

Acceso a servicios de salud y calidad de vida relacionada con la salud,
en personas con leishmaniasis cutánea de zonas indígenas. Municipios
de Pueblo Rico y Mistrató. 2019, 2020 y primer semestre de 2021

Presentado para obtener el título de Magister en Salud Pública

Estudiante

Wilton Mejía Tejada

Universidad de Caldas
Facultad de Ciencias para la Salud
Departamento de Salud Pública
Maestría en Salud Pública

Manizales

2023

Acceso a servicios de salud y calidad de vida relacionada con la salud, en personas con leishmaniasis cutánea, habitantes de zonas indígenas de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató, durante los años 2019, 2020 y primer semestre de 2021

ASESORA

Prof. Alba Lucía Vélez Arango
Docente Titular
Departamento Salud Pública
Facultad de ciencias para la Salud
Universidad de Caldas

Universidad de Caldas
Facultad de Ciencias para la Salud
Departamento de Salud Pública
Maestría en Salud Pública

Manizales
2023

TABLA DE CONTENIDO

1. TÍTULO	7
1.1 Resumen del proyecto	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.1 Área problemática.....	9
2.2 Pregunta de investigación	15
2.3 Justificación	15
3. OBJETIVOS	18
3.1 General.....	18
3.2 Específicos	18
4. REFERENTE TEÓRICO	18
4.1 Contextualización y acceso a los servicios de salud para pacientes con leishmaniasis cutánea	19
4.2 Calidad de vida relacionada con la salud y la leishmaniasis cutánea.....	21
5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	23
6. DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
6.1 Diseño de investigación y tipo de estudio.....	27
6.2 Hipótesis.....	27
6.3 Población.....	28
6.4 Muestra	28
6.5 Criterios de inclusión.....	28
6.6 Criterios de exclusión	29
6.7 Procedimientos	29
6.8 Análisis y procesamiento de la información	31
6.9 Aspecto ético.....	32
7. RESULTADOS	32

7.1 Resultados Objetivo N° 1. Caracterización sociodemográfica de la población.....	33
7.2 Resultados Objetivo N° 2. Acceso a los servicios de salud.....	36
7.2.1 Barreras para el acceso a los servicios de salud.....	37
7.2.2 Acceso a los servicios de salud en las IPS primarias.....	37
7.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)	42
7.3.1 Percepción de la afectación a la CVRS, según el dominio emocional	43
7.3.2 Percepción de la afectación a la CVRS, según el dominio funcional	45
7.3.3 Percepción de la afectación a la CVRS, según el dominio sintomático	47
7.4 Relación entre las variables de acceso a los servicios de salud, CVRS y caracterización sociodemográfica de las personas encuetadas.....	48
7.4.1 Asociación entre la variable de acceso al servicio de salud (tiempo de espera) y las variables de caracterización	48
7.4.2 Asociación entre la variable de acceso al servicio de salud (tiempo de espera) y las variables de CVRS	49
7.4.3 Relación entre una variable de CVRS (depresión causada por las cicatrices en la piel de las personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea) y variables sociodemográficas	52
7.4.4 Asociación entre una variable de CVRS (depresión causada por las cicatrices en la piel de las personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea) y las variables de acceso a los servicios de salud	53
8. DISCUSIÓN.....	55
9. CONCLUSIONES	62
10. RECOMENDACIONES	64
10. 1 LIMITACIONES	65
10.2 CONFLICTO DE INTERESES.....	65
11. AGRADECIMIENTOS.....	65
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

LISTADO DE ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

LC: Leishmaniasis cutánea

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social

INS: Instituto Nacional de Salud

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual por grupos de edad según sexo en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021 34

Gráfica 2. Distribución porcentual por etnias en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021 35

Gráfica 3. Distribución porcentual del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021 37

Gráfica 4. Estado de depresión a causa de las cicatrices en la piel ordenado por etnia en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021 43

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución porcentual de variables demográficas en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021	36
Tabla 2. Distribución porcentual del aseguramiento por etnia en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021	38
Tabla 3. Distribución porcentual de las variables accesibilidad y oportunidad por etnia en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021	40
Tabla 4. Distribución porcentual de las variables de efectividad por etnia en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021	41
Tabla 5. Distribución porcentual de las variables de acceso al servicio de salud por etnias en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021	42
Tabla 6. Distribución porcentual de variables de afectación emocional ordenadas por etnias en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021 ...	44
Tabla 7. Distribución porcentual de las variables de afectación funcional ordenadas por etnias en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021 ...	46
Tabla 8. Asociación entre el tiempo de espera para ser atendidos y las variables demográficas en zonas indígenas Mistrató y Pueblo Rico	49
Tabla 9. Asociación entre las entre la variable de acceso al servicio de salud (demora en la consulta) y las variables de CVRS en las zonas indígenas Mistrató y Pueblo Rico entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021	51
Tabla 10. Asociación entre depresión por las cicatrices en la piel de las personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea y las variables de acceso a los servicios de salud.	54

1. TÍTULO

Acceso a servicios de salud y calidad de vida relacionada con la salud, en personas con leishmaniasis cutánea, habitantes de zonas indígenas de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató, durante los años 2019, 2020 y primer semestre de 2021

1.1 Resumen del proyecto

La Leishmaniasis es una enfermedad transmisible de tipo vectorial; su transmisión se produce por la picadura del vector *Lutzomya* hembra infectada. En Colombia, la presentación clínica más común es la leishmaniasis cutánea (LC), caracterizada por dejar cicatrices en las áreas del cuerpo lesionadas y pueden generar afectaciones psicológicas y sociales en las personas. Esta patología es propia de las zonas tropicales y común en las áreas rurales dispersas donde prevalece la pobreza.

En el departamento de Risaralda las mayores incidencias de LC se presentan en los municipios de Pueblo Rico y Mistrató donde se reportaron 380 casos en el periodo de estudio, de los cuales el 40% fueron en mayores de 18 años.

Objetivo: determinar la relación entre el acceso a los servicios de salud y la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven en las poblaciones indígenas de Pueblo Rico y Mistrató y fueron diagnosticadas con LC durante los años comprendidos entre el 2019 y el primer semestre de 2021.

Materiales y métodos: estudio transversal, observacional y analítico, en el cual participaron 140 personas mayores de 18 años diagnosticadas con LC y reportados al SIVIGILA. La recolección de la información se realizó con una encuesta que contenía dos instrumentos validados en español para Colombia: PECASUSS Y Skindex-29.

Resultados y conclusiones: la Leishmaniasis cutánea deja cicatrices en la piel de las personas, que afectan de forma negativa la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) generando sentimientos de depresión y dificultades para vivir en sociedad. El tamaño y profundidad de las cicatrices tienen relación directa con las demoras para consultar después del inicio de los síntomas. Esta investigación es una herramienta de consulta para los tomadores de decisiones, en la cual se puede observar una mirada integral de la enfermedad que trasciende a una mejor atención de las personas.

Palabras clave

Servicios de salud, Calidad de vida, Leishmaniasis, Leishmaniasis cutánea, Acceso (Fuente: DeCS)

Abstract

Leishmaniasis is a vector-type transmissible disease; its transmission occurs through the bite of the infected female *Lutzomyia* vector. In Colombia, the most common clinical presentation is cutaneous leishmaniasis (CL), characterized by leaving scars in injured areas of the body; and can generate psychological and social effects on people. This pathology is typical of tropical areas and common in dispersed rural areas where poverty prevails. In the Department of Risaralda, the highest incidences of CL occur in the municipalities of Pueblo Rico and Mistrató where 380 cases were reported in the study period, of which 40% were in people over 18 years of age.

Objective: Determine the relationship between access to health services and health-related quality of life in people who live in the indigenous populations of Pueblo Rico and Mistrató and were diagnosed with CL during the years between 2019 and first half of 2021.

Materials and methods: Cross-sectional observational and analytical study, in which 140 people over 18 years of age diagnosed with CL and reported to

SIVIGILA participated. The collection of information was conducted with a survey that contained two validated instruments in Spanish for Colombia PECASUSS and Skindex-29.

Results and conclusions: Cutaneous Leishmaniasis leaves scars on people's skin, which negatively affect health-related quality of life (HRQoL), generating feelings of depression and difficulties living in society. The size and depth of the scars. Are related to delays in consulting after the onset of symptoms. This research offers a comprehensive evaluation of the disease and its effect on patients, which is valuable information for decision makers to design better care for people affected by CL.

Keywords: Health services, quality of life, Leishmaniasis, Cutaneous Leishmaniasis, access.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Área problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) describen la leishmaniasis como un problema de salud pública; en términos de incidencia, está presente “en los cinco continentes y es endémica en 102 países o territorios” (1).

En el informe del 2019 se estimó que cerca de 350 millones de personas viven en regiones en las que existen riesgos de adquirir la infección. Se registran 1,3 millones de casos nuevos de leishmaniasis y de 20.000 a 30.000 muertes cada año. De acuerdo con el análisis global de la carga de enfermedades infecciosas, las leishmaniasis en sus diferentes formas clínicas es responsable por 2,35 millones de años de vida perdidos ajustados por discapacidad” (1).

La presentación clínica de la leishmaniasis es un aspecto importante a tener en cuenta debido a que determina el área del cuerpo afectada y, por ende, el mayor o

menor grado de desfiguración de la piel por la cicatriz-lesión. Patiño-Londoño precisan que la leishmaniasis tiene tres presentaciones clínicas: “cutánea, mucocutánea, y visceral” (2).

En las zonas endémicas de la leishmaniasis, cualquier miembro de la comunidad está en riesgo de adquirir la patología. Sin embargo, tener contacto con el vector *Lutzomya* infectado depende en mayor manera de las actividades cotidianas y la domiciliación del vector. Grisel et al. (2009) encontró que “al analizar la ocupación de los pacientes se puede apreciar que son precisamente los estudiantes los más afectados, seguidos de los labradores y domésticos” (3).

En un estudio realizado por Feliciangeli en el 2014 se identificó que las barreras de acceso a los servicios de salud incrementan el subregistro de casos de leishmaniasis cutánea en las zonas endémicas. Esta situación es un problema de salud pública dado que la falta de los datos se podría ver reflejada en menos inversión social en estas comunidades, incluyendo el talento humano capacitado necesario para disminuir la afectación por la enfermedad (4).

Por otra parte, en las zonas donde hay transmisión activa de leishmaniasis cutánea (LC) se han identificado personas con cicatrices que deslucen el aspecto físico de su piel y afectan su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Al respecto, Bailey et al. afirman que “hasta 40 millones de personas pueden sufrir los efectos estigmatizantes a largo plazo de la cicatrización de LC” (5).

En las Américas, según el informe epidemiológico del año 2022 de la OPS se reportaron, con respecto al comportamiento de la LC y de la leishmaniasis mucocutánea, 37786 casos, distribuidos en países como: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Surinam, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela, El Salvador, Guatemala, Honduras y México (6).

Por su parte, el Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia, en el boletín epidemiológico 25 del año 2022, registró 2156 casos de LC con una incidencia nacional acumulada de 18,6 casos por 100000 habitantes en riesgo. “La incidencia por departamentos estuvo por encima de los 50 casos por 100000 habitantes en los departamentos de Guaviare, Vaupés, Putumayo y Santander” (7).

En Colombia la leishmaniasis afecta principalmente a las comunidades que viven en zonas rurales dispersas y alejadas de los puestos de salud; por lo tanto, las personas no pueden acceder oportunamente a los servicios médicos. Esta situación representa inequidad social y mayor probabilidad de tener cicatrices o lesiones que disminuyan su CVRS (8). En consecuencia, se requiere “una acción estratégica que contemple la capacitación de los profesionales que laboran en los servicios de salud, así como el control del vector y los posibles reservorios, y divulgar las recomendaciones generales a la población” (9).

En ese sentido, el Estado Colombiano debe garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud a las personas que viven en áreas rurales dispersas; Hernández et al. (2015) refieren que el acceso a los servicios de salud debe responder a los principios de carácter constitucional preceptuados para su desarrollo: “universalidad, solidaridad y equidad” (10). Sin embargo, las comunidades en riesgo deben enfrentar barreras geográficas, económicas y organizativas que limitan su acceso a la atención hospitalaria. Estas situaciones deben ser intervenidas por las autoridades estatales en cada región (10).

De la misma manera se debe intervenir la falta de articulación entre las comunidades étnicas y los médicos tratantes lo cual representa otra barrera que complejiza la atención adecuada para los pacientes con LC (2). En palabras de Diana Sánchez, “si el personal médico es mestizo y las comunidades son indígenas, la cosmovisión de la enfermedad, de la muerte, las costumbres, sus normas, e incluso el lenguaje son elementos que interactúan y pueden ser barreras limitantes” (11). Por su parte, Rojas-Madriz et al. hablando de la

leishmaniasis afirman que “la definición del problema real en el país, así como las opciones terapéuticas, no se encuentran altamente difundidas entre los médicos de atención primaria. A pesar de aparentar ser una enfermedad con un curso relativamente benigno, deja lesiones que pueden ser causa de estigmatización en poblaciones ya de por sí vulnerables, como lo son los indígenas” (12).

En este mismo sentido, Carrillo et al. afirman que las dificultades de acceso a los servicios de educación y de salud médica, asociado a la ubicación geográfica y al desconocimiento de la leishmaniasis cutánea por parte de las comunidades, aumentan el riesgo de infección y de una cicatrización más desfigurante en los pacientes, por el tiempo que permanecen con las lesiones en la piel antes del tratamiento, situación que deja en evidencia el abandono del Estado con estas comunidades (13).

En palabras de Sánchez Torres “no es suficiente contar con unidades de salud, sino con la posibilidad de las personas para ir a ese espacio; en donde se debe de considerar también el costo” (11). Por ello, la visión del acceso a los servicios de salud por parte de las entidades del Estado debe ser holística, a partir de un análisis que contemple todas las perspectivas posibles, inclusive lo que representa para las personas con diagnóstico de LC ir a una institución de salud en términos de gasto; no contar con los recursos económicos necesarios impide una consulta y un diagnóstico oportunos, una formulación rápida, mayor tiempo con las úlceras que desfiguran la piel sin tratar y mayor afectación a la CVRS de estas personas (11).

No garantizar un adecuado acceso a los servicios de salud para las comunidades donde hay pacientes con leishmaniasis cutánea puede agravar las consecuencias de la enfermedad con cicatrices más desfigurantes. En este sentido, Fajardo et al. aseguran que la leishmaniasis cutánea, se debe abordar desde la prevención, como complemento a la curación, pero para lograrlo es necesario que las autoridades hagan mayores inversiones sociales y de talento humano, que

permitan mejores condiciones de salud para los miembros de las comunidades indígenas con diagnóstico de leishmaniasis (14).

