

DOI: <https://doi.org/10.64668/rccss.v3i13557>

Experiencia en Extensión Universitaria buscando la empatía en enfermos de Hansen: estudio cuasiexperimental antes-después en estudiantes de medicina

Luz Mabel Leiva Cerdán^{1*}  Lawrence David Cerfoglio Machuca¹  Anabela María Delgado Benítez¹  Iván Fabrizio Fernández Alcaraz^{1*}  Lídice de Jesús Gómez Cáceres ¹

1 Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción" - Campus Guairá, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina-Cátedra de Dermatología, Villarrica Paraguay

Cómo referenciar este artículo/ How to reference this article:

Leiva Cerdán LM, Cerfoglio Machuca LD, Delgado Benítez AM, Fernández Alcaraz IF, Gómez Cáceres LJ. Experiencia en extensión universitaria buscando la empatía en enfermos de Hansen: estudio cuasiexperimental antes-después en estudiantes de medicina y personas afectadas. Rev. cient. cienc. salud. soc. 2026; 3 (1): Disponible: <https://doi.org/10.64668/rccss.v3i13557>

RESUMEN

Introducción: La empatía es una competencia clínica clave para humanizar la atención de la enfermedad de Hansen, patología que aún genera estigma social. **Objetivo:** Determinar el nivel de empatía, conocimientos y actitud en estudiantes de quinto curso de Medicina de la Universidad Católica Campus Guairá antes y después de una Extensión Universitaria en el Comunidad Santa Isabel, Sapucaí-Paraguay, y describir la satisfacción y situación social de las personas con enfermedad de Hansen en junio de 2023. **Material y Métodos:** Estudio analítico, cuasiexperimental antes-después, con un componente descriptivo transversal. Participaron por conveniencia 42 estudiantes y 37 pacientes. Se aplicaron cuestionarios estructurados y la prueba U de Mann-Whitney ($p < 0,05$) para la comparación analítica de los puntajes. **Resultados:** Tras la intervención, la empatía máxima en los estudiantes aumentó de 42,9% a 66,7% (mediana 9 vs. 10; $p = 0,002$) y el conocimiento alto se incrementó de 35,2%

Fecha de recepción: Setiembre 2025. Fecha de revisión: Octubre 2025 Fecha de aceptación: Marzo 2026

*Autor correspondiente: Iván Fabrizio Fernández Alcaraz. Dirección: Natalicio Talavera c/Coronel Oviedo, Barrio Centro, Villarrica-Paraguay. E-mail: ivanfernandez018@gmail.com

Editor responsable: Prof. Dra. Ninfa Lucía Jacquett Toledo, PhD  Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción- Campus Guairá - Facultad de Ciencias de la Salud. Villarrica, Paraguay. Email: investigacion.extension.fcs.vca@uc.edu.py



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

a 75,5% (mediana 7 vs. 8; $p < 0,001$). La disposición a "ponerse en el lugar del paciente" subió de 52,4% a 73,8% ($p = 0,033$). La valoración de la empatía como factor terapéutico fue alta desde el inicio (78,6%, efecto techo; $p = 1,000$), mientras que la actitud no mostró variaciones significativas ($p = 0,327$). El 73% de los personas con enfermedad de Hansen se declaró muy satisfecho a las visitas anuales en la comunidad; el 70,3% no recibía visitas familiares y el 29,7% carecía de visitas de amigos. **Conclusión:** La extensión universitaria incrementó significativamente la empatía y los conocimientos de los estudiantes, logrando alta satisfacción en los pacientes dentro de un contexto de persistente aislamiento social.

UNIVERSITY EXTENSION EXPERIENCE SEEKING EMPATHY IN HANSEN'S DISEASE PATIENTS: A BEFORE-AFTER QUASI-EXPERIMENTAL STUDY IN MEDICAL STUDENTS AND AFFECTED PERSONS

ABSTRACT

Introduction: Empathy is a key clinical competence to humanize care for Hansen's disease, a pathology that still generates social stigma. **Objective:** To determine the level of empathy, knowledge, and attitude in fifth-year medical students from the Universidad Católica Guairá Campus before and after a university outreach activity at the Santa Isabel Community Sapucaí-Paraguay, and to describe the satisfaction and social situation of people with Hansen's disease in June 2023. **Material and Methods:** An analytical, quasi-experimental before-and-after study with a cross-sectional descriptive component. A convenience sample of 42 students and 37 patients participated. Structured questionnaires and the Mann-Whitney U test ($p < 0.05$) were applied for the analytical comparison of scores. **Results:** Following the intervention, maximum empathy among students increased from 42.9% to 66.7% (median 9 vs. 10; $p = 0.002$) and high knowledge increased from 35.2% to 75.5% (median 7 vs. 8; $p < 0.001$). The willingness to "put oneself in the patient's shoes" rose from 52.4% to 73.8% ($p = 0.033$). The assessment of empathy as a therapeutic factor was high from the baseline (78.6%, ceiling effect; $p = 1.000$), while attitude showed no significant variations ($p = 0.327$). Regarding people with Hansen's disease, 73% reported being very satisfied with the annual visits to the community; however, 70.3% did not receive family visits and 29.7% lacked visits from friends. **Conclusion:** The university outreach activity significantly increased students' empathy and knowledge, achieving high patient satisfaction within a context of persistent social isolation.

INTRODUCCIÓN

La empatía clínica constituye una competencia central para humanizar la atención de personas con enfermedad de Hansen (lepra). La Escala de Empatía de Jefferson (Jefferson Scale of

Empathy, JSE), instrumento validado a escala nacional en estudiantes de medicina, ha permitido establecer normas y propiedades psicométricas de referencia para esta competencia ⁽¹⁾. Diversas revisiones sistemáticas muestran que las intervenciones educativas estructuradas incluida la exposición directa y supervisada a pacientes pueden incrementar la empatía y la compasión de los estudiantes de medicina de pregrado ^(2,3). A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, las personas afectadas por la enfermedad de Hansen continúan describiendo experiencias de estigma, discriminación y afectación biopsicosocial sostenida, documentadas en revisiones cualitativas multipaís ^(4,5). La comprensión de esta experiencia vivida es, por tanto, un insumo necesario para diseñar intervenciones formativas pertinentes.

