

11212



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.

"PSORIASIS Y MEDICINAS ALTERNATIVAS Y
COMPLEMENTARIAS EN MÉXICO"

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
P R E S E N T A :
DRA. GUADALUPE RODRÍGUEZ PATIÑO

ASESORES DE TESIS:
DRA. GLADYS LEÓN DORANTES
DR. FERNANDO BLANCAS GONZALEZ

SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



DIRECCIÓN DE ASISTENCIA



MÉXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



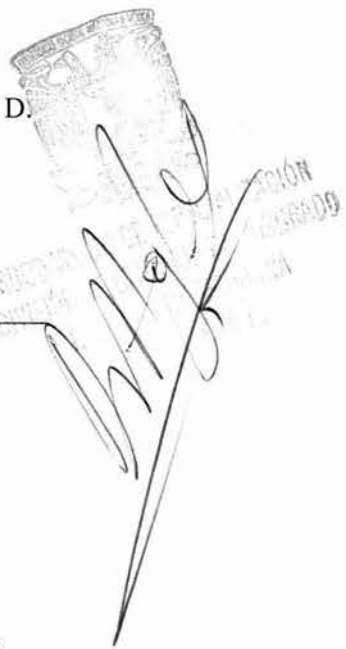
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Director de Enseñanza
Hospital General de México, O. D.



A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long tail, positioned over a horizontal line. The signature is partially overlaid by a faint, circular official stamp. The stamp contains text, including 'SECRETARÍA DE SALUD' and 'HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO', and a date '2009'.

Dra. Gladys León Dorantes

Directora de Tesis y Profesora Titular del
Curso de Especialización en Dermatología
Jefa del Servicio de Dermatología
Hospital General de México O. D.



A handwritten signature in black ink, featuring a large, rounded loop and a smaller loop below it, positioned over a horizontal line.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por las bendiciones que ha dado a mi vida, porque siempre me acompaña en los momentos agradables, pero sobre todo en los momentos difíciles, indicándome el camino correcto.

A TI PADRE †

Que junto a mi madre te entregaste íntegramente a mi desarrollo moral, espiritual y profesional, y se que aún sigues acompañándome. GRACIAS POR TODO. Te extraño mucho.

A TI MADRE

Que mantienes la armonía de la familia, inculcas honestidad y el amor al trabajo, el respeto a la vida, y sobre todo la fortaleza para seguir adelante a pesar de las dificultades. Gracias por confiar en mí. Te quiero mucho.

A TI ABUELITA

Por tu apoyo y amor, y por siempre acompañarme en todos los momentos de mi vida.

A MIS HERMANOS

Ale, Quique, Oscar, Mari y Davo, por su cariño, comprensión y apoyo incondicional en mi camino, porque siempre nos mantendremos juntos.

A MIS MAESTROS

Dr. Amado Saúl, Dr. Jorge Peniche, Dr. Enrique Peyro por sus enseñanzas, confianza y gran calidad humana.

Dra. Gladys León Dorantes por sus enseñanzas, amistad, paciencia y apoyo a mi formación.

Dra. Patricia Mercadillo con todo cariño y agradecimiento por su ayuda y apoyo durante todo mi entrenamiento. Por ser una persona con gran corazón y ejemplo de espiritualidad, respeto, compromiso y dedicación.

A MIS PROFESORES DE CURSO

Dr. Fernando Blancas. Gracias por sus enseñanzas y apoyo para la realización del presente trabajo

Dr. Alexandro Bonifaz, Dr. Antonio Sanabria, Dra. Griselda Montes de Oca, Dra. Ivonne Arellano, Dra. Rosi Ponce, Dra. Amelia Peniche, Dra. Susana Canalizo, Dra. Dulce Ortiz, Dra. Patricia Pérez Ríos y Dra. Berenice Macías. Por su gran enseñanza y apoyo durante toda mi formación.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE LA ESPECIALIDAD

Ale, Pao, Fer, Sandra, Paty, Karla, Rosi, Clau, Hugo, Paco, Joyce, Pame, Andrés, Alex, Gaby, Vero, con quienes he compartido gratos momentos y recibido cariño, amistad y apoyo.

Alberto Cruz y Elsa García por su asesoría y apoyo en la realización de ésta tesis.

A MIS PACIENTES CON PSORIASIS

Por su gran apoyo y cooperación en éste trabajo por que sin ustedes no hubiera sido posible.

ÍNDICE

Resumen.....	8
I.- Introducción.....	9
II.- Marco teórico.....	10
1. GENERALIDADES DE LA PSORIASIS	
1.1 Definición.....	10
1.2 Historia.....	10
1.3 Epidemiología.....	11
1.4 Etiopatogenia.....	12
1.5 Cuadro clínico.....	16
1.6 Histopatología	20
1.7 Calidad de vida.....	20
2. TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS	
2.1 Definiciones básicas	22
2.2 Tratamientos convencionales.....	23
2.2.1 Tópicos.....	25
2.2.2 Sistémicos.....	27
2.2.3 Fototerapia.....	31
2.2.4 Biológicos.....	33
2.2.5 Otros agentes nuevos en experimentación.....	33
2.3 Modos de indicación de los tratamientos convencionales.....	35
2.4 Tratamientos alternativos y complementarios.....	38
2.4.1 Tratamientos alternativos.....	40
2.4.1.1 Homeopatía.....	41
2.4.1.2 Naturopatía.....	45