Como se ha venido mencionando, es necesario explorar la CVRS de los miembros de las comunidades indígenas que tienen cicatrices en la piel causadas por la LC, identificar la estigmatización en las comunidades donde viven, si las cicatrices los avergüenzan, si además han tenido episodios de depresión y qué tan oportuno fue su acceso a los servicios de salud desde el momento en que se presentan las lesiones, qué barreras se le presentaron y qué tan pertinente fue la atención recibida por parte de los profesionales de la salud.

En este sentido, en la medida que las personas demoren más con las úlceras en la piel sin ser tratadas, mayor podría ser el grado de desfiguración de las áreas infectadas, generándoles sentimientos de depresión y problemas sociales. Según Bailey et al. “el estigma social, la desfiguración y el sufrimiento de los pacientes son algunos de los rasgos más identificables de las enfermedades tropicales desatendidas (ETD)” (15).

Verdugo (2013) mencionó que es necesario evaluar de forma individual la percepción de las personas sobre su CVRS después de ser diagnosticados con LC. Para ello, se deben realizar investigaciones con enfoque social de tipo etnográfico, que permitan conocer la visión de cada paciente en las comunidades endémicas sobre la calidad de la atención recibida y cómo afectaron las cicatrices su CVRS (16). Tal como lo identificaron Vélez et al., además de las afectaciones psicológicas de las personas por causa de las cicatrices, también refieren tener problemas en las relaciones de pareja como el rechazo y las separaciones (17).

Por otra parte, Carrillo et al. comprobaron en un estudio que para los “afrodescendientes y la población *Chilapa*, la LC es una enfermedad incapacitante y desfigurante” (13), lo cual indica que los miembros de las comunidades tienen

diferentes visiones sobre el nivel de afectación de su CVRS por las cicatrices que deja la enfermedad en su cuerpo.

Ahora bien, el riesgo de padecer LC persiste en las zonas endémicas de cada país. En este sentido, Patiño-Londoño et al. encontraron que “la Leishmaniasis es una enfermedad endémica en Colombia, que afecta al territorio nacional” (2), tal como sucede en el Departamento de Risaralda, el cual cuenta con dos municipios endémicos para esta enfermedad, Pueblo Rico y Mistrató donde se reporta la mayor incidencia de los casos.

De acuerdo con lo anterior, la información del sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA indica que entre los años 2019 y 2021, el Departamento de Risaralda, presentó 395 casos de leishmaniasis cutánea, de los cuales 247 (62%) corresponden al municipio de Pueblo Rico y 133 (34%) corresponden al municipio de Mistrató, los 15 (4%) casos restantes, corresponden a otros municipios. Este comportamiento de la enfermedad está relacionado con el hecho de que en estas zonas habita el vector portador del parásito de la Leishmaniasis (*Lutzomya*), y es en estas zonas donde históricamente se han reportado los casos autóctonos del Departamento. Así mismo, se ha identificado que la forma clínica de mayor incidencia es la leishmaniasis cutánea (18).

En el departamento de Risaralda (Colombia), el municipio de Pueblo Rico cuenta con una superficie de 619,72 km², donde la mayor parte corresponde a un ecosistema de selva tropical y es 99,96% rural; para el año 2019 tenía 13458 habitantes, 48,4% mestizos, 39,5% son indígenas y 12,1% afrocolombianos. La población indígena se ve particularmente afectada por altos niveles de pobreza, desigualdad social, exclusión social y violencia (19).

En conclusión, se hace necesario establecer cuál es la relación entre el acceso a los servicios de salud y la calidad de vida relacionada con la salud CVRS en personas con leishmaniasis cutánea, habitantes de zonas indígenas de los

municipios de Pueblo Rico y Mistrató, diagnosticadas en los años 2019, 2020 y primer semestre del 2021.

2.2 Pregunta de investigación

¿Existe relación entre el acceso a los servicios de salud y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas con leishmaniasis cutánea, habitantes de zonas indígenas de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató, diagnosticadas en los años 2019, 2020 y primer semestre del 2021?

2.3 Justificación

A nivel mundial, la leishmaniasis cutánea es un problema para la salud pública en los países endémicos. Por tal motivo todas las organizaciones de salud a nivel global han emitido estrategias generales de promoción y prevención, así como de eliminación de la enfermedad.

En el 2015 la OMS estableció que la leishmaniasis hace parte de las enfermedades tropicales desatendidas con más de 12 millones de personas infectadas en los países endémicos. Por ello, dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se planteó para el 2030 el propósito de garantizar una vida sana y poner fin a las epidemias de las enfermedades tropicales desatendidas de las cuales hace parte la leishmaniasis (20). Un año después (2016) la OMS publicó el plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas el cual debe ser cumplido por todos los países miembros y con el que se busca “Prevenir, controlar y reducir la carga de morbilidad de cinco enfermedades infecciosas desatendidas para las cuales hay instrumentos de tratamiento integrados e innovadores entre estas la leishmaniasis” (21).

En cuanto a las consecuencias en la vida y la salud de las personas, Vélez et al., en un estudio realizado en Colombia, afirman que “las pérdidas ocasionadas por la leishmaniasis a la sociedad en términos de años de vida saludables se estimaron

en 198 años por discapacidad y en 168 años por mortalidad, para un total de 366 años perdidos” (17); por tal motivo, las autoridades sanitarias deben fortalecer las acciones pertinentes en función de mejorar la atención integral de esta enfermedad en las comunidades afectadas.

En este sentido, para el año 2017 la OMS y la OPS notificaron el plan de acción para fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas, y uno de sus objetivos fue prevenir, controlar y reducir la carga de morbilidad de la leishmaniasis cutánea (22). Posteriormente, en el año 2018, Colombia creó el plan estratégico de leishmaniasis con el que busca definir las acciones que contribuyan a la reducción de la carga social y económica producida por la morbilidad, complicaciones, incapacidad, discapacidad y mortalidad generada por la leishmaniasis cutánea, donde involucra a las organizaciones comunitarias con información, comunicación y educación (23).

La atención integral de la leishmaniasis es una necesidad desde la perspectiva de la salud pública, así que en el plan decenal de salud pública 2012-2021 se estableció la necesidad de articular los programas de promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y la Atención Primaria en Salud, para garantizar la atención integral de pacientes (detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) con acceso, oportunidad y calidad (24).

Para la atención integral en salud de los pacientes con leishmaniasis se requiere realizar estudios de seguimiento y evaluación de la situación de la enfermedad y de los efectos de las intervenciones sobre la misma, superar la falta de conocimiento del evento y su tratamiento por el personal asistencial, lo que se traduce además en las débiles acciones de empoderamiento de las comunidades, y en barreras de acceso (23).

En cuanto al comportamiento epidemiológico de la enfermedad, en Risaralda durante el periodo de estudio se presentaron 395 casos y los municipios que

reportan la mayor incidencia son Pueblo Rico y Mistrató con el 96%. Por ello se pretende con esta investigación determinar qué barreras de acceso a los servicios de salud persisten en las comunidades indígenas de estos municipios y limitan a los pacientes con diagnóstico de leishmaniasis cutánea para que consulten de forma temprana. Además, busca identificar si tienen relación con su CVRS. En este sentido, se debe reconocer que el Estado Colombiano está en el deber de garantizar la eliminación de las diferentes barreras de acceso a los servicios de salud y contribuir con una mejor CVRS (25).

En relación con lo descrito es importante que los pacientes con diagnóstico de leishmaniasis cutánea accedan a un tratamiento oportuno e integral, en el cual después del manejo clínico en el que se elimina el parásito se continúe con la ruta de atención brindándoles apoyo psicológico y de reconstrucción de la piel afectada, esta es la forma como se debe tratar la enfermedad para contribuir al bienestar mental, físico y social de las personas infectadas (4).

Ahora bien, estos resultados se pondrán a disposición de las autoridades sanitarias y comunitarias con el fin de que sirvan de insumo en el diseño e implementación de políticas públicas que consideren captar nuevos recursos económicos y talento humano capacitado, para mejorar el acceso a los servicios de salud e impactar positivamente en la CVRS de la población en riesgo de ser infectada con leishmaniasis cutánea.

En cuanto a la búsqueda bibliográfica realizada, no arrojó estudios similares al propuesto en el municipio de Mistrató, mientras que el municipio de Pueblo Rico se realizó uno (1) de tipo cuantitativo con énfasis en el tratamiento de la leishmaniasis cutánea y las diferentes barreras para acceder a él de manera temprana pero que no aborda las variables de CVRS (19).

3. OBJETIVOS

3.1 General

Determinar la relación entre acceso a los servicios de salud y calidad de vida relacionada con la salud en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea en la población de la zona indígena de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató en los años 2019, 2020 y primer semestre de 2021.

3.2 Específicos

- Caracterizar la población objeto de estudio, según variables sociodemográficas.
- Determinar las barreras de acceso a los servicios de salud de las personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea en el periodo de estudio.
- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud desde la dimensión de bienestar físico de las personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea durante los años 2019, 2020 y primer semestre de 2021 en la zona indígena de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató.
- Establecer la asociación entre el acceso a los servicios de salud con la calidad de vida relacionada con la salud y las características sociodemográficas de personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea en las zonas indígenas de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató durante los años 2019, 2020 y primer semestre de 2021.

4. REFERENTE TEÓRICO

En este apartado se analiza la evidencia científica encontrada en torno a la leishmaniasis, sus diferentes presentaciones clínicas y su diagnóstico, según el protocolo del INS. Además, se aborda, en particular, la forma cutánea de la enfermedad, siendo esta la que predomina en las zonas indígenas de Pueblo Rico y Mistrató. A la vez se analizan algunos aspectos que limitan el acceso oportuno, de calidad e integral a los servicios de salud (barreras), como las condiciones

económicas y las características geográficas comunes entre las comunidades que habitan las zonas endémicas de esta enfermedad en otros lugares del mundo y en Colombia. Luego se abordan las diferentes afectaciones en la CVRS, desde la dimensión física, expresadas por los pacientes.

4.1 Contextualización y acceso a los servicios de salud para pacientes con leishmaniasis cutánea

Para este estudio se consideró un área geográfica habitada por población que, en su mayoría, pertenece a alguna etnia indígena, pero además viven allí personas mestizas y afrodescendientes. En cuanto a la leishmaniasis, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la patología como “enfermedades zoonóticas que causan en el humano un conjunto de síndromes clínicos que pueden comprometer la piel, las mucosas y las vísceras”. Sus presentaciones clínicas son: cutánea, mucocutánea y visceral” (26).

En el protocolo de leishmaniasis se establece que un posible caso de la enfermedad debe cumplir con los siguientes criterios: “paciente con lesiones cutáneas, procedente de áreas endémicas, sin historia de trauma, evolución mayor de dos semanas, úlceras, lesiones nodulares, lesiones satélites o adenopatía localizada, en quien se demuestra por métodos parasitológicos, histopatológicos o moleculares, parásitos del género leishmaniasis” (27). En Colombia, el tratamiento de la enfermedad consiste en el suministro de los medicamentos Glucantime, Miltefosina, Pentamidina y Anfotericina B, de forma individual o en combinación de dos de estos, según criterio médico (28).

En relación con el comportamiento de la enfermedad, los hallazgos evidencian los siguientes aspectos a considerar: c. Esta situación está relacionada con el riesgo de infección al que se ven expuestas las personas por el parásito de la leishmaniasis, durante su edad productiva y en el ejercicio de sus actividades económicas.

Por su parte Feliciangeli identificó que una de las consecuencias que traen las barreras de acceso a los servicios de salud es el subregistro de los casos de la enfermedad en las zonas endémicas, situación que representa un problema para la salud pública, ya que por la falta de estos datos se podría ver disminuida la inversión social en las comunidades y haría falta el talento humano capacitado para mejorar la atención integral y de calidad que ayude a disminuir la afectación en la CVRS asociada a esta enfermedad (4).

En este sentido, en las zonas endémicas de LC en Colombia se han identificado otras barreras de acceso a los servicios de salud que impiden a los pacientes consultar de forma temprana después del inicio de los síntomas; entre ellas se encuentran las condiciones de vulnerabilidad y pobreza, las largas distancias que deben recorrer hasta los puestos de salud, los costos inherentes al proceso de consulta y el conflicto armado. Estas situaciones se suman al problema de salud pública que de por sí representa la enfermedad para las comunidades que habitan en zonas rurales dispersas y montañosas donde hay transmisión activa de LC (10) (17).

Rojas et al. Indican que expertos de la OMS, “vinculan esta enfermedad con los sectores más pobres de la población global, y relacionan las consecuencias de la pobreza extrema con el aumento en la morbilidad y mortalidad de la leishmaniasis, principalmente en los grupos más débiles: las mujeres y algunas etnias” (29).

Por consiguiente, no basta solo con saber que la leishmaniasis es un problema de salud pública, sino que es necesario conocer la visión de las comunidades, su percepción del acceso oportuno a los servicios de salud para obtener el diagnóstico de la enfermedad, el tratamiento adecuado y, por ende, el aporte a una buena CVRS. En palabras de Bastidas: “La interculturalidad en el ámbito de la salud, ante enfermedades parasitarias, debe ser entendida como la herramienta ética para favorecer la desaparición de inequidades en el acceso a los servicios de salud” (30).

Otro aspecto no menos importante que interfiere en el acceso adecuado a los servicios médicos para las personas que se infectan con leishmaniasis cutánea está asociado con el comportamiento de los profesionales hacia los pacientes en el momento de la consulta, pues no tienen en cuenta su visión de la enfermedad y sus alternativas de tratamiento (11). En 2003 Alarcón, Vidal y Neira plantearon: “La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del paciente, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo” (31).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad” (24) (32) (33).

4.2 Calidad de vida relacionada con la salud y la leishmaniasis cutánea

En palabras de Schwartzmann: “La calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida” (34). Esta noción se ve afectada por las úlceras y cicatrices en la piel resultantes de la leishmaniasis cutánea, tal como lo expresan las personas que ven afectada de forma negativa su calidad de vida, por el estigma social que les causa la enfermedad (2) (35).

Por consiguiente, en las zonas endémicas de la leishmaniasis cutánea todo el núcleo familiar está en riesgo de padecer la enfermedad y ver reducida su CVRS, sin importar edad ni género, tal como lo indicó Botero en un estudio realizado con personas mayores de 60 años en el que identificó variaciones con respecto a su calidad de vida en los aspectos de vitalidad, función social y salud mental (36). Por su parte, Vélez et al. encontraron que para las mujeres, además del riesgo de infección, existe una mayor dificultad para acceder a los servicios de salud, por lo que pueden experimentar con mayor probabilidad efectos físicos, estéticos y psicológicos (17).