Estudios históricos y epidemiológicos más recientes documentan cómo, incluso en contextos institucionales ya modernizados, las personas afectadas de enfermedad de Hansen siguieron enfrentando marginación, aislamiento y comorbilidad psiquiátrica derivada del rechazo social ^(6,7). El abordaje de estas comorbilidades y del estigma percibido exige que los equipos de salud conozcan tanto la dimensión clínica como la vivencia subjetiva de cada paciente ⁽⁸⁾. La evidencia muestra que este estigma puede persistir incluso después de alcanzar la cura bacteriológica, con efectos mensurables sobre el bienestar mental y la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias ^(9,10).

En el plano formativo, la humanización del estudiante de medicina ha sido descrita como un desafío conceptual y actitudinal central de la educación médica contemporánea: implica reconocer que la persona afectada posee, éticamente, los mismos derechos que cualquier otra, y que el futuro profesional de salud tiene una responsabilidad indelegable frente a poblaciones históricamente marginadas, como las personas con enfermedad de Hansen ⁽¹¹⁾. El reconocimiento institucional de esta enfermedad incluido el consenso reciente en Brasil sobre la denominación de “enfermedad de Hansen” en lugar de “lepra”, como estrategia explícita de reducción del estigma terminológico ilustra el esfuerzo internacional por dignificar a esta población ⁽¹²⁾.

Los programas de acompañamiento dirigidos a personas con enfermedad de Hansen deben orientarse a fortalecer la resiliencia individual y familiar frente a la discriminación, mediante intervenciones estructuradas de apoyo psicosocial y consejería que mejoren la participación social de las personas afectadas ^(13,14).

Al comprender las complejidades emocionales y las necesidades específicas de las personas con enfermedad de Hansen, los futuros médicos pueden avanzar hacia un enfoque de atención más compasivo y centrado en la persona. En este marco, el objetivo del presente trabajo fue determinar el nivel de empatía, conocimientos y actitud de los estudiantes de quinto

curso de Medicina de la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”, Campus Guairá, antes y después de una experiencia de extensión universitaria en la Comunidad Santa Isabel, Sapucaí-Paraguay, así como describir el nivel de satisfacción y la situación social de las personas con enfermedad de Hansen atendidas, durante el mes de junio de 2023.

MATERIAL Y METODOS

Diseño

Se realizó un estudio analítico, de diseño cuasiexperimental de tipo antes-después, sin grupo control, para evaluar el efecto de la actividad de extensión universitaria sobre la empatía, el conocimiento y la actitud de los estudiantes de Medicina. Al tratarse de un diseño cuasiexperimental, el estudio se enmarca dentro de los estudios analíticos, por lo que la comparación de los puntajes antes y después de la intervención se sometió a contraste de hipótesis mediante pruebas estadísticas inferenciales. Este componente analítico se complementó con un componente descriptivo observacional de corte transversal para las variables sociodemográficas, clínicas y de satisfacción de las personas con enfermedad de Hansen, que no fueron objeto de intervención. El estudio se desarrolló en el área geográfica de Villarrica y Sapucaí, departamento de Guairá, Paraguay, durante el mes de junio de 2023.

Población y muestra

La población diana estuvo constituida, por un lado, por estudiantes de quinto curso de la carrera de Medicina de la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”, Campus Guairá, y por otro, por personas con enfermedad de Hansen residentes en la Comunidad Santa Isabel, Sapucaí-Paraguay. La población accesible correspondió a quienes se encontraban disponibles durante la fecha de levantamiento de datos. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia (a criterio), e incluyó a todos los sujetos que aceptaron participar y completaron el instrumento de manera válida. La muestra analítica final quedó conformada por 42 estudiantes y 37 personas con enfermedad de Hansen. Para cuatro reactivos específicos del cuestionario aplicado a los pacientes (situación de actividad de la enfermedad, convivencia familiar en la Comunidad Santa Isabel, conformación de familia dentro de la institución y percepción de aceptación social), únicamente 17 de los 37 pacientes respondieron de forma completa; este subconjunto se reporta de manera diferenciada en la sección de

resultados.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: ser estudiante regular de quinto curso de Medicina de la Universidad Católica, Campus Guairá, que participó efectivamente de la jornada de extensión; o ser persona portadora o secuelar de la enfermedad de Hansen, residente en el área cerrada de la Comunidad Santa Isabel, Sapucaí-Paraguay, que aceptó voluntariamente responder el cuestionario.

Exclusión: estudiantes visitantes de la Comunidad Santa Isabel, Sapucaí-Paraguay de otras instituciones el día de levantamiento de datos; personas con enfermedad de Hansen residentes en la zona periférica (no institucionalizada) del Leprocomio; cuestionarios incompletos o con respuestas inconsistentes.

Muestreo y reclutamiento

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. El reclutamiento se realizó mediante una carta de permiso dirigida a la Encargada de la Comunidad Santa Isabel, Sapucaí-Paraguay, y el consentimiento informado se obtuvo de manera individual tanto de los estudiantes como de las personas con enfermedad de Hansen, garantizando la voluntariedad de la participación.

