

# Modelo para el tratamiento de leishmaniasis cutánea: interdisciplinariedad biomédico, clínico y socio-antropológico

José Carrero<sup>1,2</sup>

jcarrero1@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3797-6117>

Noris Rodriguez<sup>2</sup>

nmrodric@gmail.com

Eliana Carrero<sup>1</sup>

elianacarrero0@gmail.com

Alberts Carrero<sup>2</sup>

ajsony\_22@hotmail.com

Lexis Carrero<sup>3</sup>

lesxis13@gmail.com

<sup>1</sup>Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

<sup>2</sup>Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit", Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

<sup>3</sup>Ministerio del Poder Popular para la Salud.

## RESUMEN

Heridas ó ulceras cutáneas han sido un reto de la humanidad y abordadas según contexto histórico social, impacta sociedades en bajo desarrollo, grandes urbes y es exacerbada en procesos antropogénicos. Así, en Venezuela, la leishmaniasis cutánea localizada (LCL) tomando en cuenta la situación sociocultural perdurará en el tiempo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se cataloga como enfermedad desatendida, de impacto según la pobre respuesta social de salud, haciéndola un problema de salud pública. El tratamiento con calidad de vida exige acciones biomédicas, clínicas y socioantropológicas (articuladas), sin embargo, lo contrario es cotidiano, el clínico acciona en concordancia o "no" a lo biomédico y socio-antropológico y esta última acciona aparte de lo biomédico y clínico, ocultando aspectos adversos para el proceso de cicatrización (PC) ó biológico (proceso natural). Objetivo, diseñar un modelo interdisciplinario (biomédico - clínico - socioantropológico) en respuesta a las necesidades del enfermo. Metodología, abordando niveles de investigación: 1) Organización en un solo esquema, las disciplinas (Diagrama de Venn); 2) Comparar las disciplinas conceptualmente (Análogos - Tópico) y 3) Creación del modelo Condición - Respuesta (Acción). Resultado: un modelo interdisciplinar de respuesta integral. Conclusión: con el modelo interdisciplinario se descubren aspectos ocultos (clínicos y socio antropológicos) que potencian el proceso de cicatrización.

**Palabras clave:** Leishmaniasis; interdisciplinariedad; biomédico; clínico; socio antropológico; cicatrización.

## MODEL FOR THE TREATMENT OF LEISHMANIASIS: INTERDISCIPLINARITY (BIOMEDICAL, CLINICAL AND SOCIO-ANTHROPOLOGICAL)

### ABSTRACT

Wounds or skin ulcers have been a challenge of the humanity and addressed

according to the historical social context, impacting underdeveloped societies, large cities and is exacerbated in anthropogenic processes. In Venezuela, localized cutaneous leishmaniasis (LCL) given the sociocultural situation will persist. According to the World Health Organization (WHO) it is classified as a neglected disease, of impact according to the poor social health response, making it a public health problem. Treatment with quality of life requires biomedical, clinical and socio-anthropological actions (articulated), however, the opposite is daily, the clinician acts in accordance or "not" with the biomedical and socio-anthropological and the last one acts alone without the biomedical and clinical, hiding adverse aspects for the healing or biological process (natural process). Objective: to design an interdisciplinary model (biomedical - clinical - socio-anthropological) in response to the needs of the patient. Methodology: addressing research levels: 1) Organization in a single scheme of disciplines (Venn diagram); 2) To compare the disciplines conceptually (Analog - Topic) and 3) Creation of the Condition - Response (Action) model. Result: an interdisciplinary model of comprehensive response. Conclusion: with the interdisciplinary model, we can discover hidden aspects (clinical and socio-anthropological) that enhances the cicatrization process.

**Keywords:** Leishmaniasis; interdisciplinary; biomedical; clinical; socio anthropology, cicatrization.

## INTRODUCCIÓN

Las heridas ó úlceras en piel han sido un reto de la humanidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que impacta a sociedades de bajo desarrollo, grandes urbes y se exacerba en procesos sociales antropogénicos. Una de estas enfermedades se encuentra en Venezuela, conocida como leishmaniasis cutánea localizada (LCL), que según Carrero *et al.* (2001, 2016, 2018) dada la situación sociocultural, está presente en mayor proporción en áreas rurales y se prevé que persista en los próximos tiempos, siendo descrita por la OMS como "enfermedad desatendida". En Venezuela se estiman 2.388 casos / año (tasa: 10,5/ 100.000 hab.), en todos los grupos etarios, de forma clínica frecuente ulcerada