Otro aspecto importante de afectación a la CVRS en pacientes diagnosticados con leishmaniasis cutánea los resumen los autores cuando escriben que “las pérdidas ocasionadas por la leishmaniasis a la sociedad colombiana en términos de años de vida saludables se estimaron en 198 años por discapacidad y en 168 años por mortalidad, para un total de 366 años perdidos” (17).

Teniendo en cuenta las consideraciones descritas es importante para la salud pública medir la CVRS desde la dimensión del bienestar físico de las personas que han experimentado las secuelas de la leishmaniasis cutánea y cómo varía su estado de bienestar personal según el valor que le da cada uno (16).

En este sentido, diferentes estudios que buscaban medir el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios hospitalarios utilizaron la encuesta *Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud (PACASUSS)*, la cual ha sido validada y aplicada en Colombia.

En el proceso de validación de esta investigación se observó un excelente comportamiento de la encuesta en cuanto al tiempo de aplicación, estabilidad de la forma de preguntar y la clara y sistemática comprensión por el usuario de cada pregunta y las opciones de respuesta. En cuanto a su métrica el instrumento cuenta con cinco opciones de categorización o respuesta (37) (38).

Por otra parte, en Colombia se han realizado estudios con la finalidad de medir la percepción que tienen las personas de su CVRS después de padecer enfermedades que afean el aspecto de la piel. En este sentido, se evaluó la fiabilidad y validez del constructo de la versión colombiana del instrumento “*que mide la calidad de vida relacionada con la piel (Skindex-29)*” en Medellín, donde, “se incluyeron pacientes con enfermedades cutáneas inflamatorias o generalizadas; con enfermedades no inflamatorias o localizadas, e individuos sanos” (39). Es un instrumento de especificidad que mide el impacto de cualquier enfermedad dermatológica en la calidad de vida de los pacientes. Ha probado ser internamente consistente y reproducible, “*según los siguientes datos de fiabilidad, la consistencia interna fue de 0,957 (IC95%: 0,949-0,964) para el instrumento total. Los coeficientes alfa de Cronbach según cada dominio fueron de 0,88;0,95 y 0,96 para los dominios sintomático, emocional y funcional, respectivamente*”, y las fortalezas del estudio radican en su importancia como referente de validación de una escala de calidad de vida dermatológica para adultos, en el ámbito nacional con la rigurosidad metodológica que se requiere (39). Y además integra tres dimensiones de calidad de vida fundamentales: emocional, sintomática y funcional (40).

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	VALOR
Caracterización del encuestado: Instrumento PECASUSS				
Edad	Último año cumplido	Cuantitativa	Razón	Años
Sexo	Identifica el sexo del encuestado	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Educación	Último título alcanzado por el encuestado	Cualitativa	Ordinal	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnico-tecnólogo 5. Profesional 6. Posgrado
Estrato	Estratificación socioeconómica	Cualitativa	Ordinal	1. Uno 2. Dos

				3. Tres 4. Cuatro 5. Cinco 6. Seis
Ocupación	Principal actividad diaria que realiza el encuestado	Cualitativa	Nominal	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Trabajador dependiente 4. Trabajador independiente 5. Desempleado 6. Pensionado 7. Otro
Etnia	Etnia a la que pertenece	Cualitativa	Nominal	1. Indígena 2. Afrodescendiente 3. Mestizo 4. ROM 5. Palenquero 6. Ninguna
Acceso a los Servicios de Salud: Instrumento PECASUSS				
Aseguramiento	Permite conocer el régimen de seguridad social al que pertenece el encuestado	Cualitativa	Nominal	1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Especial 4. No afiliado
Servicio demandado	Tipo de servicio de atención al cual tuvo acceso el encuestado	Cualitativa	Nominal	1. Consulta médica general 2. Consulta médica especializada 3. Hospitalización 4. No consultó
Nivel de atención	Nivel de atención de la institución de salud en la que consultó el encuestado	Cualitativa	Nominal	1. Nivel I 2. Nivel II 3. Nivel III 4. Nivel IV 5. No aplica
Trámites para atención	Identifica el nivel de complejidad para acceder al servicio de salud para el encuestado	Cualitativa	Nominal	1. Muy complicado 2. Complicado 3. Ni complicado ni sencillo 4. Sencillo 5. Muy sencillo 6. No Aplica
Tiempo entre inicio de síntomas y consulta	Permite conocer el tiempo que transcurrió entre el inicio de los síntomas y la consulta	Cuantitativa	Razón	Días
Tiempo de atención	Mide el tiempo desde que llegó a la institución de salud hasta que fue atendido el encuestado	Cualitativa	Ordinal	1. Menos de 30 minutos 2. Entre 31 y 60 minutos 3. Más de 1 hora
Demora en la consulta	Identifica la percepción del paciente respecto al tiempo en sala de espera	Cualitativa	Nominal	1. Muy largo 2. Largo 3. Ni largo ni corto

				4. Corto 5. Muy corto
Calidad de la atención	Analiza la valoración del paciente sobre la atención recibida	Cualitativa	Nominal	1. Muy mala 2. Mala 3. Ni Mala ni buena 4. Buena 5. Muy buena
Importancia de las respuestas	Evalúa la calidad de las respuestas de los profesionales a las preguntas del paciente	Cualitativa	Nominal	1. Muy inapropiadas 2. Inapropiadas 3. Ni inapropiadas ni apropiadas 4. Apropriadas 5. Muy apropiadas
Tipo de trato	Mide el tipo de trato recibido por el paciente	Cualitativo	Nominal	1. Muy malo 2. Malo 3. Ni malo ni bueno 4. Bueno 5. Muy bueno
Capacidad de los profesionales	Reconoce los conocimientos de los profesionales en salud sobre las enfermedades	Cualitativo	Nominal	1. Muy baja 2. Baja 3. Ni baja ni alta 4. Alta 5. Muy alta
Recomendaciones médicas	Analiza la capacidad de los profesionales para orientar a los pacientes sobre el cuidado en casa	Cualitativo	Nominal	1. Muy insuficiente 2. Insuficiente 3. Ni insuficiente ni suficiente 4. Suficiente 5. Muy suficiente
Calidad del servicio	Evaluación del servicio prestado	Cualitativa	Ordinal	1. Cero 2. Uno 3. Dos 4. Tres 5. Cuatro 6. Cinco
Valoración de la atención	Mide cómo fueron las relaciones interpersonales paciente – profesionales de la salud	Cualitativa	Nominal	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni insatisfecho ni satisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho
Volvería a consultar	Permite conocer si el paciente desea volver a la institución de salud	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Calidad de Vida relacionada con la salud: Instrumento Skindex-29				
Dolor	Dolor generado en la piel	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Sueño	Disminución de las horas que duerme	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Gravedad de la lesión	Grado de preocupación por la gravedad de la enfermedad de la piel	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca

Dificultades para trabajar	Qué tanto les impiden la enfermedad de la piel para trabajar	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Vida social	La enfermedad de la piel impide que tenga vida social normal	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Depresión	El paciente se deprime por la enfermedad de la piel	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Quemazón en piel	Percepción de sensación de quemazón en la piel	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Encierro	La enfermedad de la piel le quitan el deseo de salir de casa	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Cicatrices permanentes	Preocupación por que la enfermedad de la piel le deje cicatrices.	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Picazón	Sensación de picazón en la piel afectada.	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Relaciones familiares	Las relaciones con seres queridos se deterioran por la enfermedad de la piel	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Sentimiento de vergüenza	Siente que se avergüenza por la enfermedad de la piel	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Deseo de estar solo	Prefiere estar solo por culpa de la enfermedad de la piel	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Sentimiento de rabia	Sensación de enfado por la enfermedad de la piel	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Limpieza de úlceras	Sentir que el agua empeora la enfermedad de la piel	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Afecto interpersonal	Se dificulta demostrar afectos a las personas por la enfermedad de la piel	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Irritación	Su piel tiene aspecto de irritación.	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Afectación a familiares	Los seres queridos se sienten afectados por su enfermedad de la piel.	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Frustración	Tienen sentimientos de frustración por la enfermedad de la piel	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Sentimiento de humillación	La enfermedad de la piel les genera sentimiento de humillación	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
Relaciones de pareja	Las personas ven afectadas sus relaciones de pareja por la enfermedad de la piel	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Diseño de investigación y tipo de estudio

El estudio realizado es de tipo transversal observacional y analítico. Con él se buscó identificar las características de la población que enfermó de leishmaniasis cutánea en el periodo de tiempo definido, respetando la percepción de los participantes en cada respuesta sobre el acceso a servicios de salud y el impacto en la CVRS.

La valoración de las variables se hizo en el mismo momento en el que se aplicó la encuesta, con la cual se identificaron las características demográficas de los participantes y se analizaron las variables relacionadas con la atención brindada a la población objeto y con la afectación a la CVRS.

Para determinar las barreras de acceso a los servicios de salud presentes en las personas que viven en zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico y que limitan la posibilidad de acceder al diagnóstico oportuno de la leishmaniasis cutánea, se tomaron casos notificados en el SIVIGILA durante el periodo definido y se analizó el tiempo comprendido entre el inicio de los síntomas y la fecha de la consulta con el profesional de la salud. El análisis de este periodo de tiempo es importante porque es determinante en el tamaño y la presentación de la cicatriz en la piel.

6.2 Hipótesis

Hipótesis nula: no existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y la CVRS en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea.

Hipótesis alterna: existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y la CVRS en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea.

6.3 Población

El estudio se realizó en veredas de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató, habitadas, en su mayoría, por comunidades indígenas, donde se presentaron casos de personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea en las siguientes proporciones: 247 en el municipio de Pueblo Rico y 133 en el municipio de Mistrató.

Se tuvo en cuenta, como fuente secundaria, la información de los pacientes diagnosticados con leishmaniasis cutánea que han sido notificados en el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA, durante los años 2019, 2020 y primer semestre de 2021.

Posteriormente, como fuente primaria, se aplicó una encuesta sobre acceso a los servicios de salud y calidad de vida relacionada con la salud a las personas reportadas en la base de datos del SIVIGILA.

6.4 Muestra

En este estudio no se realizó cálculo de tamaño de muestra, dado que se tomó el 100% de las personas mayores de 18 años que fueron diagnosticadas con leishmaniasis cutánea, durante el periodo comprendido entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021, habitantes de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató, que fueron notificados en la base de datos del SIVIGILA (152 casos). Lo anterior se definió teniendo en cuenta el número de casos presentados durante el tiempo establecido para esta investigación.

6.5 Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años, que tuvieron diagnóstico de leishmaniasis cutánea durante los años 2019, 2020 y primer semestre de 2021, notificados en la base de datos del SIVIGILA, que dieron su consentimiento informado para la participación y que habitan las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico.

6.6 Criterios de exclusión

- Personas no disponibles o no contactables al momento de la aplicación de la encuesta.

6.7 Procedimientos

Se seleccionaron los pacientes de las zonas indígenas de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató, diagnosticados con leishmaniasis cutánea durante los años 2019, 2020 y primer semestre de 2021, y que fueron notificados en el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA. El manejo de esta información contó con la autorización de la directora operativa de salud pública de la Secretaria de Salud Departamental (Anexo 1).

Posteriormente, se aplicó una encuesta en formato físico con tres componentes: 1) caracterización del encuestado, 2) valoración de los pacientes sobre el acceso a los servicios de salud y 3) percepción de los pacientes sobre su CVRS después de haber tenido la enfermedad y haber quedado con la piel cicatrizada (Anexo 5). La información fue procesada en el software SPSS 25.

La encuesta se aplicó a 140 personas, quienes aceptaron voluntariamente participar de la investigación y autorizaron la realización de la encuesta mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 6).

Los sesgos de esta investigación están relacionados con las respuestas de los encuestados, por ser respuestas de percepción, es posible que los pacientes no recuerden bien como fue la atención en el momento de la presentación de la enfermedad, sin embargo, se procuró mitigarlos teniendo solo dos encuestadores ampliamente reconocidos por las comunidades y entrenados para el adecuado manejo de la encuesta sin que intervinieran en las respuestas de los encuestados.

Las encuestas fueron aplicadas por técnicos de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), con conocimiento de la leishmaniasis cutánea, los cuáles fueron capacitados previamente mediante ejercicios piloto de diligenciamiento, con el propósito de que conocieran las variables y su interpretación. Uno de los encuestadores es miembro de la población indígena, hablante del idioma nativo Emberá-chamí, lo cual permitió una mejor comunicación entre el encuestador y los participantes, así como una mayor comprensión de las preguntas. El otro encuestador ha trabajado con comunidades indígenas por más de 20 años, lo que le permitió abordar a las personas con facilidad y lograr que accedieran a responder la encuesta.

La recolección de la información se realizó de manera presencial durante los meses de junio, julio, agosto y septiembre del año 2022. Los encuestadores se dirigieron al lugar de residencia de cada persona que hizo parte del estudio para la aplicación de los instrumentos.

Para la elaboración del instrumento se tuvo como referencia las siguientes encuestas:

- Instrumento 1: Encuesta de Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud PECASUSS, desarrollada por el Ministerio de Protección Social de Colombia; incluye variables de la caracterización de las personas, y preguntas relacionadas con la percepción de las personas sobre la atención recibida en el servicio de salud en tres aspectos; accesibilidad y oportunidad, variables que se miden teniendo en cuenta el trámite para acceder a los servicios de salud y el tiempo de espera al interior del hospital, y efectividad, que analiza las variables relacionadas con la atención brindada por el personal asistencial en cuanto a soluciones, respuestas, trato, capacidad y orientación a los pacientes (41).

- Instrumento 2: medida de calidad de vida relacionada con la piel Skindex-29, una adaptación al español probada en un estudio realizado por Gloria Sanclemente et al. en Medellín (Colombia); busca conocer la percepción de las personas encuestadas sobre su CVRS asociada a las enfermedades dermatológicas (42).

6.8 Análisis y procesamiento de la información

La información que se obtuvo de las encuestas se almacenó en una base de datos diseñada por el investigador en el paquete estadístico SPSS. El investigador también se encargó de custodiar y salvaguardar la seguridad y confidencialidad de la información. Se revisó la calidad de los datos de cada encuesta mediante la verificación de aspectos como que estuviera completamente diligenciada y no tuviera datos perdidos, los seguimientos quincenales a las encuestas permitió que cuando se identificaron datos incompletos los encuestadores debieron ubicar nuevamente al encuestado para completar la información y en la medida que avanzaban en las encuestas se cometieran menos errores. Posteriormente, se realizaron los análisis estadísticos, en donde cada encuestado fue la unidad de análisis tanto a nivel univariado como bivariado, según la tabla de contingencia, intervalos de confianza del 95% y test de significancia con un error de 0,05.

