



Artículo original

doi: <https://doi.org/10.57201/academic.8.1.5347>

Efectos psicosociales en pacientes con enfermedad de Hansen del Hospital privado del Departamento de Cordillera, Paraguay 2023

Psychosocial effects in patients with Hansen's disease from the private Hospital of the Cordillera Department, Paraguay 2023

Gianina Araceli Acevedo Colman^{1*}, Juan José Vázquez-Alcaraz¹, Myriam Segovia Martínez²

¹ Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Enfermería y Obstetricia. San Lorenzo, Paraguay.

² Universidad Nacional del Este. Ciudad del Este, Paraguay.

*Autor para correspondencia: Gianina Araceli Acevedo Colman aracelio3acevedo@gmail.com

Recibido: 10-04-2024

Aceptado: 21-06-2025

RESUMEN

Introducción: Esta investigación trata, sobre la enfermedad infecciosa de Hansen, causada por la bacteria *Mycobacterium Leprae* (ML). Tiene como objetivo describir los efectos psicosociales en pacientes con enfermedad de Hansen, del hospital privado del departamento de Cordillera, Paraguay, año 2023. **Metodología:** Se trabajó con un paradigma cualitativo, con un diseño fenomenológico descriptivo. La muestra estuvo compuesta por diez pacientes, seleccionados por muestreo intencional, fueron entrevistados utilizando una guía de preguntas. **Resultados:** Los resultados, agrupados en dimensiones, categorías y subcategorías, revelaron que los pacientes, con edades entre 33 y 63 años, provenían de áreas urbanas y mayormente tenían estudios primarios. Sus ocupaciones variaban entre labores domésticas, trabajos independientes y desempleo. Los sentimientos iniciales tras el diagnóstico incluyeron esperanza, aceptación y tranquilidad, pero también desconcierto, tristeza y malestar emocional. Durante el tratamiento, persistieron la tranquilidad y la aceptación, aunque surgieron sentimientos de vergüenza y preocupación. En el ámbito social, la mayoría experimentó apoyo familiar y de amigos, aunque algunos sufrieron discriminación o sintieron la necesidad de ocultar su condición. **Discusión:** El estudio concluye que la enfermedad de Hansen genera una variedad de efectos psicosociales, tanto positivos como negativos, en los pacientes.

Palabras claves: Efectos, psicosociales, pacientes, Enfermedad de Hansen, Paraguay.

ABSTRACT

Introduction: This research deals with Hansen's infectious disease, caused by the bacterium *Mycobacterium Leprae* (ML). Its objective is to describe the psychosocial effects on patients with Hansen's disease at the private hospital in the Cordillera department, Paraguay, in 2023. **Methodology:** A qualitative paradigm was used, with a descriptive phenomenological design. The sample consisted of ten patients, selected by purposive sampling, who were interviewed using a question guide. **Results:** The results, grouped into dimensions, categories, and subcategories, revealed that the patients, aged between 33 and 63, came from urban areas and mostly had primary education. Their occupations varied between domestic work, self-employment, and unemployment. Initial feelings after diagnosis included hope, acceptance, and tranquility, but also confusion, sadness, and emotional distress. During treatment, peace of mind and acceptance persisted, although feelings of shame and concern arose. Socially, most experienced support from family and friends, although some suffered discrimination or felt the need to hide their condition. **Discussion:** The study concludes that Hansen's disease generates a variety of psychosocial effects, both positive and negative, in patients.

Keywords: Effects, Psychosocial, Patients, Hansen's Disease, Paraguay.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hansen es una afección infectocontagiosa crónica causada por el microorganismo *Mycobacterium leprae*, se caracteriza por un periodo

prolongado de incubación y afecta principalmente al sistema nervioso periférico, la piel y las mucosas. El tratamiento estándar consiste en la poliquimioterapia



(PQT), una combinación de antibióticos que, cuando se realiza correctamente, conduce a la cura completa de la enfermedad (1, 2).

El desarrollo de la enfermedad está ligado a la susceptibilidad individual, pero en países endémicos, donde prevalecen condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, desnutrición, hacinamiento y acceso limitado a los servicios de salud, el ambiente juega un papel crucial en la transmisión de la infección. Clínicamente, la enfermedad se manifiesta como resultado de la compleja interacción entre el bacilo y el sistema inmunológico de individuos genéticamente predispuestos. El diagnóstico tardío es un factor determinante en la aparición de discapacidades, lo que subraya la importancia del diagnóstico precoz para lograr la curación del paciente, interrumpir la cadena de transmisión y prevenir la afectación neural severa, minimizando así su impacto social y laboral (3).

La discriminación social exacerba estos efectos, impactando negativamente en la autoestima y la perspectiva de vida de los pacientes, y aumentando el riesgo de padecer enfermedades psicoafectivas, debido a la percepción errónea de que la enfermedad es altamente contagiosa y causante de discapacidades físicas (5, 6, 7). Afortunadamente, existen también experiencias de apoyo familiar que mitigan la desesperación y los sentimientos depresivos, fomentando la autoaceptación y el bienestar emocional de los pacientes (4).

A nivel mundial, en 2023, se reportaron 182.815 casos de lepra, con un 13,6% en América, donde Brasil concentra más del 90% de los casos (8). En Paraguay, entre 2015 y 2019, se registraron 1.780 nuevos casos, con un promedio de 350 por año, incluyendo niños. Para la atención de personas con la enfermedad de Hansen, el país cuenta con el "Programa Nacional de Control de la Lepra" (9). El Hospital privado ubicado en el departamento de Cordillera, desde 1951, ha desempeñado un papel fundamental en la atención integral, ofreciendo servicios médicos, fisioterapia, terapia laboral y acompañamiento espiritual y social (10). A pesar de la existencia de estos programas y centros especializados en Paraguay, la persistencia de nuevos casos y las secuelas psicosociales documentadas indican que las estrategias de atención pueden estar incompletas si no se abordan a profundidad las experiencias subjetivas de adaptación y afrontamiento de los pacientes.