(97,9%) en LCL (De Lima *et al.*, 2010). El Ministerio del Poder Popular Para la Salud (MPPS), reporta a todo el país endémico, y en la región andina tasas superiores a 30/100.000 hab., presumiéndose mayor, por fallas del sistema de vigilancia y de atención inaccesible (geográfica, cultural, económica, organizativa). Carrillo *et al.*, (2014), proponen que el abordaje de curación exige claridad del complejo entramado socioantropológico, biológico y clínico, cuyo accionar debe poseer: a) Sincronía (perfecta correspondencia temporal, intervalos ó velocidad) y b) Simbiosis (relación de ayuda o apoyo mutuo establecido entre dos ó más entidades que trabajan por algo en común). En tal sentido, la respuesta social del sector salud, es débil de estructura y no dispone del material (gasa, apósitos, vendas, antibiótico, analgésico) ni tratamiento específico anti-Leishmania (antimonial). El técnico en salud aun conserva el paradigma de "cura seca o tradicional" de enfoque infeccioso bacteriano, traumática y dolorosa, lo cual limpia la lesión con retraso de cierre, aun cuando se cumpla el tratamiento antiparasitario. Es el paciente que opta a la "curación espontánea" apelando al contexto socioantropológico utilizando la representación social ó códigos culturales y despliegan conductas erráticas que prolongan la cura total de la ulcera. De manera que, lo inicial es parasitario, con adicional infección secundaria bacteriana, a la cual los mismos pacientes y "cuidadores" añaden estimulantes inflamatorios directos (químicos, físicos, biológicos) e indirectos (incumplir reposo adecuado: posición anti edema, cubrir úlceras con apósitos y material de sustentación).

Ante el parásito, la respuesta biológica (celular – humoral) se activa como proceso de control y cicatrización y al mismo tiempo, en paralelo hay dos intervenciones: 1) Respuesta del técnico en salud (médico – enfermera) en concordancia o "no" al proceso biológico y 2) Respuesta de familiar ó cuidador en el domicilio y siempre "desapercibida" con un "quehacer" cotidiano rico en concepciones socioculturales que coadyuvan o "no" el accionar del técnico y la respuesta biológica en desarrollo. Un

complejo reto es, articular lo Biomédico (celular – humoral), Clínico (médico – enfermera) y Socio-antropológico (cuidador – entorno familiar). En este trabajo se plantea como objetivo diseñar un modelo interdisciplinario para tratamiento, que responda a las necesidades más sentidas en los enfermos de LCL.

## METODOLOGÍA

La metodología aplicada se enfoca por nivel de investigación: 1) Esquema disciplinar (Diagrama de Venn); 2) Comparación de las disciplinas conceptualmente (Análogos – Tópico) y 3) Creación del modelo Condición – Respuesta (Acción).

1) **Esquema disciplinar**, utiliza el conocimiento de cada disciplina para la nueva situación llamada interdisciplinar, la cual ilustra lo relacional - lógico (Figura 1).

Con la superposición o intersección de tres conjuntos (círculos) que serían los límites de cada disciplina (Socioantropológica, Biomédica y Clínica), se crea un área central común o interdisciplinar que corresponde a las características similares entre sí, denominados “Componentes” (Tejido, Inflamación, Granulación, Reposo, Epitelización) representados por el acrónimo TIGRE, en base a la literatura clínica - biológica para el proceso de curación.

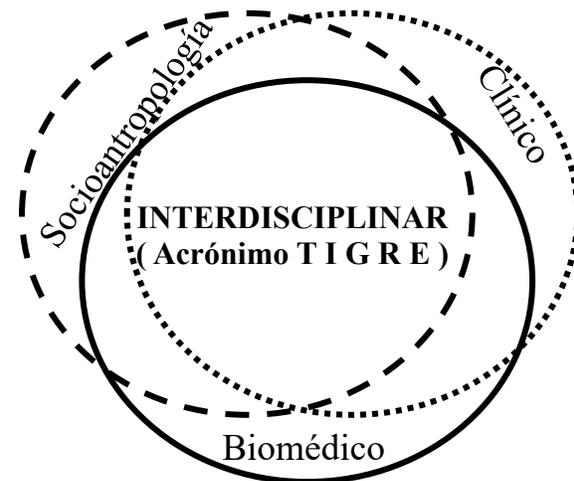
2) **Modelo conceptual (Análogo – Tópico)**, García, B (2007) plantea que al dividir el conocimiento de cada disciplina se revelan las relaciones entre ellas. Al relacionar dos situaciones, la familiar al investigador, con otra nueva o desconocida, se ejercen puentes que facilitan conectar el previo conocimiento y el que se pretende aprender. Se transfiere conocimiento de lo conocido ó “análogo” (disciplinas biomédica y clínica) a lo desconocido ó “tópico” (disciplina socio-antropológica) en sus características semejantes ó de interés, como son: **Los componentes** (Tejido, Inflamación, Granulación, Reposo, Epitelización). El análogo y el tópico como disciplinas poseen características semejantes y otras que difieren, como en este caso lo es, el actor - espacio de acción, donde tenemos; la biomédica (Célula-Orgánico), clínica (Técnico-Institucional) y la socioantropológica