Cuando se analizó el grado de intensidad en los análisis bivariado, los hallazgos de las asociaciones indican que en la mayoría de las variables fue moderada, excepto en educación, trámite para la atención, dificultades para trabajar, encierro y deseo de estar solo donde la intensidad mostró ser fuerte y solo en la variable recomendaciones médicas se encontró una intensidad débil.

En el caso de la variable *Edad*, ya que no tuvo una distribución normal, se presenta la mediana y rango intercuartílico. Las variables categóricas se presentan como proporción y su comparación se realizó mediante la prueba chi cuadrado de Pearson.

6.9 Aspecto ético

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta la declaración de Helsinki que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada para la región en octubre de 2013 (43). En cuanto a la normatividad colombiana, se acataron los mandatos de la ley 23 de 1981, mediante la cual se regula la ética médica en el país (44).

Así mismo, se contó con el aval del comité de bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, según acta N 006 de 2022 (Anexo 4).

Este proyecto fue socializado con líderes indígenas de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató. En este caso, los representantes del cabildo mayor y otras autoridades municipales, como las direcciones locales de salud y los hospitales, conocieron el objeto de la investigación y su importancia para la salud pública y, en consecuencia, los gobernadores indígenas estuvieron de acuerdo y firmaron las autorizaciones para ingresar a la zona y desarrollar el estudio (Anexos 2 y 3).

La información del sistema de vigilancia SIVIGILA se manejó solo con fines investigativos y por las personas autorizadas, de forma que se garantizara la confidencialidad de la información e identificación de los pacientes según los principios éticos de la investigación. Para garantizar la confidencialidad de los participantes, se identificó cada encuesta con un número consecutivo del 1 al 140. El investigador custodió la información durante todo el proceso de investigación y cuenta con el acta de aprobación del comité de bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas.

7. RESULTADOS

La información que se presenta a continuación describe los datos más destacados de: la caracterización de la población encuestada, las barreras identificadas que impidieron el diagnóstico oportuno de la enfermedad (según el INS se mide

teniendo en cuenta el tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la consulta), la percepción de las personas sobre el acceso a los servicios de salud durante la atención hospitalaria, las principales afectaciones a la CVRS por causa de las cicatrices de la piel y los resultados de las asociaciones entre estas variables de los tres componentes de la encuesta.

Adicionalmente, la información se redactó según los dominios de cada una de las encuestas aplicadas; la primera compila la percepción de los participantes sobre la atención recibida en la institución de salud en cuanto a 1) accesibilidad y oportunidad en la atención y 2) efectividad de la atención. El segundo componente identifica el estado actual de la CVRS en cuanto a sus afectaciones, con preguntas sobre 1) aspectos emocionales, 2) aspectos funcionales y 3) aspectos sintomáticos.

De este estudio hicieron parte 140 pacientes mayores de 18 años de 152 que fueron diagnosticados con leishmaniasis cutánea durante el periodo comprendido entre el año 2019 y primer semestre del año 2021. Estas personas tenían residencia en las zonas indígenas de los municipios de Mistrató y Pueblo Rico, las 12 personas que no participaron fueron las que los encuestadores no pudieron contactar.

7.1 Resultados Objetivo N° 1. Caracterización sociodemográfica de la población

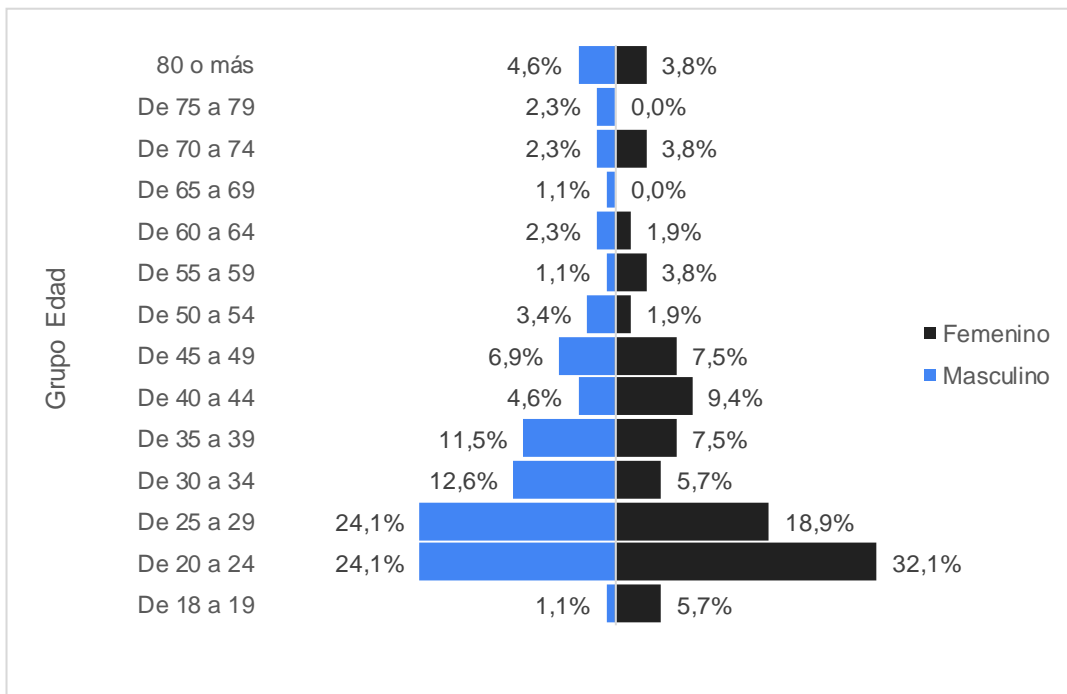
Los resultados de caracterización de los participantes se presentan en función de las variables: edad, sexo, etnia, nivel educativo, ocupación y nivel socioeconómico, que fueron de mayor relevancia en las comunidades de estudio, donde se encontró que:

En la zona indígena del municipio de Mistrató, el 60% de las personas encuestadas tenían entre 18 y 29 años de edad. Este grupo de edad representó el 44,7% en la zona indígena del municipio de Pueblo Rico, seguido por el grupo de

30 a 49 años con el 42,1%. De acuerdo con esta distribución de los participantes, las personas que presentan mayor frecuencia de casos de leishmaniasis cutánea, en ambos municipios, pertenecen a la población en edades (20-49 años).

En la distribución de casos por sexo según grupos de edad, se puede observar que los datos más representativos se encuentran entre los 20 y 29 años: en el sexo masculino son el 48,2% y en el sexo femenino suman el 51%, lo que indica que la mayor frecuencia de casos de leishmaniasis cutánea es similar en ambos sexos en estos grupos de edad (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución porcentual por grupos de edad según sexo en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021



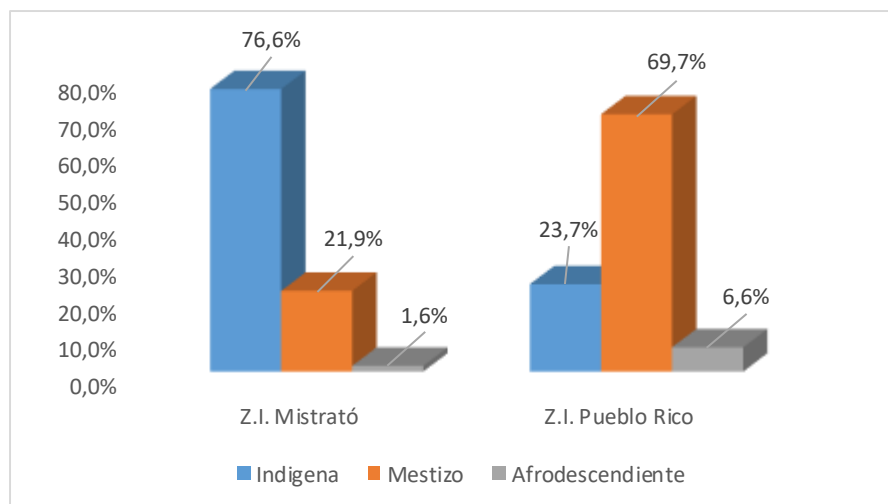
Fuente: elaboración propia

La caracterización por edad arroja los siguientes resultados: en la zona indígena de Mistrató, la mediana fue 25,5 años (Q1:23 y Q3:25) y en la zona indígena de Pueblo Rico, la mediana fue 32 años (Q1:26 y Q3:32), encontrándose una

diferencia de más de 6 años en las medianas por municipio. Al analizar la distribución de los participantes por sexo, se observa que el sexo masculino es mayor tanto en la zona indígena de Mistrató (53,1%) como en la de Pueblo Rico (69,7%).

Los hallazgos evidencian diferencias en la caracterización respecto a los grupos étnicos donde se encontró que en la zona indígena de Mistrató el 76,6% de las personas encuestadas son indígenas. Mientras que en la zona indígena de Pueblo Rico el 69,7% son mestizos, lo cual obedece a que en este municipio predominan las personas mestizas en las veredas donde hay mayor transmisión de leishmaniasis cutánea (Gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución porcentual por etnias en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021



Fuente: elaboración propia

En la Tabla 1 se observa que el nivel educativo más frecuente en la zona indígena de Mistrató es la primaria con un 90,6%, a diferencia de la zona indígena de Pueblo Rico donde fue la secundaria y otros con un 77,6%. Al analizar la ocupación de las personas de las zonas indígenas de estos municipios se identificó que tanto en Mistrató (56,3%) como en Pueblo Rico (75%) son

trabajadores dependientes, seguido de la actividad Ama de casa (Mistrató: 43,8%) y desempleados (Pueblo Rico: 15,8%). En las dos zonas indígenas el nivel socioeconómico principal es uno (Mistrato:100%, Pueblo Rico: 97,4%) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de variables demográficas en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021

Variable	Z.I. Mistrató		Z.I. Pueblo Rico		
	n	%	n	%	
Educación	Primaria	58	90.6%	17	22.4%
	Secundaria y otros	6	9.4%	59	77.6%
Ocupación	Trabajador dependiente	36	56.3%	57	75%
	Ama de casa	28	43.8%	7	9.2%
	Desempleado	0	0%	12	15.8%
Estrato	Uno	64	100%	74	97.4%
	Dos	0	0%	1	1.3%
	Cinco	0	0%	1	1.3%
Total		64	100%	76	100%

Fuente: elaboración propia

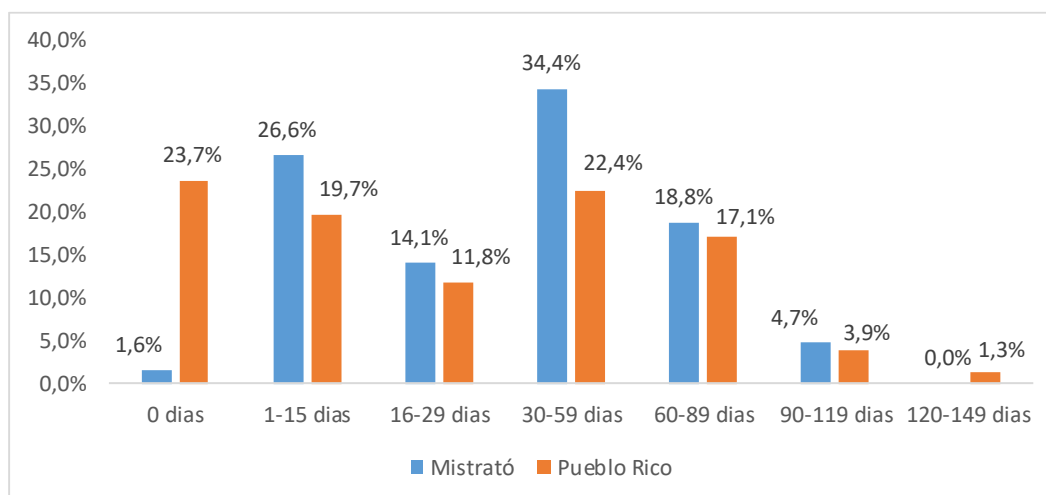
7.2 Resultados Objetivo N° 2. Acceso a los servicios de salud

A continuación, se presentan los resultados de acceso a los servicios de salud, analizados desde las diferentes barreras que impiden a las personas asistir a la consulta médica en el menor tiempo posible, conocer el estado del aseguramiento de estas comunidades y la percepción de los pacientes de la atención recibida desde las dimensiones de accesibilidad, oportunidad y efectividad, según los dominios de la encuesta.

7.2.1 Barreras para el acceso a los servicios de salud

Los hallazgos evidencian que una vez iniciados los síntomas, el tiempo de la primera consulta para el diagnóstico de la enfermedad responde a lo siguiente: el 26,6% de las personas en la zona indígena de Mistrató y el 19,7% de los de la zona indígena de Pueblo Rico consultaron entre los días 1 y 15 después del inicio de los síntomas. El 72% de las personas en la zona indígena de Mistrató y el 56,5% en la de Pueblo Rico consultaron después del día 16. Por otro lado, se observa un comportamiento inusual en la consulta; según la información analizada en Mistrató (1,6%) y en Pueblo Rico (23,7%), hubo personas que consultaron el mismo día del inicio de los síntomas lo que indica un posible error de digitación (Gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución porcentual del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021



Fuente: SIVIGILA

7.2.2 Acceso a los servicios de salud en las IPS primarias

Con respecto al aseguramiento de los encuestados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se encontró que el régimen predominante fue el subsidiado con un 97% en la etnia indígena, 100% en la afrodescendiente y

85,1% en la mestiza, resultados concordantes con los avances que ha tenido el país en cuanto a la cobertura de aseguramiento subsidiado a la población pobre (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual del aseguramiento por etnia en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021

Variable		Indígena		Afrodescendiente		Mestizo	
		n	%	n	%	n	%
Afiliación al SGSSS	Subsidiado	65	97%	6	100%	57	85.1%
	Contributivo	2	3.0%	0	0%	8	11.9%
	No afiliado	0	0%	0	0%	2	3%
		67		6		67	

Fuente: elaboración propia

En relación con el momento del diagnóstico de LC, hasta tres años antes de la encuesta PECASUSS, se indagó a los participantes sobre la percepción que tienen sobre los trámites necesarios para acceder a la atención en el establecimiento hospitalario con respecto al tiempo que tuvieron que esperar para ser atendidos y, además, se les pidió que valoraran la efectividad de la atención frente al comportamiento de los profesionales y las soluciones de salud dadas, ante lo cual los resultados indicaron lo siguiente.

7.2.2.1 Percepción de las personas en cuanto a la accesibilidad y oportunidad en la atención

El 100% de las personas que participaron en la encuesta fueron diagnosticados con leishmaniasis cutánea en el momento que consultaron por primera vez al servicio de medicina general en los hospitales de los municipios de Mistrató y Pueblo Rico. Esta información fue analizada de acuerdo con los aspectos

agrupados de la encuesta de percepción (PECASUSS) primero, analizando la accesibilidad y oportunidad y después, la efectividad.