El abordaje integral de estas secuelas exige una comprensión que trascienda lo puramente biomédico. En este sentido, la Enfermería es fundamental, y este estudio se fundamenta críticamente en el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Este modelo postula que la persona es un sistema adaptativo que se enfrenta a estímulos (como la enfermedad de Hansen y el estigma asociado) y emplea mecanismos de afrontamiento (procesos de adaptación) para mantener la integridad (11). Si bien la literatura reconoce los efectos psicosociales (4, 5, 6, 7), existe una

brecha significativa en la investigación en Paraguay que aplique marcos teóricos de Enfermería, como el de Roy, para describir sistemáticamente cómo los pacientes locales perciben y se adaptan a la enfermedad en sus modos adaptativos (fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia). Sin esta exploración teóricamente guiada, resulta difícil diseñar intervenciones de enfermería realmente ajustadas a las necesidades de adaptación locales. Al llenar esta brecha, el estudio contribuye directamente a la meta del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: Salud y Bienestar, al enfocarse en el bienestar psicosocial, un aspecto crucial para la calidad de vida y la reinserción social de estos pacientes (12).

Por lo tanto, la necesidad de esta investigación radica en generar evidencia empírica local, enmarcada en una perspectiva de Enfermería, que permita identificar los procesos de adaptación (o inadaptación) y las estrategias de afrontamiento de pacientes con enfermedad de Hansen. Esta información es vital para sustentar las líneas de investigación de Enfermería en Salud Comunitaria y Entornos Saludables de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (13), y para optimizar el rol de la enfermería en el manejo integral de la enfermedad en el país.

El Modelo de Adaptación de Roy proporciona el marco analítico ideal para este estudio, ya que conceptualiza la enfermedad de Hansen como un estímulo focal que desencadena respuestas adaptativas en cuatro modos: fisiológico (manejo de síntomas), autoconcepto (identidad y autoimagen frente al estigma), función de rol (cambios en roles familiares y laborales) e interdependencia (relaciones sociales y apoyo). Este modelo guiará tanto la recolección como el análisis de datos, permitiendo identificar sistemáticamente las respuestas adaptativas e ineficaces que desarrollan los pacientes paraguayos, información esencial para diseñar intervenciones de enfermería culturalmente pertinentes.

El objetivo general de este artículo es describir los efectos psicosociales en pacientes con enfermedad de Hansen atendidos en el hospital privado del departamento de Cordillera, Paraguay, en el año 2023. Para ello, se establecieron los siguientes objetivos específicos: analizar el perfil sociodemográfico de los participantes, explorar las condiciones emocionales al recibir el diagnóstico, evaluar las vivencias emocionales durante el tratamiento, interpretar las dinámicas relacionales familiares y de amistad, comprender las transformaciones en las relaciones sociales y familiares, e identificar los procesos de adaptación y afrontamiento desarrollados por los pacientes.

METODOLOGÍA

Este estudio adoptó un enfoque cualitativo con un diseño fenomenológico descriptivo, entendido como el estudio sistemático de las experiencias vividas tal como son percibidas por los participantes, sin interferencia del

investigador. Este enfoque permite capturar la esencia de los fenómenos psicosociales experimentados por los pacientes con enfermedad de Hansen desde su propia perspectiva.

La población objetivo fueron pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad de Hansen atendidos en el hospital privado del departamento de Cordillera, Paraguay.

Se implementó un muestreo no probabilístico intencional. La selección de los participantes se realizó de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de edad, tener diagnóstico confirmado de enfermedad de Hansen, asistir a consulta en el hospital privado durante el período de estudio y otorgar su consentimiento informado para participar.

El tamaño de la muestra final fue de diez pacientes. La recolección de datos se detuvo cuando se alcanzó la saturación teórica de la información (14). El criterio de saturación se estableció cuando las tres últimas entrevistas consecutivas no aportaron nuevas categorías de significado ni perspectivas emergentes relevantes a la adaptación y las vivencias psicosociales. Esta determinación se realizó mediante reuniones de análisis en las que se verificó la redundancia de los temas principales, la ausencia de información contradictoria o novedosa, y la densidad conceptual alcanzada en cada categoría emergente, garantizando que los datos recogidos permitían una comprensión profunda y completa del fenómeno estudiado (15).

La principal técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada, guiada por un instrumento de preguntas clave. Para garantizar la validez de contenido del instrumento, se recurrió al juicio de tres expertos: dos profesionales de enfermería con experiencia en el área temática (Salud Comunitaria/Enfermedades Infecciosas) y un metodólogo con conocimiento en investigación cualitativa. Las sugerencias fueron incorporadas para mejorar la claridad.

El análisis de los datos se realizó mediante análisis temático inductivo, un método fundamental para el tratamiento de información en investigación cualitativa que permite identificar, organizar y reportar patrones o temas a partir de una lectura sistemática de los datos recopilados (16). Este enfoque metodológico se inscribe dentro del paradigma interpretativo de las ciencias sociales y se fundamenta en la perspectiva fenomenológica-hermenéutica que busca comprender las realidades humanas desde los significados que los propios actores sociales atribuyen a sus experiencias (17).

El carácter inductivo del análisis constituyó una característica central de este método, ya que partió de los datos empíricos sin categorías preestablecidas, permitiendo que emergiesen los temas directamente del material analizado (18).

El proceso de codificación se desarrolló en cinco fases sistemáticas. En la primera fase, se realizó la transcripción literal de las entrevistas y una lectura inicial completa para familiarizarse con los datos. En la segunda fase, se llevó a cabo la codificación abierta, identificando unidades de significado y asignando códigos descriptivos a fragmentos relevantes del texto. En la tercera fase, se agruparon los códigos iniciales en categorías preliminares según similitudes temáticas. En la cuarta fase, se revisaron y refinaron las categorías, verificando su coherencia interna y diferenciación entre ellas. Finalmente, en la quinta fase, se definieron y nombraron los temas finales, estableciendo las relaciones conceptuales entre las categorías y construyendo una narrativa interpretativa coherente (17).