(Familiar-Domicilio). **Los atributos**, son las características de los componentes. **Nexos**, las conexiones entre los elementos de los componentes. Se teje o trama lo relacional de los componentes de cada disciplina, llamada **trama de relaciones o relación analógica**, un contexto “oculto” denominado interdisciplinar.

3) **Modelo Condición – Respuesta (Acción)**. Tabla 2, es el todo interdisciplinario y lo relacional ante la necesidad sentida, disciplinas, dimensiones ó componentes, discrepancias ó coincidencias, plan terapéutico - operativo, monitoreo - evaluación y las metas integrales. Se confrontan dos aspectos: 1) Una condición ó perspectiva de análisis. 2) Respuesta interdisciplinar (Acción) control de LCL.

## Modelo propuesto

Esquema disciplinar (Diagrama de Venn)



**Figura 1.** Modelo para el tratamiento de leishmaniasis cutánea: interdisciplinariedad (biomédico, clínico y socio-antropológico).

Curar leishmaniasis exige accionar al menos tres disciplinas: 1) biomédica, se ocupa de procesos del nivel sub-individual; 2) clínica, aplica al individuo que previene, diagnóstica y hace terapéutica y 3) socio-antropológica, aplica a familiares y entorno cotidiano con el saber popular en LCL.

## DISCUSIÓN

La LCL se asocia con pobreza, analfabetismo, no obstante, la comunidad es muy rica en concepción socio-antropológica manejando lesiones abiertas (MPPS, 2019). En tratamiento clínico prevalece lo biomédico (quimioterapia) como monoterapia que lo “resolverá todo” una razón necesaria mas no suficiente. El programa de control enmarca manejar la lesión aislada del contexto general del paciente en cotidianidad domiciliar (calidad de vida, dolor, miedo al aseo local, minusvalía, frustración, sexualidad, economía, laboral) y los códigos culturales como enfrenta la situación sentida. Es básico reconocer el valor cotidiano (interrelación de vida y producción comunitaria) un espacio capital (socioantropológico) ignorado o desechado como representación social en escenario natural. Por cual se plantea:

**1) Esquema interdisciplinar**, al manejar úlceras obligan a fusionarse, creando espacio común o nueva realidad, la *Interdisciplinarietà*, siendo la sumatoria de las disciplinas, representadas por el acrónimo TIGRE, el cual da autenticidad a cada disciplina indicando solución al problema bajo principios o generalizaciones integrales.

**2) Modelo conceptual (Análogo – Tópico)**, se organiza en dos partes, Análogos (biomédico y clínico); Tópico (socio-antropológico), permiten revelar significados ocultos en esta disciplina, pues sus códigos culturales en cicatrización en general son adversos a la curación, como por ejemplo, aplicar sustancias de uso veterinario, industrial o domésticos. Su estructura considera las disciplinas, componentes, nexos, atributos y malla o relación analógica (Tabla 1)

Las *Disciplinas*, todas en un objetivo, control del parásito y la cicatrización. Sin embargo los actores, escenarios y acciones difieren, la biomédica (macrófagos – tejido cutáneo), la clínica (médico / enfermera – servicios de salud) y la socio-antropológica (cuidador / familiar – domicilio) las cuales si se aplican, se obvian o minimizan entre sí frecuentemente, lo que distorsiona el objetivo.

Los *Componentes*, son el elemento común entre las disciplinas, en concordancia a la literatura científica del PC representan relación lógica secuencial. Así,

ante injuria de la picada del vector y el inoculo del parásito, se activa la acción celular para un Tejido característico, Inflamación, proliferación (Granulación y Epitelización) obviando la última fase ó maduración al considerarse curada. Insertando el Reposo, un componente de alto contenido socio-antropológico en el cual se ocultan múltiples elementos, obviados en la disciplina clínica cuyos efectos impactan directa e indirectamente en la disciplina biológica. Se entrecruzan los componentes, el tejido sucio (necrótico) incrementa la inflamación con disminución de la granulación y epitelización, una acepción muy similar al no acatar el reposo.