Instrumento y procedimiento de recolección de datos

Se empleó un cuestionario estructurado, autoadministrado, elaborado por el equipo investigador de acuerdo con los objetivos del estudio, e inspirado conceptualmente en los dominios evaluados por escalas validadas de empatía clínica, como la Escala de Empatía de Jefferson (Jefferson Scale of Empathy, JSE), de uso extendido y con propiedades psicométricas de referencia en estudiantes de ciencias de la salud (1). El instrumento aplicado a los estudiantes incluyó variables sociodemográficas (edad, sexo) y reactivos tipo Likert: cuatro de ellos con escala de 1 a 10 (nivel de empatía, nivel de conocimientos y actitud para la atención de pacientes con enfermedad de Hansen) y cuatro reactivos específicos de orientación empática con escala de 1 a 7, adaptados de los dominios clásicos de la JSE (sentido del humor orientado al vínculo clínico, toma de perspectiva del paciente, la empatía como habilidad terapéutica, y la

empatía como factor terapéutico), administrados antes y después de la actividad de extensión. El instrumento aplicado a las personas con enfermedad de Hansen relevó variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil), variables institucionales (situación de actividad de la enfermedad, convivencia y conformación familiar dentro de la comunidad, percepción de aceptación social) y variables de satisfacción y vínculo social (satisfacción con la atención y el beneficio percibido en las visitas de 2022 y 2023, y frecuencia de visitas recibidas de amigos y familiares). Los recursos humanos para la recolección de datos fueron los propios estudiantes de quinto año de Medicina, bajo supervisión docente de la cátedra de Dermatología.

Variables y operacionalización

La tabla 1 presenta la operacionalización de las principales variables del estudio, especificando su definición conceptual, definición operacional, dimensiones o indicadores, tipo, escala de medición e instrumento de recolección.

Tabla 1. Operacionalización de variables del estudio.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones / indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento
Empatía (estudiante)	Capacidad cognitivo-afectiva de comprender y compartir la perspectiva y los sentimientos del paciente con enfermedad de Hansen.	Puntaje autorreportado de empatía percibida en la atención a pacientes con enfermedad de Hansen, antes y después de la extensión.	Nivel global de empatía declarada	Cuantitativa discreta	Likert 1-10 (ordinal)	Cuestionario estructurado autoadministrado
Conocimientos (estudiante)	Grado de información teórico-práctica sobre la enfermedad de Hansen y su abordaje clínico-social.	Puntaje autorreportado del nivel de conocimientos para la atención de pacientes con enfermedad de Hansen, antes y después.	Nivel global de conocimiento declarado	Cuantitativa discreta	Likert 1-10 (ordinal)	Cuestionario estructurado autoadministrado
Actitud (estudiante)	Disposición favorable o desfavorable hacia la atención de personas con	Puntaje autorreportado de actitud hacia la atención, antes y	Nivel global de actitud declarada	Cuantitativa discreta	Likert 1-10 (ordinal)	Cuestionario estructurado autoadministrado

	enfermedad de Hansen.	después de la extensión.				
Orientación empática (ítems JSE-like 5, 9, 15 y 20)	Dimensiones específicas de la empatía clínica: vínculo afectivo, toma de perspectiva y valoración de la empatía como herramienta terapéutica.	Grado de acuerdo con cuatro enunciados relativos al rol terapéutico de la empatía, antes y después.	Sentido del humor clínico; toma de perspectiva; empatía como habilidad terapéutica; empatía como factor terapéutico	Cuantitativa discreta	Likert 1-7 (ordinal)	Cuestionario estructurado autoadministrado
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de recolección de datos.	Años cumplidos declarados por el participante.	Años completos	Cuantitativa discreta	Razón	Cuestionario estructurado
Sexo	Condición biológica que distingue a hombres y mujeres.	Sexo declarado por el participante.	Masculino / Femenino	Cualitativa nominal	Nominal dicotómica	Cuestionario estructurado
Estado civil (paciente)	Situación legal de la persona en relación con el vínculo conyugal.	Categoría declarada por el participante.	Soltero/a; casado/a; divorciado/a; viudo/a; otro	Cualitativa nominal	Nominal politómica	Cuestionario estructurado
Situación de actividad de la enfermedad	Estado clínico-bacteriológico actual de la enfermedad de Hansen.	Clasificación declarada como caso activo o inactivo (curado).	Activo / Inactivo	Cualitativa nominal	Nominal dicotómica	Cuestionario estructurado (n = 17)
Convivencia y conformación familiar en el leprocomio	Existencia de núcleo familiar propio dentro de la institución.	Respuesta dicotómica sobre si vive en familia y si formó su familia dentro del leprocomio.	Sí / No	Cualitativa nominal	Nominal dicotómica	Cuestionario estructurado (n = 17)
Percepción de aceptación social	Sentimiento subjetivo de inclusión o rechazo por parte de la sociedad.	Respuesta dicotómica sobre sentirse aceptado por la sociedad.	Sí / No	Cualitativa nominal	Nominal dicotómica	Cuestionario estructurado (n = 17)
Satisfacción con la atención y el beneficio percibido	Grado de conformidad del paciente con la atención y el beneficio en salud derivados	Puntaje autorreportado de satisfacción referido a las visitas de 2022 y 2023.	Atención percibida 2022; beneficio percibido 2022; atención percibida 2023	Cuantitativa discreta	Likert 1-10 (ordinal)	Cuestionario de satisfacción

	de la visita de extensión.					
Frecuencia de visitas recibidas	Periodicidad con la que el paciente recibe visitas externas en la Comunidad Santa Isabel, Sapucaí-Paraguay.	Categoría declarada de frecuencia de visitas de amigos y de familiares.	Con frecuencia; moderada frecuencia; poca frecuencia; ninguna desde el ingreso	Cualitativa ordinal	Ordinal politómica	Cuestionario de satisfacción