Para asegurar la rigurosidad cualitativa, se empleó la triangulación de datos, estrategia que permitió contrastar información proveniente de diferentes fuentes y momentos del proceso de recolección. Se compararon los datos obtenidos de las distintas entrevistas realizadas en diferentes períodos del tratamiento, identificando convergencias y divergencias en las experiencias reportadas por los participantes. Este proceso de contrastación sistemática entre múltiples fuentes de información permitió verificar la consistencia de los hallazgos, enriquecer la comprensión del fenómeno desde diversas perspectivas y asegurar que los temas y categorías finales reflejaran una comprensión rigurosa y fundamentada de las experiencias vividas por los pacientes (19,20).

El estudio fue evaluado y aprobado por el miembro del Comité Científico Ético de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Se garantizó el respeto a los principios fundamentales del Informe de Belmont (1964): beneficencia (minimización de riesgos), respeto (anonimato, confidencialidad y consentimiento informado), y justicia (acceso equitativo a los resultados). A todos los participantes se les explicó el propósito del estudio y el derecho a retirarse en cualquier momento sin penalización (21).

RESULTADOS

En los cuadros 1 y 2, se observa la variabilidad en la respuesta afectiva (negativa y positiva) inicial al diagnóstico de Hansen y su asociación con la información terapéutica. La respuesta emocional inicial de los participantes ante la confirmación de la enfermedad de Hansen se caracterizó por una polaridad evidente. Por un lado, una porción significativa de la muestra experimentó un profundo estado de shock y crisis existencial (E3), manifestado como parálisis cognitiva ("mis pensamientos era todo y nada a la vez, me quedé congelada") e infelicidad (E8, E10). En estos casos, la emoción negativa estuvo fuertemente ligada a la percepción cultural de incurabilidad ("yo creía que no había solución" — E8), exacerbando el temor al estigma.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los pacientes con Enfermedad de Hansen.

Entrevistado	Edad	Sexo	Estado civil	Procedencia	Ocupación	Escolaridad	Monto económico
E1	33	M	Soltero	Zona Urbana	Asalariado	Primaria	Menor al sueldo Mínimo
E2	60	F	Soltera	Zona Urbana	Ama de casa	Primaria	Sin ingresos económicos
E3	44	F	Unión	Zona Urbana	Ama de casa	Secundaria	Sin ingresos económicos
E4	54	F	Casada	Zona rural	Trabajador independiente	Primaria	Salario mínimo
E5	63	M	Soltero	Zona rural	Desempleado	Primaria	Sin ingresos económicos
E6	45	M	Soltero	Zona urbana	Desempleado	Primaria	Sin ingresos económicos
E7	53	M	Soltero	Zona rural	Desempleado	Sin estudios	Sin ingresos económicos
E8	33	M	Casado	Zona urbana	Trabajador independiente	Primaria	Igual al sueldo mínimo
E9	56	F	Soltera	Zona rural	Ama de casa	Primaria	Sin ingresos económicos
E10	39	F	Casada	Zona urbana	Ama de casa	Secundaria	Sin ingresos económicos

Cuadro 2. Descripción de las condiciones emocionales al recibir el diagnóstico.

A. Emociones Positivas (Aceptación y Esperanza)	
Cita original	Traducción al Español
E1: "Esperanza, porque oĩ la solución, eso lo que da gusto"	"Esperanza, porque hay la solución, eso es lo que da gusto."
E2: "Normal, mba'evete, aseguí ha ha'u la che pohã"	"Normal, nada, sigo y tomo mi medicamento."
E4: "No me asuste nada"	
E5: "Mba'e la ajapoveta, ajagarra porã"	"Qué voy a hacer, lo agarre bien."
E6: "Mba'eve, aña tranquiliza porã"	"Nada, me tranquilice bien."
B. Emociones Negativas (Shock e Infelicidad)	
Cita original	Traducción al Español
E3: "(...) y me bombardeo, me sentí pésima, mis pensamientos era todo y nada a la vez, me quedé congelada ahí"	
E7: "Ha che mondýi"	"Y me asustó."
E8: "Ha legamente nda vy'ai, ndaigustoi cheve upero guare, porque che aimo'a ndaipóri solución"	"Y legalmente no me alegré, no me gustó aquel momento, porque yo creía que no había solución."
E9: "Che desanima Kuri"	"Me desanimó."
E10: "Ha primerorã nda vyai"	"Y al principio estuve triste."

Sin embargo, en contraste, el análisis revela un patrón de rápida regulación emocional y aceptación pragmática en la otra mitad de los entrevistados (E2, E4, E5, E6). Esta resiliencia temprana no se basa en la negación, sino en el conocimiento inmediato de la existencia de la poliquimioterapia (PQT), lo cual infunde esperanza (E1). De esta forma, la emoción positiva más fuerte es la esperanza terapéutica, un sentimiento condicionado no por el optimismo intrínseco, sino por la solución tangible disponible, lo que les permite enfocarse en la adherencia al tratamiento y la normalización de su situación ("Mba'e

la ajapoveta, ajagarra porã"— E5). Este contraste subraya cómo la información médica precisa funciona como un poderoso modulador de la respuesta emocional inicial.

Los resultados demuestran la consolidación de la adaptación de los pacientes con el avance del tratamiento, evidenciada por la normalización de la experiencia (E4, E7) y una clara tranquilidad emocional (E1, E6, E9). En el modo adaptativo del Autoconcepto, los participantes han logrado realizar un afrontamiento activo ("Yo alejé esos pensamientos"— E8), pasando de la identificación (Cuadro 3).

Cuadro 3. Descripción de las vivencias emocionales durante el tratamiento.