2.4.1.3 Medicina tradicional china.....	46
2.4.1.3.1 Acupuntura.....	48
2.4.2 Tratamientos complementarios.....	52
2.4.2.1 <u>Terapias mente-cuerpo</u>	53
2.4.2.1.1 Psicoterapia.....	54
2.4.2.1.2 Hipnosis.....	55
2.4.2.1.3 Meditación.....	57
2.4.2.1.4 Yoga.....	58
2.4.2.1.5 Danza.....	61
2.4.2.1.6 Terapia del Arte.....	62
2.4.2.1.7 Musicoterapia.....	63
2.4.2.1.8 Ejercicio.....	64
2.4.2.1.9 Relajación.....	65
2.4.2.2 <u>Terapias Biológicas</u>	
2.4.2.2.1 Naturopatía.....	66
2.4.2.2.2 Tratamientos Nutricionales.....	67
2.4.2.2.3 Balneoterapia.....	68
2.4.2.2.3.1 Hidroterapia.....	69
2.4.2.2.3.2 Talasoterapia.....	70
2.4.2.2.3.3 Enoterapia.....	72
2.4.2.2.4 Aromaterapia.....	72
2.4.2.2.5 Remedios caseros o domésticos.....	75
2.4.2.2.6 Herbolaria.....	78
2.4.2.2.7 Iridología.....	82
2.4.2.2.8 Orinoterapia.....	83
2.4.2.3 <u>Terapias de manipulación</u>	
2.4.2.3.1 Masaje.....	83
2.4.2.4 <u>Terapias basadas en la energía</u>	86
2.4.2.5 <u>Medicina tradicional mexicana</u>	87
2.4.2.5.1 Curanderos o chamanes.....	89
2.4.2.5.2 Temazcal.....	90

3. ÉTICA EN LA MEDICINA.....	90
III.- PSORIASIS Y MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS	94
3.1 Justificación.....	94
3.2 Objetivos.....	94
3.3 Tipo de estudio.....	95
3.4 Definición de las variables de estudio.....	95
3.5 Diseño.....	96
3.6 Muestra.....	96
3.6.1 Criterios de inclusión.....	97
3.6.2 Criterios de exclusión.....	97
3.7 Instrumento.....	97
3.8 Resultados.....	98
3.9 Discusión.....	126
3.10 Conclusiones.....	129
IV.- BIBLIOGRAFÍA.....	131
V.- ANEXOS.....	141

RESUMEN

La psoriasis es una dermatosis recurrente de etiología desconocida que presenta hiperplasia epidérmica y proliferación de linfocitos T, actualmente sin curación. Las terapias disponibles buscan controlarla, disminuir molestias y remisiones más largas. Muchas terapias, sin embargo, presentan alto costo, efectos secundarios importantes o incomodidad. Lo anterior, motiva a buscar alternativas económicas y mínimos efectos secundarios. Las llamadas medicinas alternativas y complementarias (MACs) son un amplio grupo de métodos y técnicas terapéuticas arraigadas en terapias tradicionales o de reciente surgimiento. Así mismo, las medicinas alternativas y complementarias son prácticas que pretenden el diagnóstico o la curación de las enfermedades con medios poco o nada comprobados hasta ahora. En países desarrollados se ha documentado que el uso de MAC en psoriasis es frecuente. En México no contamos con datos al respecto.

Objetivo: Conocer la frecuencia del uso de MAC en pacientes mexicanos con psoriasis.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Metodología: Se creó un cuestionario de 19 preguntas que investigaban las siguientes áreas: 1) Datos sociodemográficos, 2) Tiempo de evolución de la psoriasis, 3) Tratamientos previos y actuales (medicina convencional y medicina alternativa y complementaria), 4) Motivaciones para utilizar el empleo de MAC, 5) Índice de Área y Severidad de la Psoriasis (PASI)

Resultados: De 124 pacientes con psoriasis se encuentra una frecuencia de uso de MACs previa al ingreso a la Clínica de Psoriasis de 65.32%. Y de 37.09% de uso de Medicina Complementaria a su tratamiento alopático. El principal tipo de MAC empleado fue la herbolaría 56.79% y el principal tipo de medicina complementaria es la danza 21.73%.

Conclusiones: Es importante y necesario que el dermatólogo conozca el empleo de MACs por parte de sus pacientes, con el fin de poder evaluar las ventajas y desventajas que estos puedan tener en su manejo. Es deseable que se promueva la investigación sobre éste tema.

I. INTRODUCCION

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica y recurrente, de etiología desconocida, caracterizada por hiperplasia epidérmica y gran aceleración del intercambio epidérmico, en la que interactúan varios factores, tanto genéticos, inmunológicos, farmacológicos, psicosomáticos, ambientales y microbianos.

La psoriasis es universal e involucra del 0.1% al 3% de la población mundial. En México la psoriasis es una de las 15 enfermedades de la piel más frecuentes. ⁽¹⁾

Generalmente es asintomática, caracterizada por placas eritemato-escamosas bien definidas, que se localizan principalmente en salientes óseas, puede afectar toda la superficie cutánea, uñas y mucosas. La evolución es generalmente benigna aunque puede presentar complicaciones como artropatía psoriásica, pustulosis y eritrodermia. Sin embargo hay una gran variabilidad clínica de la enfermedad, además de gran impacto en la calidad de vida del enfermo ya que representa un reto por su impredecible evolución a las diferentes alternativas terapéuticas. Esto explica en parte el porqué los pacientes con psoriasis recurren no solo a la medicina alopática sino que buscan otras alternativas terapéuticas.

Las Medicinas Alternativas y Complementarias (MACs) engloban varios métodos y técnicas terapéuticas basadas en sistemas tradicionales filosóficos y empíricos de la medicina que ven el estado de salud y enfermedad en el contexto de mente, cuerpo y espíritu. La contribución que este tipo de medicinas puede tener en el manejo de enfermedades crónicas como la psoriasis debe de investigarse. Uno de los aspectos que se deben conocer es el patrón de uso y preferencias de este tipo de medicinas por parte de los pacientes así como el impacto que pudiera tener en el manejo convencional alopático de éstos. No hay reportes en nuestro país que hayan determinado la frecuencia con la que se usan las medicinas alternativas y complementarias como antecedente o como parte del tratamiento alopático convencional de la psoriasis por lo que ésta es la finalidad de éste estudio.

