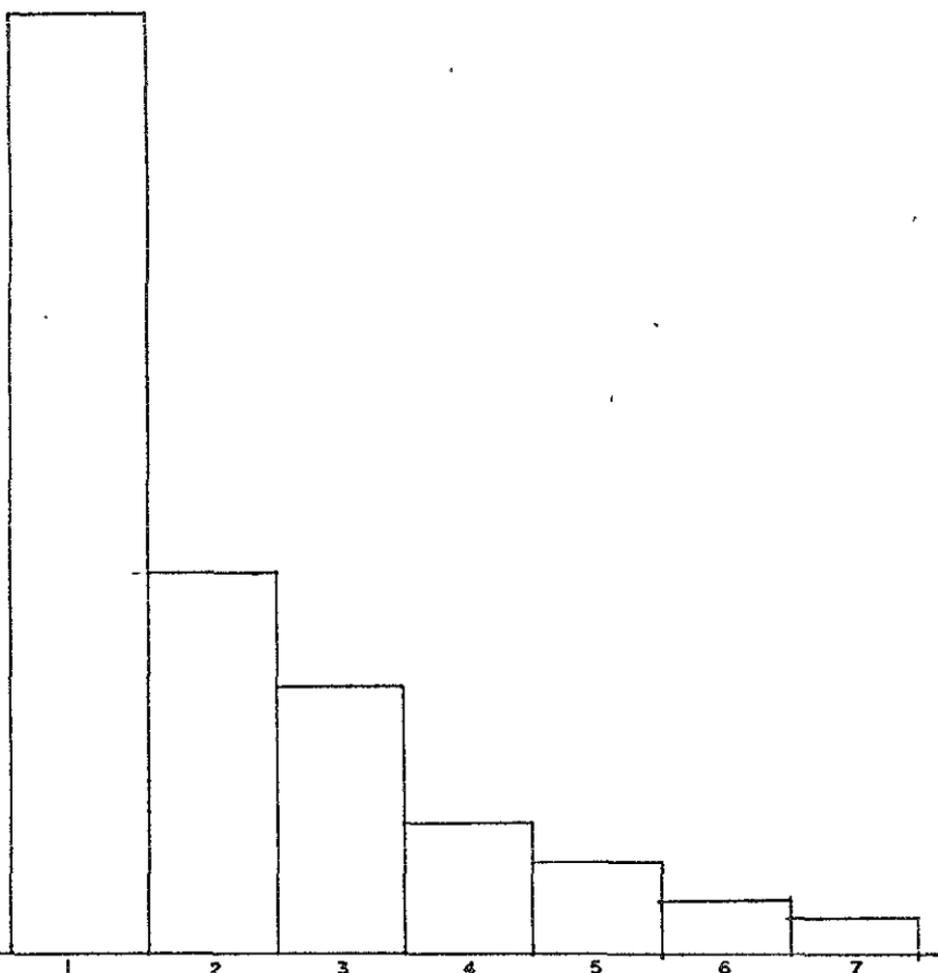
mentar el Dx.

e r Area Social

a 23 - PORCENTAJE DE LA ACTIVIDAD LABORAL



# FRECUENCIA DE LAS CAUSAS POR LAS QUE NO LABORAN



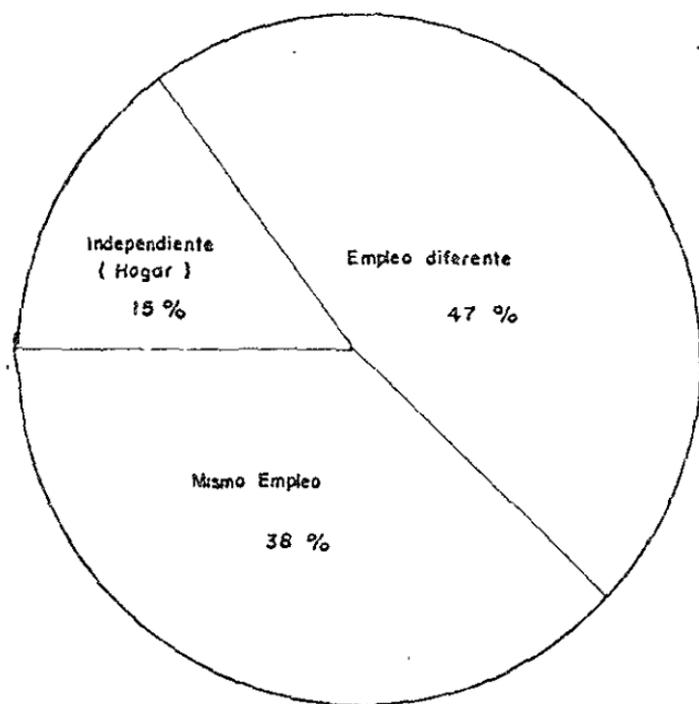
CAUSAS POR LAS QUE NO LABORAN LOS PACIENTES