A. Emociones Positivas (Tranquilidad y Conciencia de Cura)	
Cita original	Traducción al Español
E1: “Tranquilo, yo ya seguí todo mi tratamiento, <i>che aju control pendema</i> ”	“Tranquilo, yo ya seguí todo mi tratamiento, yo vengo a control solamente.”
E2: “ <i>Añeñandu porã</i> ”	“Me siento bien.”
E4: “Yo siempre agarré como cualquier enfermedad, nos curamos si seguimos bien el tratamiento”	
E6: “ <i>Mba’eve, aña tranquiliza porã</i> ”	“Nada, tranquilo.”
E7: “ <i>Mba’eve tranquilo</i> ”	“Y al principio estuve triste.”
E8: “ <i>Che aipe’a che pensamientoi upéa, che añesenti akuerama</i> ”	“Yo alejé esos pensamientos (negativos), yo siento que ya sané.”
E9: “ <i>Ha añañandu porãitereima</i> ”	“Y me siento muy bien ya.”
B. Emociones Negativas (Aceptación Incompleta y Miedo al Contagio Familiar)	
Cita original	Traducción al Español
E3: “Y hasta ahora me cuesta aceptar y capaz es por miedo”	
E5: “ <i>Ha atĩ</i> ”	“Y tengo vergüenza.”
E10: “ <i>Ha a veces nda vy’ái, che preocupa la che memby kuéra, akhyje la oguerokoro avei la che mba’asy</i> ”	“Y a veces no estoy feliz/contento, me preocupan mis hijos, temo que tengan también mi enfermedad.”

Para un subgrupo de participantes, la felicidad es interrumpida por la preocupación por sus hijos (E10), manifestando el temor a la herencia o el contagio familiar. Este hallazgo subraya que el proceso de adaptación, si bien es exitoso a nivel personal y terapéutico (E1, E4), sigue siendo un desafío en el **ámbito relacional**, donde el estigma y la incertidumbre biológica se convierten en una carga familiar.

En el modo de interdependencia, la pareja y los hijos actúan como un refugio protector. La aceptación se basa en el conocimiento preciso sobre la baja transmisibilidad (“Mi esposa no cree que sea contagioso”—E8) y se traduce en apoyo activo para la adherencia terapéutica (E1, E9). La reacción positiva no solo mitiga el daño emocional, sino que transforma la enfermedad en un proyecto de curación familiar (Cuadro 4).

En contraste, el estigma se manifiesta de dos maneras: discriminación activa y presión para el encubrimiento.

- **Discriminación Activa:** Aunque infrecuente, el rechazo más profundo e impactante proviene del círculo de parentesco (E5: el hermano) o resulta en el abandono sutil pero total (E7: familiares que se van). Este rechazo causa una ruptura vital que la aceptación del núcleo íntimo no logra compensar por completo.
- **Encubrimiento y Fachada Social:** Ante el riesgo de discriminación, la mayoría de los participantes desarrolla estrategias de ocultamiento activo. Esto incluye el silenciamiento total (E2), la creación de una fachada médica (“soy alérgica”—E3) o la invención de una historia

alternativa (“accidente de auto”—E7) para justificar las secuelas físicas. Estas estrategias demuestran que, en el ámbito social, la adaptación del paciente se basa en el control estricto de la información para preservar su rol y su dignidad social.

El modo adaptativo de Interdependencia (Modelo de Roy) se manifiesta de manera dicotómica en las narrativas. Por un lado, el círculo íntimo (cónyuges e hijos) funciona como el principal recurso de afrontamiento y resiliencia. Este apoyo no es pasivo, sino que es instrumental (vigilancia de la medicación, E10) y existencial (fuente de fuerza y esperanza, E8, E9). Incluso cuando se adoptan medidas de cautela (*autosegregación voluntaria*, E4), estas se negocian bajo el principio de respeto mutuo, manteniendo la cohesión familiar (Cuadro 5).

Sin embargo, en el ámbito de la familia extensa y las relaciones conyugales fracturadas, la enfermedad activa el estigma más violento. Esto incluye el abandono conyugal (E5), impulsado por el miedo, y la segregación física y activa impuesta por parientes (E5: utensilios separados y demanda de aislamiento). Este tipo de rechazo, al provenir de la propia red de parentesco, causa un profundo trauma psicosocial que afecta directamente la calidad de vida.

Ante esta amenaza social, la mayoría de los participantes adopta estrategias de ocultamiento activo como un mecanismo de autodefensa vital. El paciente gestiona la información como un bien escaso (E3: “solamente yo sé mi tema”), llevando una doble vida para mantener una “vida normal con todos” (E3). El autoaislamiento social (E1) y el

Cuadro 4. Descripción de las dinámicas relacionales familiares y de amistad.

A. Reacciones Positivas (Aceptación del Círculo Íntimo)	
Cita Original	Traducción al Español
E1: “Añepohânoka, si ellos saben que hay acá.”	“Me hice el tratamiento porque ellos (la familia) saben que hay aquí (el hospital).”
E4: “A mi hija yo le dije que tenía esta enfermedad ha ojagarra porã ha’e, y mi marido nada no me dijo, ndo kyhyjei.”	“A mi hija yo le dije que tenía esta enfermedad y ella lo agarró bien, y mi marido nada me dijo, no tiene miedo.”
E5: “Che róga jere pegua, ninguno nde’íri chéve mba’eve”	“La gente de los alrededores de mi casa, ninguno me dijo nada.”
E8: “Ndoikéi la che rembirekore la icontagioso ha”	“Mi esposa no cree que sea contagioso.”
E9: “Mba’eve, che ayuda hikuái la mayoría, ome’e chéve la esperanza la akuerataha”	“Nada, la mayoría me ayuda, me dan la esperanza de que voy a sanar.”
E10: “Mba’eve, mba’eiko he’íta, no remediai”	“Nada, ¿qué van a decir?, no sirve de nada.”
B. Fueron Discriminados (Rechazo Abierto)	
Cita Original	Traducción al Español
E5: “Pueblope ko che hermano mi la orreiciona vaí che rehe, ko’ağaite peve.”	“En el pueblo fue mi hermano el que reaccionó mal contra mí, hasta ahora.”
E7: “Che gente kuéra si che discrimina, nde’íri chéve mba’eve pero oho paite hikuai Argentina pe, ha upei che sy entero ora-hapa akue hikuái.”	“Mi gente [familiares extensos] sí me discrimina, no me dicen nada, pero todos se fueron a Argentina, y después se llevaron a mi mamá entera.”
C. Otros Casos (Gestión Activa del Estigma y Encubrimiento)	
Cita Original	Traducción al Español
E1: “Los amigos nunca pillaron, si vos no contas no se sabe.”	
E2: “Avavepe che nda’ei”	“A nadie yo le dije.”
E3: “Mi caso por ejemplo nadie sabe. Me preguntan, pero yo siempre digo que soy alérgica.”	
E7: “Che nda mombe’ui mavaveteape che amigo kuérape, lo que si che areko akue yma peteĩ accidente ha péicha oporandu chéve hikuái mba’érepa la che upéicha, che ha’e la akai hague la autope.”	“Yo no le conté a nadie a mis amigos, lo que sí tuve un accidente hace tiempo, y así me preguntan por qué estoy así, yo digo que me caí del auto.”