II. MARCO TEÓRICO

1. GENERALIDADES DE LA PSORIASIS

1.1. DEFINICION

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica y recurrente, que está contemplada dentro de las enfermedades eritemato-escamosas de la piel; la cuál se caracteriza por placas eritemato-escamosas, con escama gruesa, de aspecto yesoso, adherente, localizadas con más frecuencia en superficies de extensión, salientes óseas, piel cabelluda, región sacro-coccígea, uñas. Puede presentarse en cualquier área de la superficie cutánea incluyendo las mucosas. En algunos casos pueden adoptar una tendencia simétrica. Dichas placas pueden tener morfologías diversas como en gotas, serpiginosas, circinadas, figuradas, anulares, etc. ⁽³⁾

1.2. HISTORIA

La primera descripción que se conoce de la psoriasis data del año 277 a.C., la cuál se atribuye a Hipócrates (460-377 a.C.), quién en el *Corpus Hippocraticum* utilizó los términos psora y lepra para condiciones dermatológicas que podrían corresponder a psoriasis. ^(1, 2, 4)

El término de psoriasis, tiene sus raíces etimológicas en el griego "psora" que significa "comezón" dicho término fue utilizado por primera vez por Galeno (133-200 a.C.), designando con ese nombre a diversas lesiones pustulosas, y "lepra" para lesiones escamosas. ⁽³⁾

Posteriormente Celsus (24 a.C.-45 d.C.) documenta alrededor de cuarenta dermatosis incluyendo a la psoriasis como una forma de impétigo denominada "lopoi", en la que etimológicamente "lepo" significa escama. ^(3,4)

A finales del siglo XVIII la psoriasis y la lepra se adjuntaron por lo que los pacientes con dichas dermatosis recibían el mismo trato de la fe católica por lo que eran quemados, encerrados y repudiados por ser producto de un pecado generacional. El patrón clínico de la psoriasis que ahora conocemos fue descrito por Robert Willan (1757-1812), ya que identificó la forma de impétigo descrita por Celsus como psoriasis y además separó a otras dos enfermedades como entidades psoriasiformes; la "psora leprosa" y la "lepra gaecorum"

⁽³⁾. Estas dos entidades correspondían a variedades de lepra, sin embargo estas dos patologías causaban confusión debido a los diferentes tamaños de las lesiones, distribución y crecimiento. Sin embargo, en 1841 Ferdinand Von Hebra demostró que la lepra y la psoriasis eran entidades diferentes ^(1,3,4)

En México en la época precolombina se le conocía a la psoriasis con gran diversidad de nombres. En el Códice Badiano y en la Historia General de la Nueva España de Sahagún se le denotó como "sarna mentagra" para lo cuál los aztecas empleaban como tratamientos diversas plantas medicinales, baños de vapor, drogas alucinógenas, y psicoterapia, reportando buenos resultados para sorpresa de los conquistadores. Entre las diversas descripciones y estudios referentes a la psoriasis destaca la de Unna quien describió la similitud clínica con el eccema seborreico; Brocq aportó como medio diagnóstico el raspado metódico; Alibert reconoció la asociación entre psoriasis y artritis (1838-1904); H. Köebner describió la reacción isomórfica que lleva su nombre; John Cunnings y Raymond Sabouraud hacen la descripción histológica detallada de la psoriasis. ⁽⁵⁾

El componente psíquico y el estrés alcanzaron su máximo auge alrededor de 1970; posteriormente la fisiopatología se dirigió al queratinocito como célula efectora. ⁽⁶⁾ A final de 1980 se otorga a los microorganismos un papel fundamental especialmente al estreptococo y en 1990 la psoriasis comienza a estudiarse como una entidad inmunológica compleja llena de mediadores inflamatorios, dándosele un papel importante al linfocito T y a las citocinas asociadas a una célula genéticamente predispuesta. Estos descubrimientos llevaron a una mayor innovación terapéutica con antifólicos, potentes inmunosupresores y queratorreguladores.

En últimos años se ha utilizado una amplia gama terapéutica en inmunoterapia específica para componentes específicos de la respuesta inmunológica que tratan de detener la respuesta inflamatoria crónica de ésta patología. ⁽⁷⁾

1.3. EPIDEMIOLOGIA

La psoriasis afecta cerca del 0.1% al 3% de la población mundial, por igual tanto a hombres como a mujeres y a todos los grupos raciales, su prevalencia más alta es entre los caucásicos del norte de Europa alcanzando hasta el 3%. Es poco frecuente entre las poblaciones orientales, su prevalencia es baja entre los negros y rara en los nativos del

norte y Sudamérica, donde llega a ser del 0 al 0.2%. En los Estados Unidos, la prevalencia es del 1 al 2% con una incidencia anual de 250,000 nuevos casos, es decir cerca de 10 casos por cada 1,000 personas. En México la prevalencia estimada es del 2% aunque el Centro Dermatológico Pascua considera una prevalencia en pacientes dermatológicos del 3.7% al 4.2% y una incidencia del 1.7 al 1.9%.⁽⁸⁾

La psoriasis inicia a partir de la tercera década de la vida, sin embargo se ha reportado su inicio desde el nacimiento hasta en adultos mayores. En los hombres, los primeros signos aparecen a una edad media de 29 años, y en las mujeres a los 27 años. Según Henseler, la psoriasis antes de los 15 años de edad puede ser más severa, con asociación genética de mayor penetrancia⁽⁹⁾. Además, cuanto más temprana, mayor es la probabilidad de que existan antecedentes heredofamiliares de psoriasis.⁽³⁾

1.4. ETIOPATOGENIA

Se considera a la psoriasis como una enfermedad con una patogénesis multifactorial, muchos de los hallazgos son resultado de estudios *in vitro* que no reproducen fielmente las complejas interrelaciones entre los elementos presentes en la piel. Sin embargo, no se ha identificado un factor predominante, el evento inicial de la psoriasis es probablemente el trauma sobre la piel que desencadena una reacción inflamatoria combinada con una respuesta inmune y factores genéticos propios del individuo. Así mismo, los factores ambientales pueden iniciar o exacerbar la enfermedad, inclusive sus efectos pueden variar de un individuo a otro.