Plan de análisis estadístico

Se construyó una base de datos en planilla electrónica con los registros obtenidos. Las variables cualitativas se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas porcentuales, y las variables cuantitativas discretas mediante medidas de tendencia central (mediana) y distribución de frecuencias, dado el tamaño muestral y la naturaleza ordinal de la mayoría de los reactivos. Para el componente analítico del estudio (comparación de los puntajes de empatía, conocimiento, actitud y de las cuatro dimensiones específicas de orientación empática antes y después de la extensión universitaria), se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para variables ordinales, considerando un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Debido a que el cuestionario fue autoadministrado de manera anónima, sin un código de identificación individual que permitiera vincular de forma inequívoca la respuesta de cada estudiante antes y después de la intervención, las mediciones de ambos momentos se trataron como muestras independientes a efectos del contraste estadístico; esta limitación, inherente al diseño del instrumento original, se discute más adelante como una limitación metodológica del estudio. Para las variables sociodemográficas, clínicas y de satisfacción de las personas con enfermedad de Hansen, de naturaleza puramente descriptiva y sin comparación antes-después, el análisis se limitó a frecuencias absolutas y relativas. Los cálculos estadísticos se realizaron mediante rutinas de cómputo estadístico (Python 3, con cálculo manual de rangos y corrección por empates para la prueba U de Mann-Whitney).

Consideraciones éticas

El estudio respetó los tres principios éticos fundamentales de la investigación en salud.

Respeto a las personas: se garantizó la voluntariedad de la participación de los adultos involucrados y la confidencialidad de sus datos personales, mediante consentimiento informado previo.

Beneficencia: las personas con enfermedad de Hansen recibieron una visita interactiva de carácter afectivo, que contribuyó positivamente a su estado de ánimo y salud mental, además de apoyo a sus tratamientos mediante donación de medicamentos.

Justicia: se trabajó con equidad, sin exclusión de personas por motivo de edad, sexo o condición clínica, dentro de los criterios de inclusión establecidos. El protocolo contó con autorización institucional de la Encargada de la Comunidad Santa Isabel, Sapucaí-Paraguay y se ajustó a los principios de la Declaración de Helsinki para investigación con seres humanos.

RESULTADOS

Participaron 42 estudiantes (Tabla 2) de quinto curso de Medicina y 37 personas con enfermedad de Hansen residentes en la Comunidad Santa Isabel, Sapucaí-Paraguay. A continuación se presentan los resultados sociodemográficos y, posteriormente, los hallazgos de empatía, conocimiento y actitud de los estudiantes antes y después de la extensión, seguidos de los resultados de satisfacción y situación social de los pacientes.

Tabla 2. Distribución por edad y sexo de los estudiantes participantes (n = 42).

Variable	Categoría	n	%
Edad	21 años	3	7.1
	22 años	17	40.5
	23 años	11	26.2
	24 años	5	11.9
	25 años	3	7.1
	26 años	2	4.8
	27 años	1	2.4
Sexo	Masculino	16	38.1
	Femenino	26	61.9

La Tabla 3 revela la proporción de estudiantes con empatía máxima (puntaje 10) aumentó de 42.9% antes a 66.7% después de la extensión, con incremento estadísticamente significativo de la mediana (9 vs. 10; prueba U de Mann-Whitney, p

= 0.002). El conocimiento alto (puntajes 8 a 10) pasó de 35.7% (n = 14) a 75.5% (n = 32: 15+4+13), también con diferencia significativa de la mediana (7 vs. 8; $p < 0.001$). En la variable actitud se observó un patrón inverso al esperado: la proporción de estudiantes en el puntaje mínimo (1) aumentó de 33.3% antes a 50.0% después de la extensión, mientras que la proporción en el puntaje máximo (10) también aumentó (16.7% a 19.0%), configurando una distribución bimodal/polarizada; esta diferencia no alcanzó significación estadística (mediana 4 vs. 1.5; $p = 0.327$), lo que se analiza en la sección de Discusión y Limitaciones.

Tabla 3. Distribución de frecuencias de empatía, conocimientos y actitud autorreportados antes y después de la extensión universitaria (n = 42).

Puntaje (1-10)	Empatía antes n (%)	Empatía después n (%)	Conocimientos antes n (%)	Conocimientos después n (%)	Actitud antes n (%)	Actitud después n (%)
1	0 (0)	0 (0)	1 (2.4)	0 (0)	14 (33.3)	21 (50.0)
2	0 (0)	0 (0)	2 (4.8)	0 (0)	1 (2.4)	4 (9.5)
3	1 (2.4)	0 (0)	3 (7.1)	0 (0)	5 (11.9)	2 (4.8)
4	1 (2.4)	0 (0)	3 (7.1)	0 (0)	2 (4.8)	0 (0)
5	6 (14.3)	0 (0)	6 (14.3)	1 (2.4)	9 (21.4)	0 (0)
6	0 (0)	0 (0)	5 (11.9)	3 (7.1)	0 (0)	1 (2.4)
7	5 (11.9)	1 (2.4)	8 (19.0)	6 (14.3)	1 (2.4)	2 (4.8)
8	5 (11.9)	3 (7.1)	7 (16.7)	15 (35.7)	2 (4.8)	2 (4.8)
9	6 (14.3)	10 (23.8)	3 (7.1)	4 (9.5)	1 (2.4)	2 (4.8)
10	18 (42.9)	28 (66.7)	4 (9.5)	13 (31.0)	7 (16.7)	8 (19.0)

En la Tabla 4 se presentan las dimensiones “sentido del humor en la relación clínica” y “capacidad de ponerse en el lugar del paciente” mostraron incrementos relevantes en el puntaje máximo (de 40.5% a 66.7%, y de 52.4% a 73.8%, respectivamente), con diferencias estadísticamente significativas entre momentos (ítem 5: $p = 0.017$; ítem 9: $p = 0.033$, prueba U de Mann-Whitney). El ítem 15 (“la empatía como habilidad terapéutica”) mostró un incremento descriptivo en el puntaje máximo sin alcanzar significación estadística ($p = 0.323$). El ítem 20 (“la empatía es un factor terapéutico”) presentó una distribución idéntica antes y después (78.6% en el puntaje máximo en ambos momentos; $p = 1.000$), lo que sugiere un efecto techo: la mayoría de los estudiantes ya sostenía firmemente esta convicción antes de la intervención, sin margen detectable de cambio con este instrumento.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de los ítems específicos de orientación empática antes y después de la extensión ($n = 42$).