silenciamiento estratégico (E2) se convierten en la norma para neutralizar el estigma, excepto en relaciones selectas y de alta calidad (E6), donde la aceptación incondicional valida la dignidad del paciente.

La tranquilidad y la adhesión representan la respuesta adaptativa más común. El soporte terapéutico (“me dijeron que voy a sanar”— E2) es fundamental, ya que la certeza de la cura se convierte en el ancla que modula la ansiedad. El apoyo familiar (E4) y la espiritualidad (E5: “me entrego a Dios”) emergen como mecanismos de afrontamiento trascendental que permiten a los pacientes resignificar su padecimiento y mantener el equilibrio en su modo de autoconcepto. Los pacientes demuestran empoderamiento al buscar activamente recursos de ayuda cuando se sienten vulnerables (E6: apoyo médico y pastoral).

En contraste, un subgrupo de participantes exhibe respuestas de afrontamiento disfuncional que impiden la plena adaptación. Estos pacientes luchan contra el estigma internalizado (“me cuesta aceptar,” E3), donde el peso de las creencias sociales sobre la enfermedad es tan grande que la única solución viable percibida es el encubrimiento y el engaño social (E3: “digo que soy alérgica”).

El ocultamiento físico (E7: “usaba camisas de manga larga”) se suma a la negación como una estrategia que, si bien protege temporalmente al paciente de la discriminación social, a largo plazo inhibe la resolución de su conflicto interno y la total integración de la experiencia en su autoconcepto, manteniendo la enfermedad como un secreto vergonzoso.

Cuadro 5. Descripción de las transformaciones en las relaciones sociales y familiares

A. Fueron Aceptados: refugio familiar.	
Cita Original	Traducción al Español
E1: "Che familia che apoya"	"Mi familia me apoya."
E4: "Aparto las ropas, yo nomas hice voluntariamente (...) y con mi marido (...), dormíamos en cama separada, nos respetamos mucho como pareja"	(Mantiene la separación de ropa y cama), "yo lo hice voluntariamente, y con mi marido, dormíamos en cama separada, nos respetamos mucho como pareja."
E5: "Che ra'y la che rasy mārō ou oiko che rehe"	"Mi hijo es el que, cuando me enfermo, viene a estar conmigo."
E7: "Mamá ko'ágā ou jey opyta, ha tranquilo ajeraha hendive"	"Mamá ahora vuelve a quedarse, y tranquila me llevo con ella."
E8: "Heta oiko che rehe che rembireko, ome'e chéve la fuerza"	"Mi esposa está muy encima mío [me cuida mucho], me da la fuerza."
E9: "Aguapy acompañí che familia kuéra ndive, oua nde che rendépe ome'ẽ chéve la esperanza akuerataha"	"Me siento a compartir con mis familiares, vienen a mí, me dan la esperanza de que voy a sanar."
E10: "Oí chendive, che apoya, he'i chéve terehoke, he'uke la nde pohã"	"Está conmigo, me apoya, me dice que vaya, que tome el medicamento."
B. Fueron Discriminados (Rechazo y Segregación Abierta)	
Cita Original	Traducción al Español
E5: "Che areko akue la che rembireko, ha por medio pea che reja, okyhyje che hegui. Che hermano katu he'i la che ra'ype la ore ndoroikoi vaerã hendive kuéra, ha'e oipota roiko otro lado, aislado. Cubierto ore aparte roguereko, ha'e kuéra aparte oje cocina, ha'e ore rembi'u kue ndo'úi, ni iporãvero mba'eve."	"Yo tenía a mi esposa, y por medio de esto me dejó, me tuvo miedo. Mi hermano le dijo a mi hijo que nosotros no deberíamos vivir con ellos, él quiere que vivamos en otro lado, aislados. Tenemos nuestros utensilios aparte, ellos cocinan aparte, no comen nuestra comida, ni nada parecido."
E7: "Umi otro che familia kuéra nda cherekai ni che chupe kuérape"	"Aquellos otros familiares míos no me cuidan a mí, ni yo a ellos."
C. Otros Casos (Gestión Activa del Estigma)	
Cita Original	Traducción al Español
E1: "Yo poco amigo tengo por qué no salgo."	
E2: "Oí porã, asẽ jepi pero che mba'eve nda'ei"	"Está bien, salgo a menudo, pero yo no digo nada."
E3: "Llevo una vida normal con todos, pero solamente yo se mi tema, eso no más."	
E6: "Tranquilo (...) Che petei che amigo ndive la aseve, ha che trata como si fuera su hermano ha hambireko avei"	"Tranquilo (...) Yo salgo con un amigo, y él me trata como si fuera su hermano, y su esposa también."

Cuadro 6. Descripción de los procesos de adaptación y afrontamiento desarrollados por los pacientes.