Cuando se le pregunto a los participantes sobre el nivel de complejidad que se les presento para acceder a los servicios de salud, al 74,6% de los indígenas les pareció que fue complicado, mientras que los afrodescendientes (83,3%) y los mestizos (77,6%) percibieron el proceso como sencillo. En este sentido, es importante mencionar que el 91,4% de las personas encuestadas pertenecen al régimen subsidiado y por ser la leishmaniasis cutánea una enfermedad de interés en salud pública, la atención a los pacientes en la institución de salud no les generó ningún costo.

El tiempo de espera al interior del hospital antes la atención para los encuestados de la zona indígena de Mistrató arroja una mediana de 50 minutos (Q1:50 y Q3:60) y en la zona indígena de Pueblo Rico de 10 minutos (Q1:10 y Q3:15). Lo anterior se podría explicar debido a que en el municipio de Mistrató se presenta una mayor demanda de los servicios de salud por consulta general. Por lo tanto, el 74,6% de los indígenas manifestaron que el tiempo de espera fue largo, contrario de los afrodescendientes (83,3%) y los mestizos (71,6%), los cuales lo valoraron como muy corto (Tabla 3).

La accesibilidad se midió de acuerdo con la percepción de los encuestados frente al trámite que debió realizarse para ser atendido, y la oportunidad se midió según el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido.

Tabla 3. Distribución porcentual de las variables accesibilidad y oportunidad por etnia en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021

Variable		Indígena		Afrodescendiente		Mestizo	
		n	%	n	%	n	%
El trámite que hizo para ser atendido(a) hoy o el día que ingresó a la institución le pareció:	Complicado	50	74.6%	1	16.7%	15	22.4%
	Sencillo	17	25.4%	5	83.3%	52	77.6%
Este tiempo que tuvo que esperar hasta que lo(a) atendieron le pareció	Largo	50	74.6%	1	16.7%	19	28.4%
	Muy corto	17	25.4%	5	83.3%	48	71,6%
Total		67		6		67	

Fuente: elaboración propia

7.2.2.2 Percepción de las personas en cuanto a la efectividad de la atención

Con respecto a la efectividad de la atención, las tres etnias, indígena (85,1%), afrodescendiente (66,7%) y mestiza (71,6%), coincidieron en que las soluciones dadas por los profesionales de la salud para su enfermedad fueron buenas. Así mismo, fueron apreciadas las respuestas dadas por los profesionales de la salud a sus inquietudes, dándolas como apropiadas por los indígenas (80,6%) y muy apropiadas por los afrodescendientes (66,7%) y por los mestizos (53,7%).

Sobre el trato en la atención brindada por los profesionales de la salud durante la consulta, los hallazgos evidencian lo siguiente: los participantes de los tres grupos étnicos, indígenas (79,1%), afrodescendientes (66,7%) y mestizos (61,2%), lo calificaron como bueno. De la misma manera fue valorada la capacidad de los profesionales para solucionar sus necesidades de salud con una calificación alta dada por los indígenas (80,6%) y muy alta dada por los afrodescendientes (50%) y mestizos (55,2%). Por su parte, las recomendaciones de los profesionales hacia los pacientes sobre cómo debían cuidar las úlceras en casa fue percibida como suficiente por las tres etnias, indígenas (77,6%), afrodescendientes (66,7%) y mestizos (59,7%) (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual de las variables de efectividad por etnia en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021

Variable		Indígena		Afrodescendiente		Mestizo	
		n	%	n	%	n	%
La solución que le dieron a la necesidad de salud por la que consultó en este hospital le pareció:	Buena	57	85.1%	4	66.7%	48	71.6%
	Muy buena	10	14.9%	2	33.3%	19	28.4%
Las respuestas del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieron:	Apropiadas	54	80.6%	2	33.3%	31	46.3%
	Muy apropiadas	13	19.4%	4	66.7%	36	53.7%
El trato que recibió de médicos, enfermeras y otros profesionales de salud le pareció:	Bueno	53	79.1%	4	66.7%	41	61.2%
	Muy bueno	14	20.9%	2	33.3%	26	38.8%
La capacidad de los profesionales para solucionar sus necesidades de salud le pareció:	Alta	54	80.6%	3	50%	30	44.8%
	Muy alta	13	19.4%	3	50%	37	55.2%
La orientación que recibió para los cuidados de su salud en casa le apreció:	Suficiente	52	77.6%	4	66.7%	40	59.7%
	Muy suficiente	15	22.4%	2	33.3%	27	40.3%
Total		67		6		67	

Fuente: elaboración propia

La calificación dada a la atención de la población objeto de estudio arrojó los siguientes hallazgos: calificación de la atención a la población objeto de estudio en una escala de uno (1) a cinco (5), donde la calificación más sobresaliente fue cuatro (4), en los indígenas (67,2%), en los afrodescendientes (33,3%) y en los mestizos (50,7%).

Respecto al trato durante la atención dada por los empleados de la institución de salud, los indígenas (73,1%) se sintieron satisfechos, concordando con los afrodescendientes (83,3%) y los mestizos (68,7%), quienes refieren haber

quedado muy satisfechos. Todos los participantes están dispuestos a consultar nuevamente en el centro de salud (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución porcentual de las variables de acceso al servicio de salud por etnias en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021

Variable		Indígena		Afrodescendiente		Mestizo	
		n	%	n	%	n	%
¿De cero (pésimo) a cinco (excelente), con cuánto califica la calidad del servicio recibido?	Dos	0	0%	1	16.7%	0	0%
	Tres	19	28.4%	1	16.7%	20	29.9%
	Cuatro	45	67.2%	2	33.3%	34	50.7%
	Cinco	3	4.5%	2	33.3%	13	19.4%
¿La atención recibida en la institución lo dejó, en general, ...?	Satisfecho	49	73.1%	1	16.7%	20	29.9%
	Muy satisfecho	17	25.4%	5	83.3%	46	68.7%
	Insatisfecho	1	1.5%	0	0%	1	1.5%
Volvería al hospital	Sí	67	100%	6	100%	67	100%
Total		67		6		67	

Fuente: elaboración propia

7.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

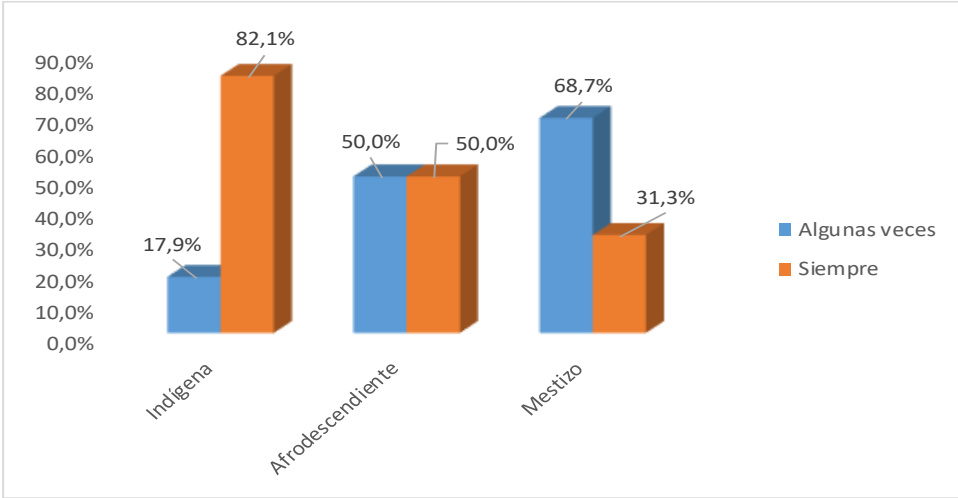
Los resultados encontrados respecto a la CVRS se presentan según la percepción de los encuestados sobre las afectaciones padecidas en los aspectos emocionales, funcionales y sintomáticos; cada uno de estos dominios cuenta con su respectivo panel de preguntas que orientan al encuestado a identificar qué aspectos de su bienestar físico se afectan por causa de las cicatrices resultantes de la leishmaniasis cutánea.

Con respecto a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, analizada desde la afectación a la dimensión de bienestar físico y sus consecuencias en la vida personal de los participantes, se encontró que las personas que tuvieron diagnóstico de leishmaniasis cutánea y que viven en las zonas indígenas de los municipios de Mistrató y Pueblo Rico sienten una afectación negativa por causa de las cicatrices que la enfermedad deja en la piel. Esta percepción fue analizada de acuerdo con los dominios de la encuesta Skindex-29: emocional (depresión, vergüenza, preocupación), funcional (sueño, trabajo, vida social) y sintomático (dolor, quemazón, irritación). Los resultados encontrados se describen a continuación.

7.3.1 Percepción de la afectación a la CVRS, según el dominio emocional

Al preguntar a los participantes si su enfermedad de la piel les ha generado sentimiento de depresión, los indígenas y afrodescendientes seleccionaron la opción *Siempre* con el 82,1% y el 50% respectivamente. Por su parte, el 68,7% de los mestizos respondieron que *Algunas veces* (Gráfica 4).

Gráfica 4. Estado de depresión a causa de las cicatrices en la piel ordenado por etnia en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021



Fuente: elaboración propia

Las lesiones cutáneas ocasionadas por leishmaniasis en el 86,6% de las personas indígenas supone la preocupación por el hecho de que la enfermedad en la piel sea algo grave. La situación es similar con los afrodescendientes (56,7%) y los mestizos (58,2%), quienes refieren que algunas veces se sintieron preocupados.

La cicatrización generada después de la enfermedad pone en evidencia manifestaciones en la población objeto de estudio como las siguientes: en cuanto al hecho de que las cicatrices sean permanentes y dañen el aspecto de los pacientes, los encuestados de las tres etnias dijeron que siempre les angustió esa situación, indígenas (94%), afrodescendientes (83,3%) y mestizos (94%). Según los participantes indígenas (83,6%) y afrodescendientes (50%) las cicatrices que les dejó la leishmaniasis cutánea siempre les generaron sentimiento de vergüenza al compartir con otras personas, mientras que el 58,2% de los mestizos respondieron que algunas veces se avergonzaron (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución porcentual de variables de afectación emocional ordenadas por etnias en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021

Variable		Indígena		Afrodescendiente		Mestizo	
		n	%	n	%	n	%
Me preocupa que mi enfermedad de la piel pueda ser algo grave	Siempre	58	86.6%	2	33.3%	28	41.8%
	Algunas Veces	9	13.4%	4	66.7%	39	58.2%
Me preocupa que me queden cicatrices por mi enfermedad de la piel	Siempre	63	94.0%	5	83.3%	63	94.0%
	Algunas Veces	2	3.0%	1	16.7%	2	3.0%
	Nunca	2	3.0%	0	0.0%	2	3.0%
Me avergüenzo de la enfermedad de mi piel	Siempre	56	83.6%	3	50.0%	28	41.8%
	Algunas Veces	11	16.4%	3	50.0%	39	58.2%
Total		67		6		67	

Fuente: elaboración propia

La valoración de los sentimientos derivados de las secuelas cutáneas de la enfermedad arroja los siguientes resultados: sentimientos de enfado, frustración y humillación en los participantes indígenas (79,1%) y mestizos (37,3%), quienes manifestaron que siempre han vivido momentos donde están enfadados, mientras que el 50% de los afrodescendientes algunas veces se ha enfadado por causa de las cicatrices.

Ante la pregunta sobre si la enfermedad de la piel los hace sentir frustrados, los indígenas (77,6%) dijeron que siempre, mientras que los afrodescendientes (50%) y los mestizos (37,3%) respondieron siempre y algunas veces. Al indagar si han vivido momentos de humillación por causa de las cicatrices en la piel, los indígenas (79,1%) y los mestizos (41,8%) aseveran que siempre mientras que los afrodescendientes (66,7%) refieren que algunas veces.

7.3.2 Percepción de la afectación a la CVRS, según el dominio funcional

La afectación a la CVRS de las personas encuestadas según aspectos funcionales arroja resultados como: las personas de etnia indígena afirman (73,1%) que las lesiones de la leishmaniasis nunca les alteraron el sueño, mientras que en las etnias afrodescendiente (50%) y mestiza (56,7%) algunas veces sintieron que el sueño se vio afectado.

Sobre las dificultades para la realización de sus labores cotidianas y trabajo, el 73,1% de los indígenas dicen que fue así algunas veces, notándose una mayor afectación (83,3%) en los afrodescendientes y en los mestizos (73,1%), quienes dicen que siempre les causa dificultad desempeñar las actividades. La percepción de los indígenas (74,6%) y los afrodescendientes (50%) encuestados es que las cicatrices en la piel siempre afectan su vida social. Sin embargo, la etnia mestiza dice que se ha visto afectada algunas veces (68,7%) (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución porcentual de las variables de afectación funcional ordenadas por etnias en personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea de las zonas indígenas de Mistrató y Pueblo Rico, realizado entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021

Variable		Indígena		Afrodescendiente		Mestizo	
		n	%	n	%	n	%
Mi enfermedad de la piel afecta mi sueño	Nunca	49	73.1%	1	16.7%	15	22.4%
	Siempre	10	14.9%	2	33.3%	14	20.9%
	Algunas veces	8	11.9%	3	50%	38	56.7%
Mi enfermedad de la piel dificulta mi trabajo o aficiones	Siempre	18	26.9%	5	83.3%	49	73.1%
	Algunas veces	49	73.1%	1	16.7%	18	26.9%
Mi enfermedad de la piel afecta mi vida social	Siempre	50	74.6%	3	50%	21	31.3%
	Algunas veces	17	25.4%	3	50%	46	68.7%
Total		67		6		67	

Fuente: elaboración propia

Sobre la incidencia de las cicatrices en la vida social de los pacientes objeto de estudio, con respecto a si por causa de las cicatrices prefieren quedarse en casa, las respuestas evidencian lo siguiente: un 67,2% de los indígenas respondieron que algunas veces, mientras que los afrodescendientes (50%) y los mestizos (55,2%) aseguran que nunca. En cuanto a la preferencia de hacer cosas en solitario, el 70,1% de los indígenas dijeron que algunas veces, una percepción similar a la de los afrodescendientes y los mestizos quienes dividieron sus respuestas entre siempre (50%) y algunas veces (46,3%).

El 85,1% de las personas indígenas, el 66,7% de las afrodescendientes y el 79,1% de las mestizas consideraron que las cicatrices de la leishmaniasis cutánea han afectado algunas veces sus relaciones con las personas queridas. También tuvieron dificultad algunas veces para mostrar su afecto, según los siguientes datos: indígenas (86,6%), afrodescendientes (83,3%) y mestizos (82,1%).