Ítem	Momento	1	2	3	4	5	6	7
5. Buen sentido del humor en la relación con el paciente	Antes	0	0	0	4 (9.5%)	13 (31.0%)	8 (19.0%)	17 (40.5%)
	Después	0	0	0	4 (9.5%)	3 (7.1%)	7 (16.7%)	28 (66.7%)
9. Capacidad de ponerse en el lugar del paciente	Antes	2 (4.8%)	1 (2.4%)	0	0	1 (2.4%)	16 (38.1%)	22 (52.4%)
	Después	0	0	0	0	1 (2.4%)	10 (23.8%)	31 (73.8%)
15. La empatía como habilidad terapéutica	Antes	0	0	0	2 (4.8%)	8 (19.0%)	9 (21.4%)	23 (54.8%)
	Después	0	1 (2.4%)	1 (2.4%)	3 (7.1%)	3 (7.1%)	5 (11.9%)	29 (69.0%)
20. La empatía como factor terapéutico	Antes	0	0	0	1 (2.4%)	1 (2.4%)	7 (16.7%)	33 (78.6%)
	Después	0	0	0	1 (2.4%)	1 (2.4%)	7 (16.7%)	33 (78.6%)

En la Tabla 5 se presentan las características sociodemográficas y clínicas de las personas con enfermedad de Hansen.

Tabla 5. Distribución por edad, sexo y estado civil de las personas con enfermedad de Hansen (n = 37).

Variable	Categoría	N	%
Edad	65 años	13	35.1
	70 años	8	21.6
	83 años	8	21.6
	86 años	2	5.4
	91 años	6	16.2
Sexo	Masculino	37	100.0
Estado civil	Soltero/a	31	83.8
	Casado/divorciado/otro (combinado)	6	16.2

En la Tabla 6 se observa la situación institucional y social (subgrupo con dato completo). En la Tabla 7 se presenta la satisfacción percibida y vínculo social de los pacientes

Tabla 6. Situación de actividad de la enfermedad, vínculo familiar institucional y percepción de aceptación social (n = 17, subgrupo con dato completo de los 37 pacientes).

Variable	Sí n (%)	No n (%)
Enfermedad de Hansen activa	1 (5.9)	16 (94.1)
Vive en familia dentro de la comunidad Santa Isabel	1 (5.9)	16 (94.1)
Formó su familia en la comunidad Santa Isabel	1 (5.9)	16 (94.1)
Se siente aceptado por la sociedad	3 (17.6)	14 (82.4)

Tabla 7. Satisfacción percibida con la atención y el beneficio de las visitas de extensión, 2022-2023 (n = 37).

Variable	Puntaje predominante	n (%)
Satisfacción con la atención, visita 2022	10	34 (91.9)
Satisfacción con el beneficio recibido, visita 2022	10	29 (78.4)
Satisfacción con la atención, visita 2023	10	27 (73.0)

La Tabla 8 revela que más de dos tercios de los pacientes (70.3%) no había recibido ninguna visita familiar desde su ingreso la comunidad Santa Isabel, y un tercio (29.7%) tampoco había recibido visitas de amigos, lo que evidencia un escenario de aislamiento social persistente, contrastando con los altos niveles de satisfacción declarados respecto de la atención y el beneficio recibidos durante las visitas de extensión universitaria.

Tabla 8. Frecuencia de visitas recibidas de amigos y familiares desde el ingreso la comunidad Santa Isabel (n = 37).

Frecuencia de visitas	Amigos n (%)	Familiares n (%)
Con frecuencia	0 (0)	1 (2.7)
Moderada frecuencia	1 (2.7)	6 (16.2)
Poca frecuencia	25 (67.6)	4 (10.8)
Nunca ha recibido desde su ingreso	11 (29.7)	26 (70.3)

DISCUSIÓN

El presente estudio, de diseño analítico cuasiexperimental antes-después, muestra que una experiencia breve y puntual de extensión universitaria se asoció con un incremento estadísticamente significativo de la empatía (mediana 9 vs. 10; prueba U de Mann-Whitney, $p = 0.002$) y del conocimiento (mediana 7 vs. 8; $p < 0.001$) autorreportados por los estudiantes de Medicina hacia personas con enfermedad de Hansen, además de un incremento significativo en dos de las cuatro dimensiones específicas de orientación empática evaluadas (ítems 5 y 9; $p = 0.017$ y $p = 0.033$, respectivamente). Este patrón es consistente con revisiones sistemáticas que documentan que las intervenciones educativas que incorporan contacto directo y supervisado con pacientes reales incluyendo metodologías de “paciente como educador” tienden a producir efectos positivos sobre la empatía autorreportada de los estudiantes de medicina ^(2,3). El incremento significativo observado en la capacidad de “ponerse en el lugar del paciente” y en el reconocimiento del vínculo afectivo dentro de la relación clínica es coherente con la evidencia de que el aprendizaje experiencial y el contacto directo con poblaciones estigmatizadas pueden actuar como catalizadores de la empatía clínica en formación. No obstante, al tratarse de un diseño cuasiexperimental sin grupo control y sin trazabilidad pareada de los cuestionarios (autoadministrados de forma anónima), estos resultados deben interpretarse como asociación temporal y no como evidencia definitiva de causalidad ^(2,3).