A. Respuestas Adaptativas (Afrontamiento Proactivo)	
Cita Original	Traducción al Español
E2: "Asegui porã, he'i akue chéve akuerataha ha upéa che tranquiliza"	"Sigo bien, me dijeron que voy a sanar, y eso me tranquiliza."
E4: "Mi marido siempre me apoyo como pareja."	
E5: "Mba'eve na pensai, tranquilo, añembo'e ha antrega Nãdejrape"	"No pienso nada, tranquilo, rezo y me entrego a Dios."
E6: "Cualquier cosa añeñandu vai ajunde ko'ápe, ha che pastor ndive aña'ẽ"	"Cualquier cosa que me sienta mal, recurro aquí [al hospital], y hablo con mi pastor."
B. Respuestas Ineficaces (Afrontamiento Disfuncional o Incompleto)	
Cita Original	Traducción al Español
E3: "Hasta ahora me cuesta aceptar. Digo que soy alérgica, por el tema de este es que no todos estamos preparados para sobrellevar, pesa las creencias que se le tiene"	
E7: "Reacción osẽrõ guare chéve amondende camisa jivavuku"	"Cuando me salía la reacción, usaba camisas de manga larga."

DISCUSIÓN

Características sociodemográficas de los pacientes con Enfermedad de Hansen

La población estudiada presentó un rango de edad entre 33 y 63 años, con una distribución equitativa entre ambos sexos, lo que refleja la diversidad de la población afectada por la enfermedad de Hansen. La predominancia de participantes solteros y residentes de zonas urbanas, junto con las ocupaciones comunes de amas de casa y desempleados, sugiere una posible vulnerabilidad socioeconómica. El nivel educativo mayoritario de primaria completa, combinado con la alta proporción de participantes sin ingresos o con ingresos inferiores al salario mínimo, refuerza esta suposición.

Estos hallazgos presentan similitudes y diferencias importantes con el estudio de Aguilera, Samaniego y Samudio (22), quienes reportaron una edad media de $53 \pm 15,2$ años, con un 55,9% de hombres, un 64,8% de casados o en unión libre, y un 5,9% sin educación formal. En cuanto a la ocupación, el 23,5% recibía un salario fijo, el 26,4% eran amas de casa, el 20,6% trabajadores independientes, el 14,7% desempleados y un porcentaje similar realizaba trabajos ocasionales.

La mayor proporción de participantes solteros en el estudio, en contraste con el predominio de casados en el estudio de Aguilera et al., podría explicarse por factores socioculturales específicos del contexto paraguayo urbano, donde el estigma persistente hacia la enfermedad de Hansen puede influir en las dinámicas de formación y mantenimiento de relaciones de pareja.

Respuestas emocionales ante el diagnóstico y durante el tratamiento

Los resultados revelan una polarización emocional significativa ante el diagnóstico de la enfermedad de Hansen. Mientras algunos pacientes manifestaron esperanza, aceptación y tranquilidad, otros experimentaron impacto, desánimo y tristeza. Esta dualidad persiste durante el tratamiento, donde coexisten sentimientos de tranquilidad y vergüenza.

La investigación de Dadzie (23) señala que el diagnóstico "genera temor en el paciente al momento de dar a conocer su diagnóstico y una carga personal afectando su condición actual de salud, llegando a deprimirse, preocuparse por su presente y futuro, incluso estando en conocimiento de que al término del tratamiento sanan". Sin embargo, es llamativo que en nuestro estudio un subgrupo de pacientes manifestara respuestas emocionales positivas inmediatas. Esta divergencia merece una reflexión crítica sobre los factores protectores que podrían estar operando en estos casos.

Una suposición es que el acceso temprano a información precisa sobre la curabilidad de la enfermedad, la calidad

de la comunicación diagnóstica por parte del personal de salud, y el soporte social inmediato, actúan como moduladores de la respuesta emocional inicial. En el contexto paraguayo, donde los programas de control de lepra han enfatizado la educación comunitaria en las últimas décadas, es posible que algunos pacientes lleguen al diagnóstico con conocimientos previos que atenúen el impacto emocional negativo.

Por otro lado, Siqueira et al. (24) documentaron que "las discapacidades generadas por la infección pueden derivar en insatisfacción con la imagen corporal y emociones negativas tales como tristeza, culpa, vergüenza y temor a la interacción social". La persistencia de emociones negativas durante el tratamiento en este estudio, particularmente la vergüenza, sugiere que el estigma internalizado continúa siendo un desafío mayor, incluso cuando los pacientes comprenden racionalmente que la enfermedad es curable y no representan riesgo de contagio una vez iniciado el tratamiento.

Esta internalización del estigma en el contexto paraguayo podría estar relacionada con la memoria colectiva histórica sobre la lepra, que en décadas pasadas justificó políticas de aislamiento forzoso y segregación social. Aunque estas prácticas han sido abandonadas, sus consecuencias culturales persisten en el imaginario social, requiriendo intervenciones específicas de desestigmatización que consideren estas particularidades históricas locales.

Dinámicas relacionales y gestión del Estigma

Se evidenció una marcada diversidad en las reacciones del entorno social ante el diagnóstico, oscilando entre apoyo incondicional y rechazo explícito. El ocultamiento del diagnóstico surge como estrategia frecuente de protección ante el estigma anticipado.

Estos hallazgos coinciden con las investigaciones de Ratto (4) y Carvajal et al. (25), quienes documentaron tanto fragmentación familiar como ambientes de amor y aceptación. No obstante, en los resultados de este estudio revelan un fenómeno adicional relevante: la estrategia deliberada de ocultamiento selectivo, donde los pacientes revelan su diagnóstico solo a personas de confianza mientras mantienen la enfermedad oculta en otros círculos sociales.

Esta gestión activa del estigma se traduce en la práctica en una ruptura del modo adaptativo de interdependencia (Modelo de Roy) en el ámbito externo. Como señalamos en los resultados, el estigma puede activar su forma más violenta, manifestándose en el abandono conyugal y la segregación física impuesta por la familia extensa, lo que causa un profundo trauma psicosocial. El ocultamiento, aunque funcional como mecanismo de autodefensa vital para neutralizar el estigma anticipado, es una adaptación temporal y costosa para la salud mental a largo plazo.

El ocultamiento emerge como estrategia adaptativa

paradójica: funcional para la protección social inmediata pero potencialmente perjudicial para la salud mental a largo plazo. Esta dualidad refleja la persistente confusión en Paraguay entre transmisibilidad y contagiosidad, perpetuada por la memoria colectiva del aislamiento forzoso histórico, requiriendo intervenciones de desestigmatización que aborden estas particularidades culturales locales.