Teóricamente, todas las disciplinas inducen al proceso de cicatrización, generalmente bien desarrollada en lo biológico (Biomédico) pero interferida. En lo práctico, la disciplina clínica sus cuidadores aplican la Cura seca (traumática – dolorosa) y el reposo que junto a la disciplina Socio-antropológica, en la cual sus cuidadores familiares aplican sus “saberes” generan en conjunto al componente Tejido, con los atributos de material necrótico, esfacelos y cuerpos extraños, y en caso contrario el tejido es vitalizado o “limpio” considerado el óptimo para las subsiguientes fases: inflamación, granulación y epitelización. En tejido expuesto lo frecuente es la contaminación e infección bacteriana, un estímulo más a los inflamomas que potencian al componente Inflamación, de efecto directo y adverso a componentes Granulación y Epitelización del proceso biomédico. Los Atributos, son las características por componente y siendo similar entre disciplinas, pero cada una asigna nombre a cada condición, ver tabla 1. Considerar, la siempre inadvertida e inicial respuesta de atención del enfermo en el seno familiar, una fuente capital al cuidado principalmente por la mujer, con tiempo e insumos de conocimientos socio-antropológicos en cantidad considerable, así la ineludible capacitación técnica paciente - cuidador, en función de sus códigos culturales, transformarlos en fortalezas para curar la ulcera en concordancia a lo biomédico y clínico, cuyo principio de curación es el óptimo ambiente del lecho ulcerado, logrado con adecuado tejido viable, mínima

**Tabla 1.** Modelo para el tratamiento de leishmaniasis cutánea: interdisciplinariedad (biomédico, clínico y socio-antropológico).

INTERDISCIPLINARIEDAD			
COMPONENTES (Similitud)	ATRIBUTOS		
	ANALOGOS		TOPICO
	BIOMÉDICO (Celular – Humoral)	CLÍNICO (Médico – Enfermera)	SOCIOANTROPOLÓGICO (Cuidador directo - Entorno familiar)
-Tejido	<i>Solución de continuidad de piel</i> al picar vector e inculo de leishmanias y fagocitosis. Hay <i>necrosis celular</i> . Es el proceso biológico al control de infección y fases de cicatrización.	<i>Leishmaniasis cutánea, úlcera</i> . Hay <i>Tejido necrótico, esfacelo, cuerpos extraños</i> . Procede con Cura seca ó Húmeda + terapia antileishmania. Es el proceso técnico control que puede optimizar ó “no” la cicatrización.	<i>“Picada de pito, grano, llaga”</i> Hay <i>“carne muerta, negra, costra, mal oliente”</i> Procede con hojas de plantas calientes, alcohol, arcilla, “chimo” sábila ( <i>Aloe vera</i> ), “panela” ó “pomos caseros” + “rezo”. Es el proceso de expresión del saber popular que coadyuva a “sanar o no”.
-Inflamación	<i>Respuesta celular – humoral</i> . Es el accionar ante la picadura e inculo parasitario y bacterias, activan macrófagos y células Langerhans (inflamomasas y citoquinas). Igual frente a agentes químicos (jabones) y físicas (trauma, agua caliente).	<i>Respuesta de atención técnica</i> . Es el accionar técnico al tejido inflamado: rubor, tumor, dolor, calor, secreción. Aplica Cura Húmeda, desbridado, antibiótico + antiinflamatorio. A menudo usa Cura Seca (estímulo inflamatorio: iatrogenia). Proceso que optimiza o “no” la cicatrización.	<i>Respuesta sociocultural</i> . Es el accionar comunitario frente la “Picadura hinchada, caliente, dolorosa, roja, de mal olor con sanguaza ó postema”. Aplica preparados botánicos, veterinarios, domésticos, industrial y médicos de efecto químico y físico (sustancias calientes + curas traumáticas diarias sangrantes”. Proceso que coadyuvan a “sanar o no”.
-Granulación	Los <i>Fibroblastos proliferan y migran + factor de crecimiento</i> forman vasos sanguíneos nuevos. El proceso es biológico.	Refieren: <i>Tejido granular</i> , de aspecto carnoso, granular, rosado pálido ó tejido vivo. El proceso clínico optimiza ó “no” la cicatrización.	Refieren: <i>“Picada rellenando, curando ó carne nueva”</i> Apoyos en: “rezos” “tapar llaga con trapos” + etnobotánica a alta temperatura. Es el saber popular que coadyuva a “sanar ó no”.
-Reposo	<i>Cuidado biológico</i> , sin injurias (biológicas, químicas, físicas) la acción celular - humoral merma. Es el proceso de homeostasis, cual compensa ó equilibra el cambio local.	<i>Cuidado técnico</i> , controla estímulos inflamatorios: a) biológicos, físicos, químicos. b) consejería antiedema (posicional, vendaje, fisioterapia). Es el técnico de salud según lo propicie, optimiza ó “no” la cicatrización.	<i>Cuidado familiar</i> , aplican la etnobotánica ó sustancias químicas + lo mágico - religioso. Con frecuencia cuidados técnicos - clínicos se obvian o modifican. Es el cuidador cotidiano y el proceso sociocultural por códigos culturales que pueden coadyuvar ó no “sanar”.
-Epitelización	Los <i>Queratinocitos proliferan y migran</i> al borde y centro ulcerado. El proceso es biológico.	Se refieren a: <i>Epitelizó ó cicatrizó</i> hay tejido rosado – nacarado desde los bordes al centro ulcerado. El proceso clínico coadyuva ó “no”.	Se refieren a: <i>“Se sano, se curó ó se alentó de la picada, le sirvió el rezo” ó Eficacia simbólica</i> . Los “baños tibios mejoran”. Es el saber comunitario que coadyuva o “no sanar llagas”.