En este mismo sentido, se encontró que la enfermedad de la piel ha sido un problema para las personas que quieren; los indígenas lo notaron algunas veces (79,1%), a diferencia del 50% de los afrodescendientes y el 49,3% de los mestizos, quienes lo percibieron siempre. Finalmente, en cuanto a la interferencia con la vida sexual, los indígenas (68,7%), los afrodescendientes (66,7%) y los mestizos (74,6%) afirman que nunca la han experimentado.

En términos de afectación funcional para las personas encuestadas, la leishmaniasis cutánea no altera de forma representativa el sueño ni la realización de las actividades laborales y aficiones, pero sí perciben afectación negativa en cuanto a la convivencia con familiares y otras personas.

7.3.3 Percepción de la afectación a la CVRS, según el dominio sintomático

Se encontró que el 82% de los indígenas, el 66,7% de los afrodescendientes y el 64,2% de los mestizos respondieron que las lesiones en la piel nunca les han generado dolor. En cuanto a haber sentido que la piel les quemaba por causa de la cicatriz, el 49,3% de los indígenas dijeron que nunca, el 66,7% de los afrodescendientes y el 67,2% de los mestizos dijeron que algunas veces. Frente al hecho de que la piel les pique, el 44,8% de los indígenas dicen que algunas veces, los afrodescendientes (50%) y los mestizos (41,8%) respondieron que nunca. Al indagar si el agua empeora la enfermedad en la piel, los indígenas (61,2%), los afrodescendientes (50%) y los mestizos (70,1%) dijeron que nunca.

Las respuestas obtenidas sobre la irritación de la piel afectada muestran que el 58,2% de los indígenas y el 43,3% de los mestizos refieren que algunas veces, mientras que el 50% de los afrodescendientes dicen que siempre presentan esta reacción.

Al analizar la afectación a la CVRS, según los aspectos sintomáticos, se encontró que la irritación de la piel es el síntoma de mayor impacto, a diferencia del dolor, la

quemazón y el prurito, que no son síntomas asociados a las lesiones de la leishmaniasis cutánea.

7.4 Relación entre las variables de acceso a los servicios de salud, CVRS y caracterización sociodemográfica de las personas encuestadas

Los hallazgos identificados a partir de las asociaciones entre variables de acceso, caracterización y CVRS, se presentarán a continuación.

7.4.1 Asociación entre la variable de acceso al servicio de salud (tiempo de espera) y las variables de caracterización

Los resultados analíticos sobre la característica de acceso al servicio de salud (*tiempo de espera*) asociada a las variables de caracterización sociodemográfica se describen a continuación:

- Las variables educación (p:0.001) y ocupación (p:0.001) presentan asociación estadísticamente significativa con tiempo de espera.
- Respecto al nivel educativo de las personas que percibieron el tiempo de espera para ser atendidos como largo, el 85,7% estudiaron hasta la primaria.
- La principal ocupación de los encuestados es el trabajo dependiente (51,4%) y el 57,1% pertenecen al sexo masculino.

Por su parte, sobre los participantes que percibieron el tiempo de espera para ser atendidos como muy corto se sabe que 1) tenían estudios hasta la secundaria y otros (78,6%), 2) son trabajadores dependientes (81,4%) y 3) el 67,1% pertenecen al sexo masculino (Tabla 8).

Tabla 8. Asociación entre el tiempo de espera para ser atendidos y las variables demográficas en zonas indígenas Mistrató y Pueblo Rico

Variables		Largo		Muy Corto		Chi ²	Valor P
		n	%	n	%		
Sexo	Masculino	40	57.10%	47	67.10%	1.488	0.223
	Femenino	30	42.90%	23	32.90%		
Educación	Primaria	60	85.70%	15	21.40%	58.154	0.001
	Secundaria y otros	10	14.30%	55	78.60%		
Ocupación	Trabajador dependiente	36	51.40%	57	81.40%	17.342	0001
	Ama de casa	28	40.00%	7	10.00%		
	Desempleado	6	8.60%	6	8.60%		
Total		70	100.0%	70	100.0%		

*Asociaciones significativas

Fuente: elaboración propia

7.4.2 Asociación entre la variable de acceso al servicio de salud (tiempo de espera) y las variables de CVRS

Para los encuestados que manifestaron que el tiempo de espera para ser atendidos les pareció **largo**, los hallazgos arrojan los siguientes resultados respecto de la afectación a la CVRS: 1) al 90% siempre les preocupó que las lesiones en la piel fueran graves. 2) El 74,3% siempre sufrió afectación en su vida social. 3) El 85,7% siempre tuvo episodios de depresión. 4) El 90% siempre ha sentido vergüenza. 5) El 82,9% siempre ha tenido momentos de frustración. Y 6) el 84,3% siempre ha experimentado episodios de humillación.

Además, el 88,6% manifestó que **algunas veces** estuvo limitado para trabajar; el 82,9% algunas veces deseó permanecer encerrado; el 51,4% algunas veces sintió picazón en las zonas donde tenía las úlceras; el 84,3% algunas veces prefirió estar solo; y al 57,1% algunas veces sintió irritación en la piel.

En cuanto a las respuestas obtenidas de los encuestados en las que expresaron que **nunca** vieron afectada su CVRS se encontró que al 74,3% la limpieza corporal que se realiza cada persona con agua y jabón nunca afectó el estado de sus lesiones y el 78,1% nunca vio afectada sus relaciones de pareja (78,1%).

En la variable asociada con el tiempo de espera para la atención se encontró que entre quienes respondieron **muy corto** el 91,4% **siempre** tuvieron limitaciones para trabajar, el 48,6% siempre experimentó irritación en la piel afectada por las úlceras, el 64,3% siempre deseó estar solo y el 44,3% siempre ha sentido humillación.

Así mismo, al 64,3% algunas veces les preocupó que sus lesiones fueran algo grave, el 68,6% algunas veces vio afectada su vida social, el 72,9% algunas veces sintió depresión a causa de las cicatrices, el 65,7% algunas veces sintió vergüenza, el 44,3% algunas veces estuvo enfadado y el 45,7% algunas veces padeció frustración.

Sin embargo, no se estableció afectación a la CVRS de los participantes al encontrar que el 60,0% **nunca** prefirió estar encerrado, al 40,0% nunca les pico la piel en el área de las lesiones, al 55,7% la limpieza nunca les afectó su lesión y al 62,9% nunca sufrió afectación en sus relaciones de pareja.

Los resultados de asociación entre las variables de CVRS analizadas en relación con el tiempo de espera para acceder a la atención médica largo y muy corto arrojaron que existe asociación estadísticamente significativa en todas con valores $P < 0,05$, sin embargo ante las preguntas, la limpieza afecta la enfermedad la piel

y la enfermedad afecta las relaciones de pareja, punto la respuesta nunca, lo que indica que el mayor número de personas con percepción de tiempo de espera largo o corto no se vieron afectados en estos aspectos (Tabla 9).

Tabla 9. Asociación entre las entre la variable de acceso al servicio de salud (demora en la consulta) y las variables de CVRS en las zonas indígenas Mistrató y Pueblo Rico entre el año 2019 y el primer semestre del año 2021

Variables		Largo		Muy corto		Chi ²	Valor P
		n	%	n	%		
Lesión grave	Siempre	63	90.00%	25	35.70%	44.178	0.001
	Algunas veces	7	10.00%	45	64.30%		
Limita trabajar	Siempre	8	11.40%	64	91.40%	120.643	0.001
	Algunas veces	62	88.60%	6	8.60%		
Afecta vida social	Siempre	52	74.30%	22	31.40%	25.799	0.001
	Algunas veces	18	25.70%	48	68.60%		
Enfermedad deprime	Siempre	60	85.70%	19	27.10%	48.836	0.001
	Algunas veces	10	14.30%	51	72.90%		
Encierro	Siempre	6	8.60%	23	32.90%	81.553	0.001
	Algunas veces	58	82.90%	5	7.1%		
	Nunca	6	8.60%	42	60.00%		
Piel pica	Siempre	6	8.60%	21	30.00%	12.281	0.002
	Algunas veces	36	51.40%	21	30.00%		
	Nunca	28	40.00%	28	40.00%		
Enfermedad vergonzosa	Siempre	63	90.00%	24	34.30%	46.181	0.001
	Algunas veces	7	10.00%	46	65.70%		
Deseo de estar solo	Siempre	6	8.60%	45	64.30%	69.621	0.001
	Algunas veces	59	84.30%	10	14.30%		

	Nunca	5	7.10%	15	21.40%		
Enfermedad enfada	Siempre	59	84.3%	21	30.00%	42.290	0.001
	Algunas veces	6	8.60%	31	44.30%		
	Nunca	5	7.10%	18	25.70%		
Limpieza afecta	Siempre	5	7.10%	21	30.00%	12.095	0.002
	Algunas veces	13	18.60%	10	14.30%		
	Nunca	52	74.30%	39	55.70%		
Piel irritada	Siempre	5	7.10%	34	48.60%	34.638	0.001
	Algunas veces	40	57.10%	30	42.90%		
	Nunca	25	35.70%	6	8.60%		
Siento frustración	Siempre	58	82.90%	22	31.40%	37.988	0.001
	Algunas veces	7	10.00%	32	45.70%		
	Nunca	5	7.10%	16	22.90%		
Siento humillación	Siempre	59	84.3%	24	34.30%	36.651	0.001
	Algunas veces	6	8.60%	31	44.3%		
	Nunca	5	7.10%	15	21.4%		
Afecta relaciones de pareja	Siempre	6	8.60%	20	28.60%	9.264	0.010
	Algunas veces	8	11.40%	6	8.60%		
	Nunca	56	80.00%	44	62.90%		
Total		70	100%	70	100.00%		

*Asociaciones significativas

Fuente: elaboración propia

7.4.3 Relación entre una variable de CVRS (depresión causada por las cicatrices en la piel de las personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea) y variables sociodemográficas

Los resultados indican que hay una afectación de la CVRS de las personas debida a la sensación de depresión que causa la presencia de cicatrices permanentes en la piel infectada por leishmaniasis cutánea. En cuanto al máximo nivel de estudio

alcanzado por estas personas, la primaria y la secundaria representaron más del 70% y frente al sexo, predominó el masculino con un porcentaje de 57%. Esta relación tuvo asociación estadísticamente significativa entre depresión y nivel educativo con un valor de $P: < 0,05$.

7.4.4 Asociación entre una variable de CVRS (depresión causada por las cicatrices en la piel de las personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea) y las variables de acceso a los servicios de salud

Al analizar las respuestas de los participantes que manifestaron siempre sentir depresión por las cicatrices que deja la leishmaniasis cutánea y con relación al acceso a los servicios de salud, más del 70% percibieron que: el trámite que debieron hacer para ser atendidos fue complicado y el tiempo de espera en la institución antes de ser atendidos fue largo, sin embargo, consideran que los profesionales estaban bien capacitados para solucionar sus necesidades de salud, las orientaciones que recibieron para el cuidado en casa fue suficiente y las respuestas dadas a sus inquietudes fueron apropiadas.

Otro grupo de encuestados se diferencia del anterior y refieren que las cicatrices que deja la leishmaniasis algunas veces les generó depresión. De estos un porcentaje mayor al 80% manifestó que el trámite para acceder a los servicios de salud fue sencillo y el tiempo de espera en la institución antes de ser atendidos fue muy corto.

Así mismo, se puede observar que más del 50% de los participantes dijeron que las capacidades de los profesionales para solucionar sus necesidades fueron muy altas, les dieron una adecuada orientación para el cuidado en casa y respondieron claramente a sus inquietudes con respuestas muy apropiadas.

En concordancia con las respuestas anteriores se encontró que el 80,3% de las personas quedaron muy satisfechos con la atención recibida en la institución y se

encuentra asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas y el trámite para acceder a los servicios de salud con un valor de $P < 0,05$.

De las personas que dicen que siempre están deprimidas a causa de la enfermedad de la piel, al 75,9% les pareció que tanto la calidad de la atención como el trato que recibió del personal de salud fue bueno. Con respecto a las personas que manifiestan que algunas veces están deprimidos por causa de la enfermedad de la piel el 80,3% refieren que la calidad de la atención fue buena y el 62,3% manifestaron que el trato que recibió del personal de salud fue bueno (Tabla 10).

Tabla 10. Asociación entre depresión por las cicatrices en la piel de las personas con diagnóstico de leishmaniasis cutánea y las variables de acceso a los servicios de salud

		Siempre		Algunas veces		Chi ²	Valor P
		n	%	n	%		
Trámite previo a la atención	Complicado	60	75.90%	6	9.80%	60.379	0.001
	Sencillo	19	24.10%	55	90.20%		
Demora en la consulta	Muy corto	19	24.10%	51	83.60%	48.836	0.001
	Largo	60	75.90%	10	16.40%		
Importancia respuestas	Apropiadas	60	75.90%	27	44.30%	14.691	0.001
	Muy apropiadas	19	24.10%	34	55.70%		
Capacidad de los profesionales	Alta	60	75.90%	27	44.30%	14.691	0.001
	Muy alta	19	24.10%	34	55.70%		
Recomendaciones médicas	Suficientes	60	75.90%	36	59.00%	4.580	0.032
	Muy suficientes	19	24.10%	25	41.00%		
Total		79	100%	61	100.00%		

*Asociaciones significativas

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede observar que todo el núcleo familiar que vive en los territorios endémicos de leishmaniasis cutánea se encuentran en constante exposición al vector, aunque con mayor incidencia en los participantes que corresponden a las edades entre (20 – 49) años.

Los participantes del estudio que habitan los municipios de Pueblo Rico y Mistrató manifiestan que las úlceras y cicatrices en la piel afean su aspecto físico y desmejoran su estado emocional generándoles sentimientos de vergüenza y de depresión.

En relación con la comprobación de las hipótesis planteadas, los hallazgos permiten concluir que se rechaza la hipótesis nula, es decir, se encontró asociación entre variables de caracterización sociodemográfica y acceso a los servicios de salud y CVRS; dichas asociaciones fueron estadísticamente significativas con valores de $P < 0,05$.

8. DISCUSIÓN

El presente apartado expone el análisis y la discusión en cuanto a los aspectos de caracterización sociodemográfica, percepción de los encuestados sobre el acceso a los servicios de salud en las IPS primarias donde fueron atendidos y las afectaciones a la CVRS causadas por las cicatrices en la piel resultado de la LC. Estos resultados permiten dar respuesta a los objetivos planteados al inicio de este estudio y se confrontaran con estudios similares para comprobar concordancias y/o diferencias.