El hallazgo de un efecto techo en el ítem 20 (“la empatía es un factor terapéutico”), con una distribución idéntica antes y después (78.6% en el puntaje máximo en ambos momentos; $p = 1.000$, sin diferencia estadística alguna), sugiere que esta convicción ya estaba firmemente instalada en la mayoría de los estudiantes antes de la actividad. De modo similar, el ítem 15 (“la empatía como habilidad terapéutica”) mostró un incremento descriptivo no significativo ($p = 0.323$). Este patrón de saturación temprana de actitudes favorables ha sido descrito en la literatura psicométrica sobre la Escala de Empatía de Jefferson, donde los puntajes de autorreporte muestran límites de sensibilidad para detectar cambios adicionales una vez alcanzados niveles basales elevados ⁽¹⁾. Las revisiones sobre intervenciones educativas en empatía coinciden en que el margen de mejora detectable mediante autorreporte se reduce conforme aumenta la exposición curricular previa a contenidos de comunicación y humanización,

lo que plantea la necesidad de instrumentos con mayor sensibilidad metodológica o de medidas observacionales complementarias ^(1,2,3).

Resulta particularmente llamativo el patrón observado en la variable actitud, donde la proporción de estudiantes en el puntaje mínimo de la escala aumentó de 33.3% a 50.0% después de la extensión, en paralelo a un también ligero incremento en el puntaje máximo; pese a esta dispersión visible, la prueba analítica no mostró diferencia estadísticamente significativa entre momentos (mediana 4 vs. 1.5; $p = 0.327$). Este patrón bimodal, no significativo, contrasta con la mejora estadísticamente significativa observada en empatía y conocimientos, y admite al menos tres interpretaciones no excluyentes: primero, una posible ambigüedad en la redacción o codificación del reactivo de actitud, que podría haber sido interpretado de manera inversa por un subgrupo de estudiantes; segundo, un efecto de polarización genuina, en el que la confrontación directa con la realidad social y clínica de la enfermedad de Hansen marcada por el abandono familiar y el aislamiento documentado en la literatura pudo generar respuestas emocionales heterogéneas sin desplazar la mediana global ^(9,10,14,15); y tercero, un artefacto de medición asociado al reducido tamaño muestral, a la ausencia de validación psicométrica del instrumento ad hoc utilizado, y a la imposibilidad de un análisis pareado por individuo dado el carácter anónimo del cuestionario. No se identificó en la literatura revisada evidencia directamente comparable que permita zanjar esta cuestión, por lo que se recomienda, para estudios futuros, la validación psicométrica formal del instrumento de actitud, el registro de un identificador individual que permita análisis pareado (p. ej., prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas), y la incorporación de un componente cualitativo que permita interpretar este hallazgo con mayor profundidad.

En relación con los hallazgos en personas con enfermedad de Hansen, el elevado nivel de satisfacción reportado con la atención recibida durante las visitas de extensión (73% a 91.9% en puntajes máximos según el año) es coherente con la literatura que documenta el valor que las personas afectadas y los profesionales otorgan a los programas de intervención comunitaria sostenidos en el tiempo, así como con estudios de consejería grupal que han mostrado efectos positivos sobre la participación social de personas afectadas por lepra ^(16,17,18,19). Esta valoración positiva del seguimiento personalizado coincide, además, con hallazgos en otros contextos asistenciales como

la atención primaria durante la pandemia de covid-19 donde la continuidad del contacto y el acompañamiento profesional se asociaron de forma estadísticamente significativa con una mejor percepción de la atención recibida ^(20, 21). Este nivel de satisfacción sostenido entre 2022 y 2023 sugiere que las actividades de extensión universitaria son percibidas como un aporte valioso y continuo para el bienestar de esta población, en línea con revisiones que documentan el impacto multidimensional biofísico, social, económico y emocional de las intervenciones de acompañamiento en personas afectadas por la enfermedad de Hansen ⁽⁴⁾.

El hallazgo de que el 70.3% de los pacientes no había recibido ninguna visita familiar y el 29.7% ninguna visita de amistades desde su ingreso a la comunidad Santa Isabel confirma, en esta población concreta, lo que la evidencia internacional viene señalando desde hace años sobre la persistencia del estigma y el aislamiento social en personas afectadas por la enfermedad de Hansen, incluso después de alcanzada la cura bacteriológica ^(9, 10, 14). Tasas de abandono familiar y aislamiento social de magnitud comparable se han descrito en poblaciones semejantes de otros contextos institucionales, junto con su impacto sobre los síntomas depresivos y el bienestar mental de los sobrevivientes ⁽¹⁰⁾. El contraste entre el aislamiento social objetivo de estos pacientes y su alta satisfacción con las visitas de extensión subraya el valor que estas interacciones representan para una población crónicamente desatendida, y refuerza la justificación de sostener este tipo de actividades dentro de los programas curriculares de extensión universitaria en salud ^(4,17).

Paraguay registra una carga relevante de la endemia en la Región de las Américas, lo que ha motivado estudios locales sobre las condiciones socioambientales asociadas a enfermedades dermatológicas crónicas en poblaciones vulnerables, como las observadas en asentamientos urbanos precarios del país ⁽²⁰⁾. Con respecto a esta población un estudio en Brasil destaca la importancia de la *Declaración Universal sobre la Bioética y los Derechos Humanos*, que trata del principio de la no discriminación y no estigmatización como instrumento teórico-práctico para abordar la exclusión social de las personas en esta situación ⁽²²⁾.

Las fortalezas de este estudio incluyen la medición simultánea de múltiples dimensiones de empatía, conocimiento y actitud en un mismo grupo de estudiantes,

antes y después de una intervención real de extensión, así como la caracterización social pormenorizada de una población clínica escasamente documentada en la literatura paraguaya y regional. Estos hallazgos aportan evidencia local, escasa hasta la fecha, sobre el efecto formativo de las actividades de extensión universitaria en la educación médica orientada a enfermedades desatendidas en Paraguay.