Procesos de adaptación y afrontamiento

Los pacientes desarrollaron estrategias diversas de afrontamiento: resiliencia, actitud positiva, adhesión a indicaciones médicas, recurso a la fe y, en algunos casos, negación. El apoyo se obtuvo de fuentes variables: individual, familiar o profesional.

La coincidencia con Sousa et al. (26) respecto al papel crucial del apoyo familiar es significativa, ya que la cohesión del círculo íntimo funciona como el principal recurso de afrontamiento y resiliencia. Este apoyo representa el lado funcional del Modo Adaptativo de Interdependencia (Modelo de Roy).

Una diferencia notable con la literatura internacional es la prominencia de la fe como recurso de afrontamiento en este estudio. Este hallazgo refleja las características del contexto sociocultural paraguayo, donde la religiosidad atraviesa profundamente la vida cotidiana, actuando como un poderoso factor protector contra la desesperanza. Por otro lado, Huamán et al. (27) reconocen la negación como estrategia presente. La negación, observada en algunos participantes, opera como un mecanismo defensivo temporal que puede obstaculizar el procesamiento emocional necesario y la búsqueda de apoyo social, solapándose a menudo con el ocultamiento estratégico en el contexto de la lepra.

Implicancias para la práctica clínica y las políticas públicas en Paraguay

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones directas para el fortalecimiento del Programa Nacional de Control de la Lepra en Paraguay. En primer lugar, es imperativo que la formación del personal de salud incluya competencias en comunicación diagnóstica sensible y acompañamiento psicosocial. El momento del diagnóstico representa una ventana crítica de intervención donde una comunicación adecuada puede modular significativamente la trayectoria emocional del paciente.

En segundo lugar, resaltar la importancia de la utilización de protocolos de evaluación psicosocial sistemática al inicio del tratamiento, identificando factores de vulnerabilidad (bajo apoyo social, negación persistente, estigma internalizado severo) que justifiquen derivación a salud mental especializada. La atención de la lepra no puede limitarse al tratamiento farmacológico; debe constituirse como un modelo de atención integral.

En tercer lugar, es necesario ampliar las campañas de desestigmatización culturalmente pertinentes que vayan más allá de la mera información epidemiológica. Estas campañas deben abordar explícitamente los miedos irracionales, dismantelar mitos arraigados históricamente, y promover narrativas de recuperación que visibilicen a personas que han completado exitosamente el tratamiento y llevan vidas plenas. El uso de testimonios de pacientes recuperados, con su consentimiento informado, puede constituir una estrategia poderosa de desestigmatización.

En cuarto lugar, se requieren intervenciones dirigidas específicamente a las familias y comunidades de los pacientes. Los grupos psicoeducativos familiares han demostrado efectividad en otras condiciones estigmatizadas y podrían adaptarse al contexto de la lepra en Paraguay. Estos grupos cumplirían una doble función: educar sobre la enfermedad y su transmisión, y ofrecer espacio seguro para elaborar las emociones y preocupaciones de los familiares.


Finalmente, desde la perspectiva de política pública, es fundamental abordar los determinantes sociales que perpetúan la vulnerabilidad socioeconómica de los pacientes. Esto incluye programas de protección laboral que prevengan la discriminación en el empleo, subsidios económicos durante el período de tratamiento cuando exista incapacidad laboral transitoria, y programas de rehabilitación sociolaboral para personas con discapacidades secundarias. La lepra en Paraguay no puede abordarse exclusivamente como problema médico; requiere una respuesta intersectorial que reconozca su naturaleza como enfermedad de la pobreza y como fenómeno social complejo.

Financiamiento: Ninguno.

Contribución de autores: Gianina Araceli Acevedo Colman: concepción y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito por contenido intelectual. Juan José Vázquez-Alcaraz: metodología y diseño del estudio, redacción del manuscrito, revisión crítica del documento. Myriam Segovia Martínez: redacción del manuscrito, revisión crítica del documento.

Conflictos de interés: Los autores declaran que no existen conflictos de interés que puedan influir en los resultados o la interpretación de los datos presentados en el manuscrito.

Disponibilidad de datos: Los datos de investigación no se encuentran disponibles.