En Risaralda, los casos reportados durante el periodo de estudio corresponden principalmente al sexo masculino (superior al 53%) habitantes de áreas rurales dispersas de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató; esto dado que los hombres son los que están más expuestos al vector, ya que sus actividades cotidianas se realizan normalmente fuera de la vivienda como jornaleros en minería, arriería y

agricultura. Los resultados son similares a los publicados por Picón et al, donde los hombres infectados comprendieron el 66,7% de los casos (9).

Los resultados indican que, de las personas participantes, el rango de edad (20 – 49 años) reportan la mayor incidencia de casos de leishmaniasis cutánea, lo cual tiene relación con la dedicación a las actividades económicas descritas anteriormente. Estos datos concuerdan con los encontrados por Picón et al, donde el rango de edad en el que se evidenció mayor número de sujetos infectados fue entre los 19 y los 64 años (9).

Respecto al grado de escolaridad, los hallazgos evidencian que el mayor porcentaje de la población objeto de estudio en la zona indígena de Mistrató cuenta con un nivel de formación educativa de primaria, a diferencia de los participantes de la zona indígena de Pueblo Rico donde es de secundaria y otros. Estos resultados se asemejan a los del estudio de Allan et al, donde se encontró que los participantes tenían una escolaridad primordialmente básica. El bajo nivel de escolaridad puede tener relación con la baja percepción del riesgo de estas comunidades sobre el manejo integral de la leishmaniasis cutánea (45).

En una investigación realizada por Bezemer et al, se identificó que en cada zona de estudio el mayor número de personas infectadas por LC pertenecían a una cultura diferente, en la sociedad amazónica se encuentran los amerindios en contraste con el pacífico donde prima la mestiza (40), situación similar se identificó en este estudio, dado que en el municipio de Mistrató fue más representativa la etnia indígena y en Pueblo Rico predominan los mestizos. Estos resultados indican que en las zonas indígenas es común encontrar personas de diferentes grupos étnicos que se establecen allí con sus familias y desarrollan sus economías, pero que además comparten los mismos riesgos de ser infectados con leishmaniasis cutánea.

El acceso a los servicios de salud para estas comunidades ante la presentación de síntomas de LC se revisó a partir de la información del SIVIGILA, para verificar si hubo demoras en la búsqueda de la atención médica por parte de los pacientes y se encontró que el tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la consulta fue superior a 15 días en cerca del 70% de los encuestados. Este resultado se podría explicar dado que las lesiones no causan dolor en la piel afectada, además son poblaciones con barreras económicas que no cuentan con el dinero necesario para pagar los gastos relacionados con los desplazamientos a los centros de salud; estas barreras impiden un diagnóstico oportuno de la enfermedad, demoras en el tratamiento y favorece el desarrollo de las úlceras en la piel. Situación similar se encontró en un estudio del 2017, en el cual el tamaño de las lesiones varió entre 2-10 centímetros en la mayoría de los casos asociado al tiempo de evolución de la lesión, falta de diagnóstico precoz y tratamiento de la enfermedad. El 72,67% de los pacientes acudieron en busca asistencia médica entre los 30 y 90 días luego de aparecer las lesiones (45).

La ubicación geográfica y la falta de vías adecuadas para el desplazamiento de las comunidades, en estudios similares a este, representan otra barrera para el acceso a los servicios de salud; los datos encontrados en este estudio muestran que las personas con mayor incidencia de casos de leishmaniasis cutánea, demoraron entre (15 - 89) días, *frente SIVIGILA*, situación que favorece lesiones con mayor diámetro y profundidad. Resultados similares se identificaron en un estudio realizado en Bolivia, donde las barreras de accesibilidad para que los pacientes recibieran un tratamiento adecuado fueron las largas distancias que debían viajar hasta los centros de atención y los altos costos de los viajes; ambas circunstancias hicieron que algunos pacientes esperaran hasta 6 meses para consultar motivados principalmente por la gravedad de las úlceras (46). El transporte y los costos indirectos se describieron como una barrera para recibir tratamiento y como una causa de interrupción de este. La necesidad de viajar al puesto de salud todos los días durante 20 días consecutivos para recibir

tratamiento antileishmanial es percibida como una carga alta para las familias de muy bajo poder adquisitivo (19).

Bautista et al. evidenciaron que, en las zonas rurales de Colombia, el 45,7% de la población vive en la pobreza y aunque los costos del tratamiento para LC están cubiertos por el plan de salud colombiano, las poblaciones rurales aún enfrentan desafíos para acceder al tratamiento. Su bajo poder adquisitivo a menudo conduce a la incapacidad de afrontar gastos como el transporte y los viáticos (19). Esta afirmación tiene relación con lo identificado en este estudio, donde las personas infectadas por la leishmaniasis cutánea son de escasos recursos económicos y esto se evidencia en que más del 97% de los encuestados pertenecen al estrato socioeconómico 1 (uno), lo que confirma que esta es una barrera que dificulta a los pacientes asumir los costos de desplazamiento y alimentación para consultar de forma temprana.

Con relación al tiempo de espera al interior de la institución para ser atendidos, los resultados indican que hubo diferencias entre el hospital de Mistrató (50 minutos) y el de Pueblo Rico (10 minutos); esta situación permite conocer la percepción de los pacientes sobre el acceso a los servicios de salud y el nivel de valoración de las personas frente a la oportunidad en la atención y su motivación para consultar de nuevo. En Mistrató el tiempo de espera fue valorado como largo y en Pueblo Rico como corto, sin embargo, estas diferencias de tiempo podrían estar asociada a que la demanda en la consulta por medicina general es mayor en Mistrató que en Pueblo Rico. Estos resultados tienen relación con un estudio realizado en el 2016, donde se concluye que los pacientes debieron esperar menos de 15 minutos para recibir su consulta, considerando este periodo de tiempo como corto, los que esperaron entre 15 y 30 minutos contestaron que fue un periodo de tiempo ni largo ni corto (41).

Con respecto al trato recibido de los profesionales de la salud durante la consulta de primera vez por medicina general, los pacientes diagnosticados con

leishmaniasis cutánea lo calificaron como bueno en más del 61%, aspecto que permite mejorar la confianza de la población en el sistema de salud y estimula el acceso a sus servicios. Situación similar se encuentra en otro estudio del 2016, realizado por Ríos et al, en el que evidenciaron que la percepción en la mayoría de los pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Santa Rosa de Tenjo, se encuentran en los niveles de bueno y muy bueno (41).

Para acceder al tratamiento completo de la LC, los pacientes deben asistir todos los días a la institución de salud durante 20 días ya que este se debe aplicar en los puestos de salud, lo que hace que en algunas ocasiones lo suspendan por la necesidad de volver a sus actividades económicas (19), por lo tanto, las estrategias de promoción de la salud en estas comunidades deberán ir encaminadas a lograr que comprendan la importancia de consultar de forma temprana desde el inicio de síntomas y terminar los tratamientos para eliminar completamente el parásito y evitar que el tamaño y profundidad de las úlceras y cicatrices sea mayor.

Sobre el acceso a los servicios de salud y la caracterización de la población, se encontró que las personas con menor nivel de estudio y cuya ocupación es de tipo dependiente son más críticas con respecto al tiempo que deben esperar para ser atendidas desde que llegan al hospital calificándolo como largo. Esta asociación fue estadísticamente significativa, pues según este resultado es necesario plantear estrategias de atención diferencial para estas comunidades teniendo en cuenta las barreras geográficas para asistir a los puestos de salud. Se diferencia del estudio realizado por Galvão et al, donde se encontró que la probabilidad de insatisfacción del paciente con el tratamiento y los servicios de salud aumentó con la educación superior (47).

La percepción sobre la desmejora de la CVRS por causa de las cicatrices de la leishmaniasis cutánea fue considerada en el componente de vida social, donde se evidencia el sentimiento de vergüenza, a diferencia de lo hallado en la

investigación de Surinam (2020), donde los pacientes no se sintieron estigmatizados ni generaron actitudes negativas en el entorno social (48) (49).

Al revisar la CVRS analizada desde el bienestar físico impactado por las úlceras y cicatrices resultado de la leishmaniasis cutánea, los hallazgos muestran que más del 50% de los participantes expresaron haber sentido depresión, así como afectación en sus relaciones interpersonales en un porcentaje superior al 63%. Esta percepción insta a las autoridades de salud a buscar estrategias con las comunidades y los centros de salud que ayuden a minimizar estos impactos sociales y aumentar las consultas oportunas. Situación similar se encontró en un estudio realizado por Bailey et al. en el que se evidencia que las cicatrices de la leishmaniasis cutánea generaron sufrimiento continuo en las personas por las deformidades físicas que hacen que otros miren y comenten (15). Así mismo, lo describe otro estudio realizado por Vélez et al, donde las mujeres que no tienen acceso a un tratamiento adecuado sufren efectos físicos y estéticos además de sufrimientos psicológicos (5). Concordante con lo descrito por Patiño et al., respecto al lugar y tipo de cicatriz, el 70% coincide en señalar que los niños y las mujeres que tienen lesiones en rostro y cuello inspiran sentimientos de lástima (17).

La percepción sobre las cicatrices en la piel genera otro tipo de afectaciones como preocupación de que las lesiones sean permanentes, sentimiento de vergüenza, de humillación y dificultades para demostrar afecto, con valoraciones mayores al 60% dadas por las personas encuestadas en las zonas indígenas de ambos municipios. Este resultado tiene relación con el estudio de Pérez et al., en el que se encontró que las lesiones provocadas y la desfiguración de los tejidos cartilagosos de la cara conllevan graves consecuencias a nivel psicológico y social, dada la estigmatización que sufren los pacientes (50). Esta percepción también la encontraron Bezemer et al, al describir que las expresiones de autoestima y relaciones sociales pueden tener una influencia significativa y generalizada en la CVRS en todas sus dimensiones (40).

Entre las afectaciones a la CVRS se identificó que las personas de la etnia indígena (96,1%) manifestaron dificultades para trabajar, muy posiblemente por la ubicación de las úlceras en áreas descubiertas del cuerpo y el riesgo de sufrir sobre infección. Este resultado concuerda con lo encontrado en el estudio de Carillo et al, en el que los afrodescendientes y la población *Chilapa* refieren que es una enfermedad incapacitante y desfigurante (13).

La CVRS se desmejora en las personas que sufren leishmaniasis cutánea; uno de los principales síntomas es la depresión (68%), además, se asocia con el nivel educativo $p < 0,05$. Por lo tanto, se hace necesario que en la atención integral en salud para las personas con esta enfermedad se contemple el acompañamiento psicológico y la valoración por dermatólogo y cirugía plástica. Diferente a lo encontrado en otro estudio realizado en Brasil, donde solo el 8,1% manifestaron tener depresión (51). Sin embargo, en un estudio de Bennis, el principal hallazgo es que la leishmaniasis cutánea localizada genera sufrimiento psicológico y problemas de salud mental. Además, conlleva al estigma social que eventualmente causa autoestigmatización, lo que amplifica los sentimientos de miedo, ansiedad y depresión en los afectados (52).

Los participantes que valoraron el tiempo de espera para ser atendidos tanto largo como muy corto concuerdan en que su CVRS se vio afectada en los aspectos emocionales (deseo de estar solo, enfado, relaciones de pareja, mostrar afecto y vida sexual), sintomáticos (la piel quema, pica, empeora con el agua, se irrita) y de funcionamiento (afectación del sueño, dificultad para trabajar, afectación vida social). Además, es estadísticamente significativo $p < 0,05$ que estos resultados son similares a otro estudio de Bezemer et al., en el que todos los grupos de pacientes del Amazonas puntuaron significativamente $P < 0,01$ más alto (lo que indica peor CVRS) en todas las dimensiones (40).

En el mismo estudio los hallazgos evidencian que las expresiones de autoestigma social pueden tener una influencia significativa y generalizada en la CVRS en

todas sus dimensiones, por las úlceras y cicatrices resultantes en la piel debido al retraso en la búsqueda de salud y fue significativamente ($P < 0.01$) mayor en el grupo de retraso ≥ 2 meses (40). Datos similares al de este estudio, donde los participantes que manifestaron siempre sentir depresión por las cicatrices que deja la LC, en más del 70% también percibieron que el trámite que debieron hacer para ser atendidos fue complicado por las distancias y los costos de desplazamiento, con un valor de $P: < 0,05$. Estos resultados sugieren que las demoras en la búsqueda de los servicios de salud se podrían asociar con las cicatrices permanentes en la piel de las personas diagnosticadas con LC.

9. CONCLUSIONES

- ✓ La leishmaniasis cutánea es una enfermedad que afecta a todo el núcleo familiar en las áreas rurales dispersas de los municipios Pueblo Rico y Mistrató, los hallazgos indican que el rango de edades con la mayor incidencia es el de los 20 a los 49 años y es el sexo masculino el que presenta más casos (53%).
- ✓ En el municipio de Mistrató las personas más afectadas por la LC pertenecen a la etnia indígena y el máximo nivel educativo alcanzado primaria; Mientras que en Pueblo Rico predominaron los mestizos que estudiaron secundaria y otros. La principal ocupación fue trabajadores dependientes, pertenecientes al estrato uno.
- ✓ El análisis de las variables sociodemográficas indica que la mayor cantidad de personas que participaron pertenecen al nivel socioeconómico uno y régimen de seguridad social subsidiado con actividad económica dependientes (jornaleros). Datos que podrían indicar poca disponibilidad de recursos económicos para cubrir los gastos de desplazamiento y alimentación necesarios para asistir a los centros de salud y por ende mayor demora en la consulta.

- ✓ Los hallazgos sobre la percepción de los participantes en cuanto al tiempo de espera en los centros de salud para ser atendidos variaron en los municipios de estudio; en Mistrató se definió como largo y en Pueblo Rico, como corto. Sin embargo, coincidieron en que el trato de los profesionales de la salud durante la consulta fue bueno y lograron solucionar sus inquietudes con respecto a la enfermedad.
- ✓ El tiempo de espera para ser atendidos tiene relación estadísticamente significativa con la educación; a menor nivel educativo mayor percepción de demora.
- ✓ La leishmaniasis cutánea afecta negativamente la CVRS de los pacientes en aspectos emocionales; la mayoría sufren de depresión 66%, les preocupa que la enfermedad de la piel sea grave 70,5%, que las cicatrices sean permanentes 90% y sienten vergüenza 64%.
- ✓ Con respecto a las repuestas de los participantes sobre la afectación funcional, la leishmaniasis cutánea no altera de forma representativa el sueño ni la realización de las actividades laborales y aficiones, pero sí afecta negativamente los aspectos relacionados con el desarrollo normal de su vida familiar, emocional y social.
- ✓ En cuanto a los aspectos sintomáticos, se encontró que la irritación de la piel es el síntoma de mayor impacto, a diferencia del dolor, quemazón y prurito que no son síntomas asociados a las lesiones de la leishmaniasis cutánea.
- ✓ Se rechaza la hipótesis nula ya que en el estudio encontró asociación significativa entre la percepción de las personas de demora o no para ser atendidos y los aspectos emocionales, funcionales y sintomáticos evaluados de la CVRS. Además, entre la depresión causada por las cicatrices en la piel y

el nivel educativo, el trámite para ser atendidos, la demora en la consulta, la importancia de las respuestas, la capacidad de los profesionales y las recomendaciones médicas.

10. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación se recomienda a las autoridades de salud nacionales y territoriales fortalecer el proceso educativo en las comunidades endémicas sobre leishmaniasis cutánea en temas como la identificación de síntomas, riesgos en la salud, importancia de la consulta temprana, aspectos relevantes de la atención integral, integración de la atención con los conocimientos propios y prácticas ancestrales, con el propósito de explorar nuevas estrategias que garanticen la oportunidad, la accesibilidad y la integralidad en la atención de esta enfermedad.

En cuanto al acceso los servicios de salud para estas comunidades, se recomienda que en los territorios endémicos se cuente con más puestos de salud con personal idóneo capacitado en diagnóstico, formulación y suministro de tratamientos y seguimiento a pacientes. De esta forma se acortarían las distancias desde las viviendas a los centros de atención, se estimularía la consulta temprana y se desestimularía la auto atención donde se presente.

Incluir en las políticas públicas el rol de los profesionales de la salud frente a la atención integral e indicadores específicos que permitan medir el impacto real de la leishmaniasis cutánea en la CVRS de las personas que la padecen, en términos de depresión, vergüenza y problemas sociales que, a su vez, están asociados a una enfermedad de tipo mental.

Tener en cuenta para futuros estudios la realización de investigaciones de tipo cualitativo y cuantitativo que hagan énfasis en los determinantes sociales, las barreras de acceso que limitan a las comunidades el acceso oportuno al servicio de salud y los tipos de tratamiento, y así evidenciar en estos territorios que la leishmaniasis cutánea sigue siendo una enfermedad olvidada en Colombia.

Es importante que las autoridades de salud incluyan en sus actividades de inspección vigilancia y control el seguimiento a la atención integral de la leishmaniasis cutánea brindada por las IPS públicas y privadas.

10.1 LIMITACIONES

Con respecto a las limitaciones que se presentaron en la realización de esta investigación, se encontró el cambio de domicilio de algunos pacientes, por lo que no fue posible encuestarlos.

Por otra parte, la presencia de continuas lluvias en la zona hizo que la realización de las encuestas tuviera un retraso de un mes con respecto al cronograma planteado inicialmente.

El tiempo para investigar fue corto, por esto en las recomendaciones se propone la realización de investigaciones mixtas que permitan más interacción con las comunidades objeto de estudio.

10.2 CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

11. AGRADECIMIENTOS

A la Secretaría de Salud del departamento de Risaralda por facilitar los permisos para obtener las bases de datos de los pacientes con diagnóstico de leishmaniasis, para la elaboración de este proyecto de investigación.

A las comunidades que participaron en la investigación, a los líderes indígenas que autorizaron el ingreso al territorio para realizar las encuestas, a los técnicos que aplicaron las encuestas en las comunidades,

A la Universidad de Caldas por el apoyo con el *software* SPSS y a mi directora de tesis.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Manual de procedimientos para la vigilancia y control de las leishmaniasis. 2019 [citado 28 de agosto de 2021]; Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50524/9789275320631_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Patiño-Londoño SY, Salazar LM, Acero CT, Bernal IDV. Aspectos socioepidemiológicos y culturales de la leishmaniasis cutánea: Concepciones, actitudes y prácticas en las poblaciones de Tierralta y Valencia, (Córdoba, Colombia). *Salud Colect* [Internet]. 2017 [citado 12 de diciembre de 2021];13(1):123-38. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n1/123-138/es>
3. Grisel D, Risco Oliva E. Región Sanitaria No. 3, República de Honduras, enero 1998-septiembre 2002 Cutaneous leishmaniasis in Health Region. 2009 [citado 29 de agosto de 2021];47(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223217516005>
4. Feliciangeli MD. Leishmaniasis en Venezuela: Situación actual, acciones y perspectivas para el control vectorial en el marco de un programa de control multisectorial Leishmaniasis in Venezuela: Current status, actions and

- prospects for vector control in the context of a m. 2014;LIV(1):1-7.
5. Bailey F, Mondragon-Shem K, Hotez P, Ruiz-Postigo JA, Al-Salem W, Acosta-Serrano Á, et al. A new perspective on cutaneous leishmaniasis— Implications for global prevalence and burden of disease estimates. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 1 de agosto de 2017 [citado 21 de noviembre de 2021];11(8):e0005739. Disponible en:
<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005739>
 6. OPS, OMS. Situación epidemiológica Leishmaniasis cutánea y mucosa. 2022 [citado 5 de junio de 2023]; Disponible en:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56833>
 7. Instituto Nacional de Salud. Boletín Semana Epidemiológica 25 [Internet]. 2022 [citado 7 de julio de 2023]. Disponible en:
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022_Boletín_epidemiologico_semana_25.pdf
 8. Rodríguez-Villamizar LA, Vargas LCO-, Muñoz-Mantilla G. Impacto del Plan de Atención Básica en la Prevención de Leishmaniasis Cutánea en Zonas Rurales de Santander, Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2006 [citado 29 de agosto de 2021];8(1):116-28. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42289910>
 9. Picón-Jaimes YA, Abril-Sánchez LA-SR, Ruíz-Rodríguez ER-RJ, Jiménez-Peña OM. Comportamiento epidemiológico de la Leishmaniasis cutánea en Boyacá 2012-2015. *Rev Investig en Salud Univ Boyacá* [Internet]. 24 de julio de 2017 [citado 29 de agosto de 2021];4(1):69-85. Disponible en:
<https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/197>
 10. Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 [citado 1 de diciembre de 2021];20(6):1947-58. Disponible en:
<http://www.scielo.br/j/csc/a/PYKVmp34b8S8Zxv9ZTrzjnJ/abstract/?lang=es>
 11. Sánchez-Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico

- sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud*. 2017 [citado 6 de diciembre de 2021]; Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297021>
12. Rojas Madriz B, Beatriz Rojas D, Cutánea L, Rica C. Revista medicina legal de Costa Rica Leishmaniasis cutánea: una revisión centrada en Costa Rica Cutaneous Leishmaniasis: a review focused in Costa Rica Palabras claves. 2019 [citado 29 de agosto de 2021];36(2). Disponible en:
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000200082&lng=en&nrm=iso
 13. Carrillo-Bonilla LM, Trujillo JJ, Álvarez-Salas L, Vélez-Bernal ID. Estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas de la leishmaniasis: evidencias del olvido estatal en el Darién Colombiano. Cad Saude Publica [Internet]. 1 de octubre de 2014 [citado 25 de noviembre de 2021];30(10):2134-44. Disponible en:
<http://www.scielo.br/j/csp/a/SL9dncZV6FtL43PYrQnPrqC/?lang=es>
 14. Fajardo-Dolci G, Pablo Gutiérrez J, García-Saisó S. Ensayo Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. 2015 [citado 2 de marzo de 2022]; Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014
 15. Baileyid F, Mondragon-Shem K, Haines LR, Olabi A, Alorfi A, Ruiz-Postigo JA, et al. Cutaneous leishmaniasis and co-morbid major depressive disorder: A systematic review with burden estimates. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 1 de febrero de 2019 [citado 21 de noviembre de 2021];13(2). Disponible en:
<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0007092>
 16. Verdugo MA, Gómez LE. Calidad de Vida. 2013 [citado 28 de agosto de 2021];1-21. Disponible en:
<https://www.researchgate.net/publication/283211086>
 17. Velez ID, Hendrickx E, Robledo SM, del Pilar Agudelo S. Leishmaniosis cutánea en Colombia y género. Cad Saude Publica [Internet]. 2001 [citado 3 de febrero de 2022];17(1):171-80. Disponible en:

- <http://www.scielo.br/j/csp/a/4vKfrDPjnQC6nhK6VPR88nR/?lang=es>
18. Instituto Nacional de Salud, MINSALUD. Leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral. 2020 [citado 8 de diciembre de 2021]; Disponible en:
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/LEISHMANIASIS_2020.pdf
 19. Bautista-Gomez MM, Doerfler J, del Mar Castro M. Barriers to cutaneous leishmaniasis care faced by indigenous communities of rural areas in Colombia: a qualitative study. BMC Infect Dis [Internet]. 1 de diciembre de 2022 [citado 5 de junio de 2023];22(1):1-11. Disponible en:
<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-022-07204-w>
 20. OMS - OPS. Salud - Desarrollo Sostenible [Internet]. 2015 [citado 6 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
 21. OMS - OPS. Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022. 2016 [citado 4 de septiembre de 2023]; Disponible en:
<https://www.paho.org/es/documentos/cd55r9-plan-accion-para-eliminacion-enfermedades-infecciosas-desatendidas-medidas>
 22. OMS - OPS. Plan de acción para fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas 2017-2022 [Internet]. 2017 [citado 6 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34144/PlanAccionLeish20172022-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 23. MINSALUD. Plan Estratégico Leishmaniasis 2018-2022. 2018 [citado 6 de agosto de 2023]; Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-estrategico-leishmaniasis-2018-2022.pdf>
 24. MINSALUD. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles. 2012 [citado 6 de agosto de 2023]; Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensio>

n-vidasaludable-yenfermedades-transmisibles.pdf

25. MINSALUD. Política de atención integral en salud. 2016 [citado 30 de diciembre de 2021]; Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
26. OMS, OPS. Manual de procedimientos para vigilancia y control de las leishmaniasis en las Americas [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/leishmaniasis>
27. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud pública Leishmaniasis [Internet]. 2020 [citado 25 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Leishmaniasis.pdf
28. MINSALUD. Lineamientos de atención clínica integral para Leishmaniasis en Colombia. 2023 [citado 9 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/Lineamientos-leishmaniasis.pdf>
29. Rojas NAS, Flores NVC, Jinez HEJ, Sorroza BEJ. Leishmaniasis Mucocutanea: El enemigo del rostro humano. RECIAMUC [Internet]. 2018 [citado 14 de julio de 2021];2(1):412-21. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/30>
30. Bastidas Pacheco GA, Baez M, Medina T, Iglesias R. Pertinencia intercultural de la atención en salud. El camino a seguir en Leishmaniosis Tegumentaria Americana. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas [Internet]. 29 de mayo de 2018 [citado 29 de agosto de 2021];43(1):54-60. Disponible en: <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1025/1181>
31. Alarcón M AM, Vidal H A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chil [Internet]. septiembre de 2003 [citado 29 de agosto de 2021];131(9):1061-5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. OMS, OPS. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. 2022

- [citado 3 de marzo de 2022]; Disponible en:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55657>
33. Cuevas LM-T, Arrivillaga-Quintero M. Sistema de Información Científica. Rev Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2014 [citado 24 de agosto de 2021];13:12-26. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54533007001>
 34. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. 2003 [citado 6 de enero de 2022]; Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002
 35. Felipe O, García E. Leishmaniasis Cutánea en Cundinamarca: Una perspectiva desde la variabilidad climática y el desarrollo. 2020 [citado 9 de julio de 2023]; Disponible en:
[https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/79161/Trabajo final de Grado- Omar Felipe Escobar García.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/79161/Trabajo%20final%20de%20Grado-%20Omar%20Felipe%20Escobar%20Garc%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 36. Botero De Mejía BE, Eugenia M, Merchán P. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60años: una aproximación teorica. 2007 [citado 2 de marzo de 2022];12:11-24. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
 37. Cabrera-Arana GA, Londoño-Pimienta JL, Bello-Parías LD. Validación de un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales de Colombia. Rev Salud Publica [Internet]. 2008 [citado 17 de abril de 2023];10(3):443-51. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000300009
 38. Johana Chacón Paja, Claudia Ximena Bedoya Flórez, Luisa Fernanda Noguera Velasco. Percepción de la calidad de la atención en salud, en usuarios del servicio de consulta externa, de la IPS Horisoes del municipio de Florencia [Internet]. 2018 [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en:
<https://repository.universidadean.edu.co/bitstream/handle/10882/9629/NogueraLuisa2019?sequence=1&isAllowed=y>

39. Sanclemente-Mesa G, García HI, Aguirre-Acevedo DC, Jones-Caballero M, Lugo LH, Escobar C, et al. Fiabilidad e validade de constructo da versão Colombiana do instrumento de qualidade de vida Skindex-29© em Medellín, Colômbia. *Iatreia* [Internet]. 2017 [citado 3 de abril de 2022];30(1):21-33. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932017000100021
40. Bezemer JM, Calvopiña Hinojosa M, Corral Zabala AE, Ortega Pérez F, Cristina V, Román V, et al. Quality of life of cutaneous leishmaniasis suspected patients in the Ecuadorian Pacific and Amazon regions: a cross sectional study. 2021 [citado 14 de diciembre de 2022]; Disponible en:
<https://doi.org/10.1186/s12879-022-07733-4>
41. Rios AM, Barreto andres F. Percepción de la satisfacción en la atención en salud en usuarios del servicio de consulta externa, de los Hospitales San Antonio de Chía y Santa Rosa de Tenjo, Marzo de 2016 : Parte 1 Municipio de Chía ; Hospital San Antonio de Chía, Marzo de 2016 Parte [Internet]. 2016 [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en:
[https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/482/Percepcion de satisfaccion chia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/482/Percepcion%20de%20satisfaccion%20chia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
42. Guerra-Tapia A, Buendía-Eisman A, Ferrando J. Validación de una adaptación transcultural al idioma español de la escala Hair Specific Skindex-29. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 1 de junio de 2018 [citado 16 de marzo de 2022];109(5):424-31. Disponible en:
<http://www.actasdermo.org/es-validacion-una-adaptacion-transcultural-al-articulo-S0001731018300826>
43. MINCIENCIAS. Declaración de HELSINKI de la AMM. 2013 [citado 7 de agosto de 2023]; Disponible en:
https://minciencias.gov.co/sites/default/files/ckeditor_files/6.pdf
44. Congreso de Colombia. Ley-23-de-1981-Gestor-Normativo | Enhanced Reader [Internet]. 1981 [citado 7 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68760>

leishmaniasis and treatment impacts in the patients' lives: A cross-sectional study. PLoS One [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 18 de julio de 2023];14(1). Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6347173/>

52. Bennis I, De Brouwere V, Belrhiti Z, Sahibi H, Boelaert M. Psychosocial burden of localised cutaneous Leishmaniasis: a scoping review. BMC Public Health [Internet]. 15 de marzo de 2018 [citado 18 de julio de 2023];18(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5855994/>