Limitaciones

El estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño cuasiexperimental sin grupo control y el muestreo no probabilístico por conveniencia restringen la posibilidad de establecer relaciones causales entre la extensión universitaria y los cambios observados, así como la generalización de los hallazgos a otras poblaciones de estudiantes o de personas con enfermedad de Hansen. En segundo lugar, el carácter anónimo del cuestionario autoadministrado impidió vincular individualmente las respuestas de un mismo estudiante antes y después de la intervención, por lo que el contraste analítico (prueba U de Mann-Whitney) se realizó sobre muestras tratadas como independientes y no mediante una prueba pareada (p. ej., Wilcoxon para datos relacionados o McNemar), lo que probablemente reduce la potencia estadística disponible para detectar diferencias reales y subestima la verdadera magnitud del cambio intraindividual. En tercer lugar, el tamaño muestral reducido (42 estudiantes y 37 pacientes, con un subgrupo de solo 17 pacientes para cuatro variables institucionales) limita adicionalmente la potencia estadística del componente analítico. En cuarto lugar, el uso de un instrumento elaborado ad hoc por el equipo investigador, sin un proceso formal de validación psicométrica (validez de contenido, confiabilidad test-retest o consistencia interna tipo alfa de Cronbach), constituye una limitación metodológica relevante, particularmente visible en el patrón inconsistente y no significativo observado en la variable actitud, que podría reflejar tanto un hallazgo sustantivo como un problema de medición. En quinto lugar, al tratarse de mediciones de autorreporte inmediatamente posteriores a la intervención, no puede descartarse un sesgo de deseabilidad social que infle los puntajes posteriores a la extensión. Finalmente, la ausencia de un seguimiento a mediano o largo plazo impide determinar si los cambios observados en empatía y conocimiento se mantienen en el tiempo o se diluyen una vez finalizada la experiencia formativa.

CONCLUSIÓN

La experiencia de extensión universitaria desarrollada en la comunidad Santa Isabel, Sapucaí-Paraguay, se asoció con un incremento estadísticamente significativo de la empatía ($p = 0.002$) y el conocimiento ($p < 0.001$) autorreportados, así como de dos dimensiones específicas de orientación empática (capacidad de ponerse en el lugar del paciente, $p = 0.033$; sentido del humor en la relación clínica, $p = 0.017$), de los estudiantes de quinto curso de Medicina hacia las personas con enfermedad de Hansen. La convicción de que la empatía constituye un factor terapéutico estaba ya firmemente arraigada en la mayoría de los estudiantes antes de la intervención (efecto techo, sin cambio estadístico), mientras que la variable actitud mostró un patrón bimodal sin diferencia significativa entre momentos, lo que sugiere que las estrategias formativas deberían orientarse no solo a instalar esta convicción, sino a fortalecer su traducción en habilidades empáticas observables y sostenidas en la práctica clínica, con instrumentos de medición más sensibles y validados psicométricamente.

Las personas con enfermedad de Hansen atendidas manifestaron un alto nivel de satisfacción con la atención y el beneficio percibido durante las visitas de extensión, en un contexto de aislamiento social marcado por la ausencia prolongada de visitas familiares y de amistades en una proporción considerable de los pacientes. Este hallazgo evidencia que las actividades de extensión universitaria no solo cumplen una función formativa para los estudiantes, sino que representan un aporte social y emocional significativo para una población históricamente estigmatizada y desatendida por los sistemas de salud y la sociedad en general.

Se recomienda institucionalizar y sostener en el tiempo este tipo de experiencias dentro del currículo de la carrera de Medicina, incorporar instrumentos de medición de empatía clínica validados psicométricamente (como la Escala de Empatía de Jefferson en su versión completa) con codificación individual que permita análisis pareado (Wilcoxon), e impulsar estudios longitudinales con grupo control que permitan establecer con mayor solidez metodológica el efecto formativo de la extensión universitaria sobre la empatía clínica y su impacto en la calidad de vida de las personas afectadas por la enfermedad de Hansen.

Agradecimientos:

Financiamiento: Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción” - Campus Guaira, Facultad de Ciencias de la Salud-Dirección de Investigación y Extensión.

Conflicto de interés: Los autores declaran que este trabajo no presenta ningún conflicto de interés

Contribución del autor:

Luz Mabel Leiva Cerdán: concepción, metodología, objetivos, recolección de datos

Lawrence David Cerfoglio Machuca: revisión de la bibliografía, discusión.

Anabela María Delgado Benítez: recolección de datos, análisis de resultados.

Iván Fabrizio Fernández Alcaraz: recolección de datos, revisión de la bibliografía, discusión

Lídice de Jesús Gómez Cáceres: recolección de datos, conclusión.

Todos los autores: aprobación de la versión final del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Mortensen LH, Speicher MR, Bragan L, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2018;23(5):899-920. Disponible en: DOI: [10.1007/s10459-018-9839-9](https://doi.org/10.1007/s10459-018-9839-9).

2. Menezes P, Guraya SY, Guraya SS. A systematic review of educational interventions and their impact on

empathy and compassion of undergraduate medical students. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:758377. Disponible en: DOI: [10.3389/fmed.2021.758377](https://doi.org/10.3389/fmed.2021.758377).

3. Boshra M, Lee A, Kim I, Malek-Adamian E, Yau M, LaDonna KA. When patients teach students empathy: a systematic review of interventions for promoting medical student empathy. *Can Med Educ J*. 2022;13(6):46-56. Disponible en: DOI: [10.36834/cmej.73058](https://doi.org/10.36834/cmej.73058).