## C L A V E

- 1= Siempre dedicado al Hogar
- 2= Nunca han Trabajado
- 3= Imposibilidad
- 4= Pensionado
- 5= Rechazo en el Trabajo
- 6= Jubilados
- 7= Continua Incapacidad

Fuente = Encuesta Area Laboral

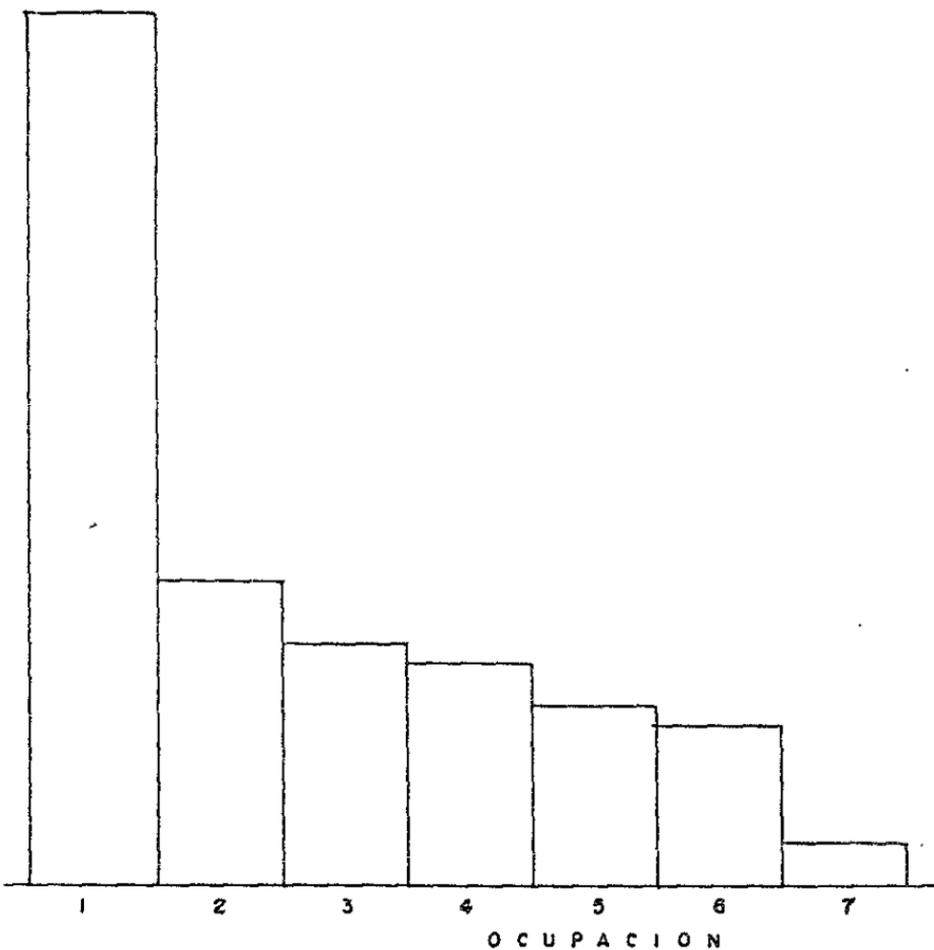
2-PORCENTAJE DE LA RELACION LABORAL ACTUAL  
DE LOS PACIENTES



de Encuesta Sección Laboral

Relación Laboral Actual  
con el anterior al Dx

# OCUPACION DE LOS PACIENTES Y SU FRECUENCIA



## A V E

- IMPESINO
- ECNICO
- MPLEADOS
- .BANIL
- IMERCANTES
- BLADOR
- OFESIONISTAS

## CONCLUSIONES

- El diagnóstico hecho en los pacientes estudiados fue eminentemente clínico e inoportuno por lo que se tendrá que implementar un adiestramiento a todo el equipo de salud, así como a la población para hacer más oportunamente el diagnóstico y evitar las secuelas que este padecimiento produce.
- El impacto social de esta enfermedad produce reacciones psicossociales en el individuo que lo aislan de su medio ambiente (hogar, trabajo, comunidad) porque la rehabilitación psicológica debe ser parte fundamental del tratamiento de estos pacientes, al igual que al equipo de salud, un programa de orientación para disminuir en la medida de lo posible -- los prejuicios hacia el individuo enfermo .
- La actividad sexual en el paciente leproso no se encuentra alterada pero sí es un factor desencadenante en algunas parejas para su separación.
- También hay que hacer incapié en que la lepra impacta fuertemente a la familia provocando disfunciones familiares y aumentando con ello la incidencia de lepra en el seno familiar lo que podría evitarse enfrentando a la familia a su problema lo más adecuadamente posible.
- La lepra es una enfermedad de la pobreza ya que la incidencia de esta fue mayor en las personas de escasos recursos económicos. Nos llama la atención de que esto no explica suficientemente en sí la incidencia en los campesinos. Por lo que es necesario efectuar una investigación más.
- La lepra es una causa de abandono de trabajo y/o de cambio-