inflamación, reposo disciplinado, granulación y epitelización. En lo operativo, ideal es accionar con Cura húmeda, vigilancia y control de estímulos adversos, pues cicatrización es un proceso biológico, complejo y sistematizado desarrollado por sí mismo, solo exige condiciones óptimas para su desarrollo.

**3) Modelo Condición - Respuesta**, basada en dos aspectos: 1) Condición o perspectiva de análisis: Ulceras de LCL y 2) Respuesta social: Objeto de la intervención. Se considera una situación nueva o de abordaje a la comprensión del enfermo, por lo cual el modelo emerge desde los propios pacientes, dada su condición de Necesidad sentida (El problema) ante la LCL expresadas o no, como percepciones subjetivas influenciadas por previas experiencias del enfermo o mensajes originarios de las comunidades según sus códigos culturales. En tal sentido, las representaciones sociales se describen así (Tabla 2). En un lecho ulcerado “carne muerta, negra, costra, mal oliente, restos de cremas” (Lesión sucia), con síntomas y signos de “Picada hinchada, caliente, dolor, roja, con sanguaza o postema”, la cual bajo tratamiento observa “La picada no rellena, no cura o sin carne nueva” y en cuyo entorno cotidiano hay presión laboral, familiar y otros inducen aplicar: cremas, cura seca, “rezos”, etnobotánica a altas temperaturas, sustancias de uso veterinario, domesticas e industrial causando mayor “Dolor por lastimar diariamente” y en definitiva “La picada no sana, no cura”. Esta condición mórbida y psicoemocional plantea estados de estrés y depresión que alteran la fisiología inmunitaria, alteran la regulación de la metaloproteinasa de la matriz extra celular y la expresión de sus inhibidores tisulares, eventos adversos a la cicatrización. Dificultades económicas, presión social (laboral, académica), aislamiento social, ansiedad, depresión y dolor no solo son causas del retraso de cicatrización sino que influyen en estos de manera considerable. El dolor y alteración del sueño se asocia a respuestas neuroendocrinas de influencia en la inflamación y resistencia del huésped. Un exudado abundante es angustioso al paciente asociado a dolor y olor, causa repulsión intrafamiliar y amigos que influye en la relación personal, son elementos adversos a la