Algunos de los puntos más importantes de estudio son las citocinas, interleucinas, el sistema de nucleótido cíclico, la vía del ácido araquidónico, el fenómeno inflamatorio, la respuesta inmune e incluso algunas drogas, ya que tienen influencia en la producción, regulación y diferenciación de los queratinocitos. Hay diversos estudios que han identificado la migración de neutrófilos como un factor importante en el desarrollo de la psoriasis.

La psoriasis deriva de un patrón de herencia autosómico dominante y recesivo, con penetrancia variable⁽²⁾.

El riesgo relativo de adquirir psoriasis se incrementa por la presencia de marcadores específicos del HLA en el cromosoma 6p21.3, tanto clase I como clase II, que incluyen al HLA B13, B17, B37, B57, Cw7, HLA-DR7 y HLA-DR4, particularmente Cw6, el cual se

presenta en el 85% de los pacientes con psoriasis de inicio antes de los cuarenta años con un curso severo y Cw2 en el 15% restante, con una edad de aparición después de la cuarta década de la vida y con un curso moderado; B13 y B17 se han relacionado más con la psoriasis en gotas. Los estudios de familias afectadas indican que otros loci de susceptibilidad a la enfermedad pueden estar implicados, los principales genes idóneos para la susceptibilidad adicional se localizan en los cromosomas 1,2,3,4,5,8,14,16,17,19 y 20, por lo que actualmente la psoriasis se considera una enfermedad poligénica ⁽⁸⁾.

Un desequilibrio en la expresión de HLA B27 se relaciona más con la artritis psoriásica, sin embargo ésta asociación la comparten espondilitis anquilosante, enfermedad de Reiter y psoriasis.

Desde la década de los 80 se han visto que hay un componente inmunológico en la patogénesis de la psoriasis, éste concepto fue expandido por la observación incidental de que los pacientes que recibían drogas inmunosupresoras como la ciclosporina y que padecían psoriasis presentaron una mejoría de las lesiones de la piel. Existen otros reportes similares que datan de 1951 en que se usaron antagonistas del ácido fólico como la aminopterina (posteriormente reemplazado por el metotrexate), produciendo una mejoría de la psoriasis. El medio ambiente inmunológico de la piel psoriásica incluye la presencia de múltiples linfocitos T, principalmente CD4 y CD8. Así mismo se ha descubierto que muchas citocinas tienen influencia en el aspecto inflamatorio de la psoriasis y directa o indirectamente en la hiperproliferación de los queratinocitos. ⁽⁷⁾

Factores ambientales pueden iniciar o exacerbar la enfermedad, sus efectos pueden variar de un individuo a otro, sin embargo se ha correlacionado la exacerbación de la psoriasis en los climas fríos y por el contrario los climas cálidos suelen mejorarlo sobretodo en aquellos que tienen una humedad relativa alta, esto parece ser independiente de los efectos de la luz ultravioleta, lo que podría explicar la mayor frecuencia de éste padecimiento en los países europeos nórdicos. No es un factor significativo pero si debe de tomarse en cuenta. ⁽³⁾

El estreptococo beta-hemolítico del grupo A ha sido reconocido como iniciador de la psoriasis en gotas y exacerbador de la forma crónica de la enfermedad ⁽⁹⁾. Se han

involucrado además algunos virus, bacterias y hongos, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Malassezia furfur*, retrovirus, VIH. No está claro si el virus del VIH por sí mismo o la infección oportunista que se produce por la inmunosupresión activan la psoriasis en un paciente genéticamente predispuesto. ^(2, 13)

En algunos estados fisiológicos como en la pubertad y en la menopausia se ve un incremento de las lesiones psoriásicas. Sin embargo en el embarazo la psoriasis es muy rara e incluso las lesiones llegan a remitir probablemente por efecto de los estrógenos o por tolerancia inmunológica. ^(14,15)

En el daño epidérmico con fenómeno de Köebner, hay una activación directa de queratinocitos que inician el proceso de estimulación y producción de citocinas y la subsecuente proliferación epidérmica. Un tercio de los pacientes con psoriasis desarrolla una lesión psoriásica en el lugar del trauma mecánico, físico o químico. ^(3, 16,17)

El paciente que desarrolla fenómeno de Köebner lo hará en cualquier parte de la superficie cutánea y el que no, no lo hará (ley de todo o nada); aunque los pacientes Köebner positivos pueden transformarse en negativos y viceversa. También existe la forma inversa del fenómeno llamada Köebner invertido, en la cuál los pacientes mejoran de sus lesiones cuando éstas sufren algún traumatismo.

Es bien conocido el papel que juega el estrés como un factor iniciador o exacerbador de la psoriasis. El eje neuro-endócrino-inmunológico está muy involucrado en relación al estrés lo que sugiere que los pacientes con psoriasis tienen anomalías en las concentraciones de algunos neuropéptidos como las endorfinas, encefalinas, péptido intestinal vasoactivo, ya que se ha demostrado que éstos son alterados en el sistema límbico cerebral a causa del estrés. Otras teorías postulan que la marcada proliferación de las terminaciones nerviosas se ha relacionado con niveles elevados de factor de crecimiento nervioso (NGF) mismo que parece jugar un papel muy importante en la patogénesis. ^(2,6,18). Sin embargo ésta teoría es controversial.

Algunos estudios ^(1,2,3,19) mencionan la importancia del calcio en la etiopatogenia de la psoriasis debido a que pacientes que presentan hipocalcemia tienen una exacerbación de la enfermedad lo que ha condicionado que se haya puesto en boga el uso de derivados de la vitamina D como el calcipotriol, para el tratamiento de la psoriasis, sin embargo no se conoce el mecanismo de acción exacto.