4. Abdul Rahman N, Rajaratnam V,

- Burchell GL, Peters RMH, Zweekhorst MBM. Experiences of living with leprosy: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2022;16(10):e0010761. Disponible en: DOI: [10.1371/journal.pntd.0010761](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010761).
5. Van't Noordende AT, Bakirtzief da Silva Pereira Z, Biswas P, Ilyas M, Krishnan V, Parasa J, et al. Strengthening individual and family resilience against leprosy-related discrimination: a pilot intervention study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021;15(4):e0009329. Disponible en: DOI: [10.1371/journal.pntd.0009329](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009329).
6. Kim J-H. Death and survival of patients with Hansen's disease in colonial Korea. *Korean J Med Hist*. 2019;28(2):469-508. Disponible en: DOI: [10.13081/kjmh.2019.28.469](https://doi.org/10.13081/kjmh.2019.28.469).
7. Juan Jiménez C, López Echevarría JR, Martínez Pérez A, Pérez Tanoira R. Investigación del estigma y las comorbilidades del paciente con Lepra. *Rev Investig Educ Cienc Salud (RIECS)*. 2022;7(1):41-51. Disponible en: [https://riecs.es/index.php/riecs/article](https://riecs.es/index.php/riecs/article/view/305) [e/view/305](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010761).
8. Rani R, Tegta GR, Verma GK, Sharma DD, Gupta M, Negi A. A clinicoepidemiological study of psychiatric co-morbidity in Hansen's disease. *Indian Dermatol Online J*. 2021;12(6):847-51. Disponible en: DOI: [10.4103/idoj.IDOJ_141_21](https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_141_21).
9. Somar P, Waltz MM, van Brakel WH. The impact of leprosy on the mental wellbeing of leprosy-affected persons and their family members - a systematic review. *Glob Ment Health (Camb)*. 2020;7:e15. Disponible en: DOI: [10.1017/gmh.2020.3](https://doi.org/10.1017/gmh.2020.3).
10. Van Dorst MMAR, van Netten WJ, Waltz MM, Pandey BD, Choudhary R, van Brakel WH. Depression and mental wellbeing in people affected by leprosy in southern Nepal. *Glob Health Action*. 2020;13(1):1815275. Disponible en: DOI: [10.1080/16549716.2020.1815275](https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1815275).
11. Rueda Castro L, Gubert IC, Duro EA, Cudeiro P, Sotomayor MA, Benites Estupiñán EM, et al. Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Rev Iberoam Bioética*. 2018;(8):01-15. Disponible en: DOI:

- [10.14422/rib.i08.y2018.002](https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.002).
12. Delboni L, Deps P. Consensus in Brazil on the renaming of leprosy to Hansen's disease. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2021;115(9):1086-7. Disponible en: DOI: [10.1093/trstmh/trab115](https://doi.org/10.1093/trstmh/trab115).
13. Van't Noordende AT, Bakirtzief da Silva Pereira Z, Kuipers P. Key sources of strength and resilience for persons receiving services for Hansen's disease (leprosy) in Porto Velho, Brazil: what can we learn for service development? *Int Health.* 2021;13(6):527-35. Disponible en: DOI: [10.1093/inthealth/ihab001](https://doi.org/10.1093/inthealth/ihab001).
14. Bhat L, Khan N, Vaida N, Hassan I, Banday MT. A field study of counselling for improving social participation of leprosy affected persons in Jammu and Kashmir. *Lepr Rev.* 2022;93(1):63-78. Disponible en: DOI: [10.47276/lr.93.1.63](https://doi.org/10.47276/lr.93.1.63).
15. Santacroce L, Del Prete R, Charitos IA, Bottalico L. *Mycobacterium leprae*: a historical study on the origins of leprosy and its social stigma. *Infez Med.* 2021;29(4):623-32. Disponible en: DOI: [10.53854/liim-2904-18](https://doi.org/10.53854/liim-2904-18).
16. Santos FL, Leandro JA. Women from the federation of societies for the care of lepers and defense against leprosy, 1926-1947. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2020;26(suppl 1):57-78. Disponible en: DOI: [10.1590/S0104-59702019000500004](https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000500004).
17. Putri AI, de Sabbata K, Agusni RI, Alinda MD, Darlong J, de Barros B, et al. Understanding leprosy reactions and the impact on the lives of people affected: an exploration in two leprosy endemic countries. *PLoS Negl Trop Dis.* 2022;16(6):e0010476. Disponible en: DOI: [10.1371/journal.pntd.0010476](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010476).
18. Martos-Casado G, Vives-Cases C, Gil-González D. Community intervention programmes with people affected by leprosy: listening to the voice of professionals. *PLoS Negl Trop Dis.* 2022;16(3):e0010335. Disponible en: DOI: [10.1371/journal.pntd.0010335](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010335).
19. Sarode G, Sarode S, Anand R, Patil S, Jafer M, Baeshen H, et al. Epidemiological aspects of leprosy. *Dis Mon.* 2020;66(7):100899.

Disponible en: DOI:

[10.1016/j.disamonth.2019.100899](https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2019.100899).

20. Merino I, Fernández P, Rodero P.

Condiciones socioambientales y prevalencia de enfermedades de piel en un asentamiento urbano precario de Asunción, Paraguay. Rev Cienc Salud. 2022;20(1).

Disponible en: DOI:

[10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10915](https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10915).

21. Sal Redondo C, Torres Blanco B, Sanz Almazán M. Satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida por atención primaria durante los primeros meses de la pandemia de covid-19. Med Gen Fam. 2020;9(5):227-32. Disponible en: DOI: [10.24038/mgyf.2020.061](https://doi.org/10.24038/mgyf.2020.061).

22. Levantezi M, Shimizu HE, Garrafa V. Princípio da não discriminação e não estigmatização: reflexões sobre hanseníase. Rev Bioét (Impr). 2020;28(1):17-23. Disponible en: DOI: [10.1590/1983-80422020281362](https://doi.org/10.1590/1983-80422020281362)