cicatrización. Gómez *et al.* (2000), García B (2007), Carrillo *et al.* (2014) y Martens (1999), describen, diferentes expresiones culturales asociadas a la identificación de la LCL, así, la concepción de “Llaga”, se relaciona con estado psico-afectivo de: dolor, rechazo, vergüenza, tristeza o irrelevante, siendo aspectos ocultos ante la convencional terapéutica de la cual se ignora si es favorable o no para la curación, sin embargo al profundizar las observaciones se halla un definido accionar y respuesta terapéutica según se aborde cada condición. Las necesidades sentidas, exigen objetividad, se plantean las dimensiones o componentes en el plano técnico, científico y biomédico y enmarcadas en las fases del proceso de cicatrización, así se incorporan los vocablos: Tejido, Inflamación, Granulación, Reposo y Epitelización, haciendo la salvedad de no incorporar la última fase de maduración por considerar la “ulcera cerrada”. A su vez se representa con el Acrónimo TIGRE, (Fig 1) sigla configurada, que engloba o fusiona el proceso socio antropológico, biológico y clínico de la cicatrización. Se compone al unir las primeras letras del concepto de los componentes. Contiene la suma del significado de los términos que la componen, creando la nueva realidad. Una regla nemotécnica, artificiosa de corta palabra y fácil de recordar y relacionar elementos claves del manejo de úlceras. Su importancia: 1) ahorro de letras, palabras y espacio al escribir la historia clínica; 2) facilita la lectura; 3) apoyo nemotécnico recordatorio inmediato y sistemático de procesos complejos de cicatrización; 4) ayuda al familiar, pacientes y otros del área docente e investigación clínica. Estudiar las Disciplinas, Biomédicas/Clínico/Socio-antropológicas deben conjugarse en Análisis Interdisciplinar en el campo cualitativo. En tal sentido, entre disciplinas se discrepa o coincide en sus componentes. Teóricamente, lo biomédico (celular - humoral) un proceso natural de control parasitario, bacteriológico y cicatrización como respuesta biológica sigue patrones de respuesta natural, que exige simbiosis del accionar clínico y socio antropológico en un proceso de cicatrización unidireccional como un todo. Sin embargo, la socio-antropología acciona de forma

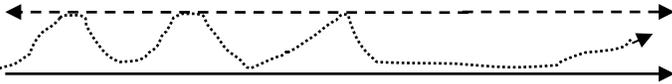
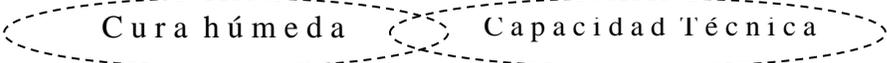
bidireccional, una a lo planteado como ideal y la otra contrapuesta al proceso biológico al accionar conductas erráticas (estímulos) que afectan al proceso (tejido, inflamación granulación y epitelización). Idealmente, el clínico debería direccionar apegado a lo biológico, no obstante discurre entre lo biomédico y socio antropológico, actúan según recursos, actualidad técnica, experiencias y sus propios códigos culturales, haciéndose eco en muchas ocasiones del saber socio-antropológico de forma auténtica o ignorándola, es decir un franco biologicista. Como un todo, el Plan terapéutico interdisciplinar, lo biomédico (Molecular/Celular) + clínico (Individuo) + socio-antropológico y Etnográfica (¿Qué? ¿Por qué? ¿Cómo es?), como respuesta o para revertir la necesidad sentida, una ulcera: “Limpia, No Hinchado, Rellenando, Reposo “Buen control” en busca del “Curar o Sanar”. Los técnicos en salud deben accionar basados en: 1) Factor conocimiento – habilidad procedimental; 2) Factor recursos (disponibilidad y accesibilidad); 3) Factores del paciente: psicosociales (representación social, ansiedad, depresión, sueño, hábitos, nivel económico, aislamiento), físicos (comorbilidad), adherencia terapéutica y 4) Factores de la lesión (tamaño como superficie y profundidad, ubicación anatómica, riego sanguíneo, estado del lecho ulcerado (inflamado, infección, material no vitalizado, cuerpos extraños), olor, secreción, piel perilesional y respuesta terapéutica. Patiño *et al.* (2017), refiere que el personal de salud del área rural está familiarizado con la clínica y epidemiología, sin embargo, hay vacíos respecto al diagnóstico e imprecisiones al tratamiento. Estricto es lo socio antropológico, exige la herramienta etnografía, aplicada en consulta médica, diagnóstico y tratamiento en interacción directa para comprender la forma en que actúa o entiende y representa la realidad. Hace integral el proceso clínico asistencial, el paciente estima ser escuchado y entendido como sujeto con historia y contexto socio antropológico en relación a tres esferas comprensivas: ¿Qué? ¿Por qué? y ¿Cómo es? Es descripción / interpretación de que piensan, dicen y actúan los pacientes, el técnico de salud no