Editor responsable: Claudia Centurión . Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Enfermería y Obstetricia. San Lorenzo, Paraguay.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baptista DA, Prieto DV, Paz DD. Guía rápida para el diagnóstico y tratamiento de la lepra. 2a ed. Santa Cruz: Programa Departamental de Control de la Lepra; 2019.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Lepra, una enfermedad que se puede curar. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2021. [citado 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/22549/lepra-una-enfermedad-que-se-puede-curar.html>
- Cáceres M. Comportamiento epidemiológico de la lepra en varios países de América Latina, 2011-2020. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2022 [citado 11 de diciembre de 2023];46:e14. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2022.v46/e14/es>
- Ratto B. Procesos psicosociales, psicoemocionales y psicopatológicos en personas afectadas de enfermedad de Hansen. Front Rev Lepol. 2011;28(3):239-47.
- Czerny SJ. Mensaje del Prefecto ad interim del Dicasterio para el Servicio del Desarrollo Humano Integral para la 6a Jornada Mundial de la Lepra, el 30 de enero. Ciudad del Vaticano: Dicasterio para el Servicio del Desarrollo Humano Integral; 2022. [citado 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.humandevdevelopment.va/es/news/2022/messaggiogiornatamondialemlatidilebbra.html>
- Naciones Unidas. Aunque la lepra tiene cura, causa estigma y discriminación, afirma experta de las Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas; 2018 [citado 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/stories/2018/01/un-expert-despite-medical-cure-leprosy-causes-stigma-and-discrimination>
- Restifo E. Aspectos Psicológicos del paciente con lepra. En: Programa de Educación Médica Continua de Archivos Argentinos de Dermatología. Buenos Aires: Archivos Argentinos de Dermatología; 2017 [citado 12 de diciembre de 2023]. p. 59. Disponible en: <http://sd-1617202-h00001.ferozo.net/wp-content/uploads/2019/07/EducandoNos5.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Lepra (enfermedad de Hansen). Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [citado 1 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lepra-enfermedad-hansen>
- Programa Nacional del Control de Lepra. Atención de la Discapacidad: Perspectiva del País. En: Global Consultation on Global Leprosy Strategy 2021-2030. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2020 [citado 26 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/ntds/leprosy/global-consultation-on-global-leprosy-strategy-2021-2030/14-disability-care-paraguay.pdf>
- Yoder L. Manejo de reacciones en la Enfermedad de Hansen. Traducido por Wiens C. Itacurubí de la Cordillera (Paraguay): Hospital Mennonita Km81; 2023.
- Bautista JA, Riaño Riveros LS. Una visión desde el modelo de adaptación de sor callista roy. Rev Comuncuid. [Internet]. 2014 [citado 31 de agosto de 2023];10(3):134-40. Disponible en: https://issuu.com/gestiondeproyectos/docs/comuncuidado_n_20/s/14006387
- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [citado 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Universidad Nacional de Asunción. Resolución 0285/2022. Por la cual se aprueban las líneas de investigación de la licenciatura en Enfermería. San Lorenzo (Paraguay): Universidad Nacional de Asunción; 2022 [citado 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.fenob.una.py/images/2022/Resolucin_N_0285-2022_Lineas_de_Investigacin.pdf
- Ardila-Suárez EE, Rueda-Arenas JF. La saturación teórica en la teoría fundamentada: su de-limitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. Rev Colomb Sociol. 2013;36(2):93-114. [citado 17 Oct 2025]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/download/41641/43310/189266>
- Low F. ¿CÓMO SATURAMOS LOS DATOS? UNA PROPUESTA ANALÍTICA “DESDE” Y “PARA” LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. Estudios Sociológicos. 2020;38(114):627-51. [citado 17 Oct 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/339/33963459007/html/>
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol [Internet]. 2006 [citado 2025 Oct 17];3(2):77-101. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/882994823/Braun-y-Clarke-en-Es> Doi: <https://doi.org/10.1191/1478088706qpo630a>
- Mieles-Barrera MD, Tonon G, Alvarado S. Investigación cualitativa: El análisis de datos a la luz de la Teoría Fundamentada. Rev Latinoam Ciencias Sociales Niñez y Juventud. 2012;10(1):15-28. [citado 17 Oct 2025]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v10n1/v10n1a01.pdf>
- Flores-Kanter P. E, Medrano LA Núcleo básico en el análisis de datos cualitativos: pasos, técnicas de identificación de temas y formas de presentación de resultados. Interdisciplinaria [Internet]. 2019 [citado 2025 Oct 17];36(2):203-215. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18060566010> Doi: <https://doi.org/10.1191/1478088706qpo630a>

[org/10.16888/interd.2019.36.2.13](https://doi.org/10.16888/interd.2019.36.2.13)

19. Mora-Martínez A. Criterios de validez y triangulación en la investigación social «cualitativa»: Una aproximación. REXE. 2004;3(2):1-18. [citado 17 Oct 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2314209.pdf>

20. Vence-Lao M, Fernández-Castro M, Mella-Aldunate L. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Rev Chil Anest. 2005;34(3):157-64. [citado 17 Oct 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>

21. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento. Informe Belmont - Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación: Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento [Internet]. Washington, D.C.: Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos; 1979 [citado 17 Oct 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-belmont-principios-eticos-directrices-para-proteccion-sujetos-humanos>

22. Aguilera MM, Samaniego LR, Samudio M. Retraso en el diagnóstico como factor pronóstico de discapacidad en pacientes con lepra en Paraguay. Rev Chil Infectol. 2021 [citado 12 de diciembre de 2023];38(4):532-9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So716-10182021000400532

23. Dadzie L. Impacto psicosocial de la Lepra en los pacientes del Hospital Menonita Km 81 (Asociación Evangélica del Paraguay) durante el 1er semestre del 2017 [Tesis de Grado]. Itacurubí de la Cordillera (Paraguay): 2017.

24. Siqueira A, Pereira I, Rodrigues A, Palmeira I. Percepciones de portadores de lepra sobre las reacciones hansénicas y el autocuidado. Rev Pan-Amaz Saude. 2018 [citado 21 de septiembre de 2023];9(4):1-10. Disponible en: http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v9n4/es_2176-6223-rpas-9-04-37.pdf

25. Carvajal D, Figueroa N, Ochoa F, Padilla A, Rodriguez M. Vivencias del paciente con lepra en Cucuta y Los Patios en el primer semestre del 2016. En: III Semana Internacional y XI Semana de Ciencia, Tecnología e Innovación. Cúcuta (Colombia): Universidad Francisco de Paula Santander; 2016 [citado 10 de abril de 2025]. 413-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Zapata-3/publication/324161987_La_actividad_fisica_como_factor_fundamental_del_buen_estado_fisico_y_salud_de_las_personas_que_asisten_los_dias_domingos_a_la_ciclovía_del_malecón_de_la_ciudad_de_Cucuta/links/5ac2484445851584fa772462/La-actividad-fisica-como-factor-fundamental-del-buen-estado-fisico-y-salud-de-las-personas-que-asisten-los-dias-domingos-a-la-ciclovía-del-malecón-de-la-ciudad-de-Cucuta.pdf#page=413

26. Sousa A, Nogueira M de A, Janaú E, Carneiro J, Vasconcelos JS de, Ferreira R, et al. Marcas del pasado: Memorias y sentimientos de (ex) portadores de lepra residentes en un antiguo «Leprosario». Enferm Foco [Internet]. 2018 [citado 12 de diciembre de 2023];9(4):13-7. Disponible en: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1353>

27. Huamán T, Rubén D, Huamán A, Luisa A. Estilos de afrontamiento y bienestar psicológico en estudiantes de postgrado. Rev Investig Psicolog. 2019 [citado 24 de octubre de 2023];21(1):37-56. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322019000100004&lng=es&tlng=es ISSN 2223-3032