El consumo crónico de alcohol y tabaco conllevan efectos deletéreos no obstante el mecanismo específico para inducir psoriasis no se ha dilucidado por completo. ⁽²⁰⁾

Existen reportes de que fármacos como los glucocorticoides, litio, beta bloqueadores, inhibidores de la ECA, antimaláricos y antiinflamatorios no esteroideos, pueden iniciar o exacerbar la psoriasis. No se conoce aún el mecanismo por lo que se lleva a cabo éste fenómeno, se han postulado diversas teorías para tratar de explicarlo sin que ninguna sea totalmente satisfactoria. En algunos de los fármacos mencionados se ha corroborado por histopatología la aparición de psoriasis tal es el caso del litio que ha sido reportado desde los años 70's, como inductor en gran cantidad de casos sobre todo en individuos con antecedentes heredofamiliares de psoriasis, y en otros casos como exacerbador del padecimiento ⁽²¹⁾, ya que en éstos pacientes se han corroborado casos de psoriasis en placa, onicopatía psoriásica y psoriasis palmoplantar pustulosa ⁽²²⁾ con remisión del cuadro al suprimir el fármaco, sin embargo otros refieren recurrencia posterior.

Por otra parte en el caso de los beta bloqueadores éstos producen reacciones psoriasiformes o erupciones papulo-escamosas diferentes a la psoriasis corroboradas tanto por histopatología, microscopía electrónica e inmunohistoquímica.

Los beta bloqueadores intervienen en la inducción de enzimas proteolíticas de los macrófagos, constituyendo el principal mecanismo patogénico de los mismos en la producción de psoriasis. Algunos antiinflamatorios como el ibuprofeno se han relacionado con un incremento de las manifestaciones cutáneas y articulares de la enfermedad cuando es utilizado como tratamiento de la artritis psoriásica. La interrupción del medicamento produjo mejoría de las lesiones.

Se han presentado casos de psoriasis severa en pacientes que utilizan antimaláricos como la cloroquina y la hidroxicloroquina ⁽²¹⁾, algunos informes reportaron eritrodermia y una

forma pustulosa generalizada. Además de presentar cuadros extensos los pacientes respondían pobremente al tratamiento, en base a retinoides sistémicos y a metotrexato. ⁽²²⁾ Los esteroides sistémicos se han relacionado con la exacerbación de la psoriasis especialmente en la fase de rebote.

1.5. CUADRO CLINICO

La topografía de las lesiones es variada, puede ser una dermatosis localizada a un solo segmento corporal, diseminada o generalizada. Los sitios de predilección son la piel cabelluda, el tronco por ambas caras, en especial región sacro-coccígea y en las extremidades, en las salientes óseas como codos y rodillas. Las lesiones generalmente son simétricas. Algunos lugares en donde se localiza la psoriasis con menor frecuencia son las palmas, las plantas y raras veces en los pliegues axilares e inguinales. En un 33% hay afección de genitales.

Las lesiones elementales son eritema y escama que forman placas de tamaño, número y figuras muy variadas lo cual ha dado lugar a formas clínicas como la psoriasis en gotas, en placas, anular, gyrata, numular ostrácea, circinada.

Las placas eritemato-escamosas son bien limitadas, de bordes bien definidos, no activos. La escama es blanquecina, brillante, gruesa, y adherente, a veces de aspecto yesoso, difícil de desprender. El raspado de dicha escama con cucharilla, produce la sensación de estar raspando una vela de parafina (signo de la bujía o la parafina).

Cuando se efectúa el desprendimiento de éstas escamas además se presenta un fino puntillero sangrante denominado signo del "rocío sangrante o rosa sangrante o signo de Auspitz", patognomónico de la enfermedad. En otras ocasiones la escama no es tan abundante y descubre el eritema subyacente. Alrededor de las lesiones puede encontrarse además un halo claro conocido como anillo de Woronoff.

Además del signo de Auspitz, se puede presentar el fenómeno de Köebner en alrededor del 20% de los pacientes. Después de una irritación inespecífica se observa el desarrollo de lesiones psoriásicas en áreas en las que no se encontraban presentes.

Las alteraciones ungueales son frecuentes en la psoriasis, varían entre defectos menores del plato ungueal (hoyuelos) o pits, alteraciones severas (onicodistrofia) y pérdida del plato ungueal cuando las formas pustulosas de la psoriasis afectan uñas. Estas alteraciones

morfológicas reflejan el grado en que los procesos psoriásicos afectan las diversas porciones de la uña, es decir el plato ungueal proximal, la matriz, lecho y el hiponiquio. El grado de compromiso ungueal depende de la localización de la lesión psoriásica en esas áreas y de la duración del proceso.

En la psoriasis pustulosa, las alteraciones ungueales consisten en pústulas subungueales del lecho o la matriz de la uña. Si este proceso afecta una porción mayor de estas estructuras, puede ocurrir la destrucción de la placa ungueal, distrofia del matriz (anoniquia).

En la psoriasis pustulosa palmoplantar los cambios ungueales son raros. Las alteraciones ungueales son más frecuentes en pacientes con artritis.

El tamaño de las lesiones, la topografía y la disposición darán lugar a las diversas variantes clínicas de presentación de la psoriasis.

Algunas de las formas clínicas de presentación más importantes son ⁽³⁾:

PSORIASIS EN PLACA: Es la forma más frecuente de presentación hasta en el 90% de los pacientes, en especial en los adultos. Las lesiones varían en número y en tamaño, y pueden confluir, como una lesión única o abarcar grandes zonas de extensión. Los sitios más comunes son piel cabelluda, y en particular región retroauricular, codos, rodillas, región umbilical y sacra., o cualquier parte del cuerpo puede verse involucrado.

Las lesiones pequeñas pueden confluir formando placas, en las que los bordes se asemejan a un mapa (psoriasis geográfica). Las lesiones pueden extenderse en forma lateral y adquirir una configuración circinada debido a la confluencia de varias placas (psoriasis guttata). En ocasiones se observa un aclaración parcial en el centro de la lesión, lo que da lugar a lesiones anulares (psoriasis anular).