ctividad por el rechazo o por la incapacidad para realizar-  
esto disminuye la fuerza de trabajo lo que trae como conse-  
cia alteraciones para la economía no nada más del paciente,  
también del país.

- r. Michael F. Leshat- Epidemiología de la lepra y su historia OMS Washington 1963. Pág. 3
- mado Saúl; Lecciones de Dermatología 1979. Pág. 149
- r. Michael F. Leshat; Guía para la lucha antileprosa 1980  
 Pág. 7
- uisorio Etcó; Seminario Boliveriano sobre el control de  
 epra OPS. 1983 Pág. 15
- tanley G. Browne; Acta clínica Leprosy 1970 Pág. 16
- argaret E. Brand and Guillis W. Long H.D. Care Of the eye-  
 n Hansen's di sease, the Star 1986 vol. 45 N. 4 Pág. 3
- irender N. Sehgal MD; Challenges of urban Hansen's Disease  
 n India; the Star 1986 vol 45 Nº 6 Pág. 3
- rabha Kar M.C., role of the nose in the transmisión of Han-  
 en's disease, the star; 1986 vol 45 Nº 6 Pág 1
- ohn M. Hunter; Epidemiología Considerations; the star 1986  
 ol. 45 Nº 6 Pág. 7
- tanley G. Browne; Acta clínica leprosy 1970 Pág. 18
- mado Saúl; Lecciones de Dermatología 1979 Pág. 151
- . S. Ridley; the clasificación of Hansen's disease; the --  
 tar 1986 vol 45 Nº 4 Pág. 8
- mado Saúl; et Josefa Navales; La lépre de lucio-Latapí et-  
 e Phinoméne de lucio; Acta Leprológica 1983 vol. Nº 3 Pág -  
 15.
- . Temime et, P. Latourelle; Explorations immuno-allergolo-  
 iques chez les lepreux (LL ou LB); Acta leproológica 1970 -  
 ol 40 pág. 27
- mado Saúl; Lepra Lepromatosa, lecciones de Dermatología; -  
 1979 Pag. 154
- J. Discamps, P Saint., P. Bihan-faou. La variete histoid -

- de la lépre; Acta leprologica 1975 vol. 59 Pág. 67
- .- Stanley Browne; Clinical Course of the Leprosy; Documenta --  
Geigy Leprosy 1970, Pág. 21
- .- Michael G Corcos; Nerve Damage in Hansen's Disease, the -  
Star 1986- April Pág. 14
- .- André Carayón; Etude Physiopathologique des troubles trofi-  
ques; Acta leprologica 1975, vol 59 Pág. 161
- .- Expertos de la OMS; Diagnósticos de Lepra oportunamente; --  
Guía antileprosa OMS 1980, Pág. 15
- .- Quismorio Etcó; Diagnostico inmunológico; Seminario Boli-  
veriano sobre el control de lepra OPS, 1983 Pag. 32
- .- Dr. José J. Arvelo; Anatomía, exploración funcional y pa-  
tología de la mano en lepra; 1982, vol. 1 Pág. 15
- .- Dr. Jose J. Arvelo; Anatomía , Exploración y patología de  
pié en lepra; 1980, Pág. 7
- .- Stanley G. Browen; Differential Diagnosis; Acta clínica;  
1970, Pág. 57
- .- Marcel Forie; Aspectos Generales humanas en el tratamien-  
to del paciente con enfermedad de Hansen; XI congreso in-  
ternacional de lepra; 1978, Pág. 1
- .- DR. J. Terencio de las Aguas; Terapéutica combinada en la  
Lepra; Acta leprologica; 1983, vol. 1 No. 3 Pág. 143
- .- Carayón J B Etcó; Apport de la Chirurgie dans le traitement  
de la lépre; Acta leprologica 1972, vol. 46 Pág. 57
- .- Dr. J. Languillón; Acción de la talidomida en la reacción  
leprosa, Acta leprologica; 1972, vol. 46, Pág. 75
- .- Expertos de la OMS; Guía para la lucha antileprosa 1980  
Pág. 53