explica la cultura o el evento, sino, más bien, interpretar o comprender porque no acuden a servicio de atención o porque aplican sustancias calientes (Monestel, 2012). Al abordar el proceso hay mucha realidad no identificada desde cada disciplina biomédica, clínica o socio antropológica, se hace ineludible cambiar tal realidad, y comprender cómo la biología desarrolla la cicatrización, cómo el técnico de salud interpreta la enfermedad, tratamiento e intervención y desde otra vertiente, lo que el paciente considera que es normal o no para actuar y practicar en función de alcanzar la cicatrización. El plan operativo interdisciplinar, se basa en cura húmeda bajo accionar del técnico entrenado, en ambiente social de cotidianidad y domiciliario. El Monitoreo y evaluación, a través de la Triangulación (AVC): Apoyo familiar, Valoración con el instrumento de evaluación (acrónimo TIGRE) y Cámara fotográfica (seguimiento gráfico). Meta Integral, 1) Calidad de vida y 2) Cicatrización cutánea.

Frenk (1997) se refiere a la interacción individuo - comunidad, conocimiento - quehacer, biológico - social, público - privado. En este contexto el modelo interdisciplinar es: 1) Inclusivo, engloba el conocimiento desde lo cotidiano (necesidad sentida) hasta lo científico (cicatrización), reconoce lo multidimensional e interactivo, factores ocultos que la influyen las ciencias biológicas, socio-antropológica y clínica. 2) Dinámico, los cambios biológicos del PC por el accionar socio-antropológico y clínico permiten comprender no sólo el dolor, calor, rubor y tumor sino también qué pasó y cómo ocurrió y la futura trayectoria de éxito o falla de curación. 3) Integrador, las acciones como disciplinas difieren entre sí en ciertos aspectos, sin embargo, se interrelacionan en muchos otros. El PC no se desarrolla en el vacío, sino en un seno familiar, social, cultural, tradiciones, clínico, mágico religioso, ambiente, vivienda, el cuerpo como símbolo, económico, político, haciendo requerir desempeños más allá del factor necesario y no suficiente. “La atención médica” sin negar la gran importancia, no es el accionar de unas ciencias sobre otras, lo biologicista

no se reemplaza por lo sociologicista, al contrario, es integración disciplinar científica en simbiosis y sincrónica.

**Tabla 2.** Modelo Condición – Respuesta (Acción). Modelo para el tratamiento de leishmaniasis cutánea: interdisciplinariedad (biomédico, clínico y socio-antropológico).

CONDICIÓN <i>Perspectiva de análisis: LCL</i>	RESPUESTA INTERDISCIPLINAR <i>Acciones: aspectos técnicos necesarios a considerar</i>				
- Necesidad sentida por resolver (El problema)	<i>“carne muerta, negra, costra, mal oliente, restos de cremas”</i>  <i>(Lesión sucia)</i>	<i>“Picada hinchada, caliente, dolor, roja, mal olor con sanguaza ó postema”</i>	<i>“La picada no rellena, no cura ó sin carne nueva”</i>	Presión laboral, familiar y otros inducen aplicar: cremas + cura seca + “rezos” + etnobotánica caliente y ++ <b>“Dolor diario por lastimar”</b>	<b>“La picada: - No sana - No cura”</b>
- Dimensión ó Componente	Tejido (Necrosis celular)	Inflamación “Inflamosomas”	Granulación (Proliferación)	Reposo (Estímulos)	Epitelización (Proliferación)
- Acrónimo	<b>T</b>	<b>I</b>	<b>G</b>	<b>R</b>	<b>E</b>
- Disciplinas	Enfermería, Medicina, Biología, Dermatología, Epidemiología, Antropología				
- Análisis (Interdisciplinar)	<b>Biomédico + Clínico + Socioantropológico</b> <i>(Cuantitativo) (Cualitativo)</i>				
- Discrepancia ó Coincidencia (Interdisciplinar)	- Socioantropológica - Clínica - Biomédica				
- Plan terapéutico (Interdisciplinar)	Molecular + Celular + Individual + Etnográfica <i>¿Qué? ¿Por qué? ¿Cómo es?</i>				
- Plan operativo (Interdisciplinar)					
- Monitoreo y evaluación (Triangulación) (Interdisciplinar)	Tejido vivo, proporción de Lu. sin restos necróticos ó esfacelos <b>“Limpia”</b>	Inflamación, síntomas y signos de flogosis <b>“No Hinchado”</b>	Granulación, proporción de Lu. en granulación <b>“Relleno”</b>	Reposo, presencia de factores protectores <b>“Buen control”</b>	Epitelización Proporción de Lu. epitelizado <b>“Curado ó Sano”</b>
- Meta (Integral)	1) Restituir calidad de vida ( <i>Física, Psicológica, Social y Funcional</i> ). 2) Cicatrizar la lesión en contexto anatómico-funcional.				