La evolución es variable, puede remitir espontáneamente, puede persistir o empeorar. Cuando comienza a resolverse lo hace del centro a la periferia, dejando un borde ligeramente elevado, y manchas hiper o hipocrómicas residuales.

PSORIASIS EN GOTA: Representa el 1.9% de las variedades clínicas de psoriasis. Siendo más frecuente en niños, adolescentes y en adultos jóvenes. Característicamente es precedida por un episodio de infección estreptocócica aguda y más raramente tras otro

tipo de infecciones. Algunos pacientes tienen episodios recurrentes de éste tipo de psoriasis. Se presentan placas eritemato-escamosas de forma circular u oval, de 2 a 10 mm. Generalmente se distribuye de formas más o menos uniforme en la superficie corporal, sobre todo en el tronco y parte proximal de extremidades. Las lesiones duran dos a tres meses y a veces se resuelven espontáneamente, o persistir y aumentar de tamaño y hacerse crónica tomando el patrón de placas.

PSORIASIS CRETACEA: Son lesiones hipertróficas con hiperqueratosis en forma de cono que se ven especialmente en los pies. Cuando las lesiones son de larga evolución, sobre todo en áreas de roce toman un aspecto hipertrófico, cretáceo, y es menos descamativo, más pulvurento por raspado.

PSORIASIS INVERTIDA: Característicamente afectando los pliegues corporales principalmente regiones inguinales, axilares, interglúteo, y submamario, suelen corresponder a placas eritematosas brillantes con fina escama y bordes bien delimitados. Puede presentarse en cualquier edad, incluyendo niños.

PSORIASIS ERITRODERMICA: Representa una forma generalizada de la enfermedad que afecta toda la superficie corporal, incluida la cara, manos, pies, uñas, tronco y extremidades. El eritema es la manifestación predominante y la descamación por lo general es menos severa que en la psoriasis vulgar. Puede asociarse con distintos grados de actividad y presentarse en forma brusca, como un eritema generalizado, o evolucionar en forma gradual desde una psoriasis en placas crónica hacia una fase exfoliativa generalizada.

Es más frecuente en hombres que en mujeres y suele aparecer en la quinta década de la vida.

Puede acompañarse de fiebre, malestar general, alteración de la termorregulación, con sensación constante de frío, acompañado frecuentemente de prurito intenso, recidivas frecuentes y una tasa de mortalidad algo elevada después de evoluciones prolongadas. Puede producirse pérdida completa de la placa ungueal debido a la destrucción de la matriz de la uña.

Existen diferentes factores que pueden actuar como precipitantes de eritrodermia. El uso de corticoides tópicos y sistémicos, es lo más frecuente (33 al 44%). El estrés emocional en ciertas circunstancias puede precipitar brotes eritodérmicos. La ingesta de alcohol, tras estímulos lumínicos (PUVA, quemadura solar), suspensión brusca de metotrexato, hipocalcemia, infecciones, ocasionalmente antipalúdicos y tratamientos tópicos con derivados de alquitrán pueden inducir la aparición de eritrodermia psoriática.

PSORIASIS PUSTULOSA AGUDA EXANTEMÁTICA (VON ZUMBUSCH). Se caracteriza por una erupción extensa de numerosas pústulas estériles y eritema con afección al estado general, fiebre alta y malestar general. Aparece en forma repentina sin cuadro de psoriasis previa, casi siempre posterior a una infección o al uso de diversos fármacos. Inicia en palmas y plantas y posteriormente se generaliza en forma rápida. Las zonas más frecuentemente afectadas son los pliegues y genitales.

PSORIASIS PUSTULOSA PALMO-PLANTAR CRÓNICA. Conocida también como pustulosis palmo-plantar, presenta una evolución crónica, es más frecuente en adultos que en niños, y con discreto predominio en mujeres de la quinta o sexta década de la vida.

ARTRITIS PSORIASICA. Siempre se ha considerado que afecta solo cerca del 10% de los pacientes con psoriasis, sin embargo cerca del 35% de pacientes con psoriasis se queja de dolor articular sin necesariamente haberse confirmado artritis psoriásica. De acuerdo a una reciente evaluación de la Fundación Nacional de psoriasis, por arriba del 20% de los pacientes pueden tener artritis psoriásica. Se considera una artropatía benigna asociada a psoriasis cutánea, sin embargo frecuentemente es debilitante e inhabilitante, como la artritis reumatoide, y progresivamente conduce a la incapacidad y a veces necesaria la intervención quirúrgica. Existen 5 tipos de patrones de artritis psoriásica que se reconocen y que pueden coexistir con la expresión clínica: poliartritis asimétrica u oligoartritis seronegativa (>47%), poliartritis simétrica (25%), espondilitis anquilosante (23%), enfermedad articular interfalángica distal y artritis mutilante, ambas raras.

No existe correlación entre la intensidad de la psoriasis cutánea y la incidencia de artritis, ni sincronismo evolutivo entre ambas. La existencia de onicopatía es un rasgo característico

de la artritis psoriática (70%), de predominio en aquellos pacientes que cursan con enfermedad articular interfalángica distal. ⁽⁷⁾

Existen muchas enfermedades que pueden asociarse a la psoriasis, aunque puede tratarse de algo causal debido a la alta frecuencia de ésta en la población general. Entre las enfermedades cutáneas que pueden presentarse al mismo tiempo que la psoriasis se destacan: eccema, liquen simple, liquen plano, enfermedades ampollosas, dermatitis seborreica, ictiosis, vitiligo, lupus eritematoso, dermatitis atópica, neurofibromatosis y carcinomas cutáneos.

1.6. HISTOPATOLOGIA

La psoriasis histológicamente se caracteriza por elongación regular de las redes de crestas con engrosamiento de su porción inferior, distensión y edema papilar, adelgazamiento del estrato de Malpighi suprapapilar con presencia ocasional de una pústula espongiforme pequeña, ausencia de células granulares, paraqueratosis, microabscesos de Munro. De todos estos hallazgos, los únicos que son característicos de la psoriasis son la pústula espongiforme y los microabscesos de Munro que si no están presentes, casi nunca se establece un diagnóstico de certeza. ⁽²³⁾

1.7. CALIDAD DE VIDA

Además de la severidad clínica de las áreas afectadas, la psoriasis puede tener también un profundo impacto psicosocial en la calidad de vida del paciente. La severidad clínica se relaciona con el bienestar físico, social y psicológico de la persona y está basado en el punto de vista del paciente acerca de su condición. ⁽²⁴⁾ La psoriasis afecta todos los parámetros y dimensiones de la calidad de vida de un paciente en relación con el ámbito de la salud. La economía familiar y laboral pueden afectarse al igual que la vida social. Los costos de cuidado de los pacientes con psoriasis varían en proporción a la severidad de la enfermedad, estimándose en \$1.6 a \$3.2 billones de dólares en 1993, con un promedio anual de \$1,130 a \$6,650 millones por paciente. En 1990, cerca de 90 millones de dólares fueron consumidos en los Estados Unidos en corticoesteroides tópicos, el tratamiento más empleado para psoriasis.

Afecta emocionalmente al individuo a nivel de imagen personal, seguridad emocional e inclusive relación interpersonal y de pareja.

En un estudio de 369 pacientes ⁽²⁵⁾ con psoriasis severa, solo 150 pacientes trabajaban. De éstos, 59% habían perdido un promedio de 26 días de trabajo durante un periodo de un año como resultado de su condición. De quienes no trabajaban, 34% atribuían impedimento para trabajar por la psoriasis.

En otro estudio ⁽²⁶⁾ se encontró que la psoriasis tenía mayor impacto en la calidad de vida que el acné, carcinoma basocelular, o verrugas virales.

Un tercer estudio ⁽²⁷⁾ mostró que los efectos de la psoriasis en los factores psicosociales y en las actividades diarias se incrementa con la severidad de los síntomas. En éste estudio, el aquejo más frecuente era el prurito y el aquejo psicosocial mas común era la timidez, la impotencia, irritación o frustración acerca de la enfermedad.

El incremento en los niveles de estrés, ansiedad, depresión, e irritación que son experimentados en estos pacientes con psoriasis puede ser causado por su condición y exacerbarla y el grado de incapacidad varía entre los pacientes. En un estudio ⁽²⁸⁾ la psicoterapia, incluyendo manejo del estrés y relajación fueron capaces de reducir la severidad y extensión de la psoriasis.

En promedio los pacientes con psoriasis utilizan una hora diaria para darle cuidado y tratamiento de su enfermedad, además de utilizar durante ese período promedio de 6 a 10 tratamientos diferentes. Más de un cuarto de los pacientes con psoriasis han deseado morir en algunos momentos de su vida por esta enfermedad, y un estudio encontró que un 8% de los psoriásicos piensa en eso por su enfermedad. Debido a la complejidad de esta enfermedad y su interrelación con los aspectos psicosociales, pocos son los especialistas capaces de otorgar un servicio completo a los enfermos. ⁽²⁹⁾

Se ha reportado ⁽⁷⁷⁾ que el impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud es similar a lo ocurrido con otras enfermedades médicas tales como el cáncer, la artritis, la hipertensión, la enfermedad del corazón, la diabetes y la depresión. Cuando se les preguntó a los pacientes con psoriasis que tenían más de un problema médico mayor, casi siempre prefirieron tener su psoriasis curada antes que otros problemas médicos mayores.

2. TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

2.1 Definiciones básicas

En este apartado, se observa la importancia de retomar las definiciones de los conceptos principales que se manejan en este trabajo, a fin de situar al lector en un terreno de mayor claridad para la comprensión de la clasificación que se propone.

Medicina: (*lat.* Medicina, de *medicus*, curador, de *mederi*, curar, cura). La primera acepción se refiere a *cualquier sustancia que se usa para tratar enfermedades*. La segunda acepción define a la Medicina como la Ciencia de tratar la enfermedad, arte de curar. En sentido estricto, aquella rama del arte de curar que trata las enfermedades "internas" que pueden ser tratadas por un médico más bien que por un cirujano. ⁽⁴⁴⁾

Ciencia y arte de curar que implica establecer un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. Se dice que además de ser una ciencia, es un arte porque el ser vivo no es un compuesto material que solo se rige por leyes físicas. La persona humana, por ser un compuesto sustancial de cuerpo y espíritu, está sometida, evidentemente, a las leyes biofísicas, pero también a motivaciones espirituales. ⁽⁴³⁾ Al hablar de Medicinas Alternativas y Complementarias en este trabajo, se hará con base en la primera acepción de la definición de Medicina, que es cualquier sustancia que se usa para tratar enfermedades.

Terapéutica: Parte de la medicina que se ocupa del tratamiento de las enfermedades. ⁽⁴³⁾ La palabra Terapéutica viene de las raíces griegas *therapéuo*, del verbo regular *therapeuein*, que en su primera acepción significa *rodear de cuidados*, esto es, mantener, servir. En su segunda acepción y en su sentido más amplio, significa *curar, remediar, medicar, medicinar*. En su sentido amplísimo, agasajar, obsequiar, honrar. Los griegos también se servían del verbo *therapeuein* para expresar la acción de cortejar, mimar, halagar. Al ligar este concepto con la Medicina conviene referirse a la primera y segunda acepciones. La Terapéutica es parte de la Medicina. Para algunos la Terapéutica es una ciencia. Para otros, la Terapéutica es un arte. La Terapéutica se ocupa de las reglas o preceptos que deben seguirse en el tratamiento de las enfermedades y consiste en la aplicación racional de los medios capaces de combatirlas. ⁽⁴⁵⁾

Terapia: Conjunto de acciones que se ejercen sobre una persona y que se dirigen a curar una alteración o enfermedad. ⁽⁴³⁾

Tratamiento: Conjunto de medios (higiénicos, dietéticos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) que se ponen en práctica para curar o aliviar una enfermedad. También se dice de un medio especial de cura. ⁽⁴³⁾

Con base en estas definiciones, a lo largo del presente trabajo se utilizarán indistintamente los términos *medicinas, terapéuticas, terapias o tratamientos* para referirse a las *medicinas alternativas o complementarias* que los pacientes entrevistados han utilizado para el tratamiento de la psoriasis

2.2 Tratamientos convencionales

Por tratamientos convencionales se entienden todos aquellos procedimientos pertenecientes a la rama de la medicina alópata.