Lu: Lecho ulcerado.

## CONCLUSIONES

El modelo interdisciplinar revela aspectos ocultos (clínicos y socioantropológicos) que direccionan el protocolo, para tratar el enfermo con Leishmaniasis Cutánea Localizada (LCL) y así potencian el Proceso de Curación (PC), es decir, unidos para dar una respuesta integral.

## REFERENCIAS

- CARRERO J., CHIPIA J., CASTILLO-GAGLIARDI D., CARRERO E., CASTILLO D. (2016). “Eficacia del apósito bioactivo natural versus convencional en cicatrización cutánea”. *Gicos* 1(4):3-22.
- CARRERO J., CHIPIA, J., CASTILLO D. (2016). “Cicatrización cutánea, factores que influyen en su efectividad”. *Gicos* 1(3):34-60.
- CARRERO J., BORGES R., CONVIT J., GARCÍA J., ROVIRA A., DE LIMA H. (2011). “Immunotherapy of cutaneous leishmaniasis: factors that influence their effectiveness”. *Bol Mal Salud Amb* 51(1):25-33.

- CARRILLO L.M., TRUJILLO J.J., ÁLVAREZ L., VÉLEZ I.D. (2014). "Estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas de la leishmaniasis: evidencias del olvido estatal en el Darién Colombiano". *Cad Saúde Pública* 30(10):2134-2144.
- DE LIMA H., BORGES R., ESCOBAR J., CONVIT J. (2010). "Leishmaniasis cutánea americana en Venezuela: un análisis clínico epidemiológico a nivel nacional y por entidad federal, 1988-2007". *Bol Mal Salud Amb* 50(2):283-300.
- FRENK J. (1997). "La nueva salud de la población. Hacia una nueva salud pública. fondo de cultura económica". México, DF.
- GARCÍA B. (2007). "Aporte de la etnografía en el conocimiento de los códigos socioculturales de la leishmaniasis cutánea localizada en un programa de educación para la salud, en Venezuela". *Cad Saúde Pública* 23(1):S75-S83.
- GÓMEZ L., CORREDOR A. (2000). "Caracterización Sociocultural y Epidemiológica de un Foco de Leishmaniasis Cutánea en Cimitarra, Santander". *Rev Salud Pública* 2(3):261-271.
- GONZÁLEZ G.B.M. (2005). "El modelo analógico como recurso didáctico en ciencias experimentales". *Revista Iberoamericana de Educación* 37(2):2005
- MARTENS R. (1999). "Una aproximación antropológica a la enfermedad de la leishmaniasis en la cordillera andina de Mérida". *Revista Talleres* 6:Noviembre.
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. (2019). "Programa de Control de Leishmaniasis. Normas, pautas y procedimientos para el diagnóstico y control". República Bolivariana de Venezuela.
- MONESTEL Z.P. (2012). "Dimensión sociocultural de la Leishmaniasis cutánea entre los cabécares de Chirripó de Turrialba, Costa Rica". *Cuadernos de Antropología* 22:1409-3138.
- OMS (2014). "Enfermedades olvidadas (Leishmaniasis)". En: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9417:2014-informacion-general-leishmaniasis&Itemid=40370&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9417:2014-informacion-general-leishmaniasis&Itemid=40370&lang=es)
- OMS (2014). "Enfermedades olvidadas (Leishmaniasis)". En: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9417:2014-informacion-general-leishmaniasis&Itemid=40370&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9417:2014-informacion-general-leishmaniasis&Itemid=40370&lang=es)
- OMS (2016). "Leishmaniasis". En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>.
- PATÍÑO S., SALAZAR L.M., TOVAR A.C., VÉLEZ I. (2017). "Socio-epidemiological and cultural aspects of cutaneous leishmaniasis: conceptions, attitudes and practices in the populations of Tierralta and Valencia (Cordoba, Colombia)". *Salud Colectiva* 13(1):123-138.
- PÉREZ Á. (2012). "La etnografía como método integrativo". *Revista Colombiana de Psiquiatría* 41(2):421-428.
- ZERPA O., QUIÑONES A., RUIZ M., RODRÍGUEZ N., LORZ K., MERCADO D., RONDÓN A., CONVIT J. (1998). "Estudio clínico epidemiológico y caracterización taxonómica de leishmaniasis tegumentaria americana en la comunidad indígena waramas en de Santa Elena de Uairén, Gran Sabana". *Dermatología Venezolana* 36(3):113-117.