Algunos autores ^(3,30,31) dividen los tratamientos convencionales para la psoriasis en tópicos, sistémicos, fototerapia y biológicos. Ver Tabla No.1.

Tabla No.1. Tratamientos convencionales

Tipo de tratamiento	Subtipos
Tópicos	Corticoesteroides Queratolíticos (ácido salicílico, urea) Reductores (alquitrán de hulla) Antralina Derivados de la vitamina D { Calcipotriol Calcitriol Tacalcitol Tazaroteno Emolientes Otros { Pitironato de Zinc
Sistémicos	Metotrexato Retinoides { Acitretin Etretinato Ciclosporina Hidroxiurea 6-Tioguanina Ésteres de ácido fumárico Dapsona Colchicina Propil-tiouracilo Azatioprina Sulfasalazina
Otros agentes nuevos en experimentación	Tacrolimus Pimecrolimus Mofetil Micofenolato
Fototerapia Fotoquimioterapia	UVB y UVB1 PUVA
Biológicos	Alefacept Etanercept Efalizumab Infliximab

2.2.1 Tópicos

Queratolíticos

Favorecen el desprendimiento de la capa córnea. El ácido salicílico sigue siendo útil a las dosis de 5 a 8% en un vehículo grasoso y en shampoos para piel cabelluda, y urea al 20 o 30% utilizados en el tratamiento de la enfermedad. Pueden usarse en pacientes con psoriasis leve a moderada. Debe tenerse en cuenta el uso en niños por el riesgo de absorción.

Reductores

Disminuyen la queratopoyesis acelerada en la psoriasis. El más usado es el alquitrán de hulla, a dosis de 3 al 5% en vaselina o cold-cream, en aplicaciones por las noches, a veces asociado al ácido salicílico. Es muy efectivo pero su color negro y su mal olor molestan al paciente, además que puede ser fotosensibilizante. Puede usarse también en shampoo.

Antralina

Derivado del hidroxiantraceno, tiene actividad antimitótica e inhibe algunas enzimas involucradas en la proliferación epidérmica. Está disponible en concentraciones de 0.1% a 1.0%. Tiene dos importantes limitaciones: uno la hiperpigmentación residual y la dermatitis por contacto que produce.

Derivados de la vitamina D

Los derivados de la vitamina D3 como el calcitriol, calcipotriol y tacalcitol tienen evidente actividad antiproliferativa contra los queratinocitos, es decir inhiben la proliferación celular, además de inhibir la producción de citocinas por queratinocitos o linfocitos, por lo que se recomienda su uso en las placas de psoriasis, con una o dos aplicaciones diarias de estos medicamentos tópicos, son bien tolerados, no alteran el metabolismo del calcio, sin embargo el alto costo limita su uso.

Los efectos de la vitamina D3 y sus análogos sobre la piel han cobrado una relevancia particular para el tratamiento de la psoriasis. Se ofrece también como un tratamiento

alternativo. La investigación acerca del modo de acción de la vitamina D3 sobre la lesión psoriásica ha proporcionado conocimiento a la patogénesis de la psoriasis. (71)

Corticoesteroides

De amplia prescripción y como terapia de primera elección (85%) en los Estados Unidos en pacientes con psoriasis. Aunque su mecanismo de acción no está completamente entendido, están bien reconocidos por sus propiedades anti-inflamatorias, antiproliferativas e inmunosupresoras, es decir inhiben la función inmune y la proliferación celular en dermis y epidermis. La eficacia clínica de los corticoesteroides tópicos está directamente relacionada con su potencia, determinada así como por su habilidad vasoconstrictora. La potencia está directamente relacionada a la efectividad anti-inflamatoria. Son efectivos para tratar pequeñas áreas, pero existe el inconveniente de la automedicación. Puede producir rebote, pustulosis y psoriasis inestable. Son utilizados de baja, mediana y alta potencia. También se emplean de forma intralesional con la aplicación de una sola inyección. La supresión brusca del tratamiento sobre todo en la psoriasis en placas precipita a la aparición de pustulosis generalizada. Se han descrito algunos casos de dermatitis por contacto secundarias al uso de algunos esteroides, encontrándose que éstas se deben más bien a los vehículos y conservadores usados en estos productos (parabenos), excipientes (lanolina) o antimicrobianos combinados (neomicina).

Retinoides tópicos

El tazaroteno, derivado sistémico de la molécula del retinoide, aprobado por la FDA en 1997. Como los retinoides orales, actúa inhibiendo la proliferación epidérmica, e inhibiendo los marcadores pro-inflamatorios. El mayor efecto colateral que se ha reportado con tazaroteno es la irritación local, incluyendo prurito, ardor y eritema. La piel irritada es bastante común ocurriendo por arriba del 30% de pacientes de un modo relacionada con la dosis, la concentración al 0.1% de tazaroteno está asociada con una gran incidencia y severidad de irritación que la concentración de 0.05%. Debe aplicarse con una fina capa una vez al día diariamente. El empleo de un corticoesteroide de mediana potencia aplicada durante el día junto con tazaroteno reduce el riesgo de irritación y mejora la eficacia.

2.2.2 Sistémicos

Algunos de los agentes sistémicos para la psoriasis son el metotrexato, el acitretin y la ciclosporina. Aunque estos están solo disponibles en una amplia gama de drogas orales aprobados por la FDA de los Estados Unidos, diferentes medicamentos se utilizan también para tratar una variedad de desórdenes como la psoriasis. ⁽⁸⁵⁾

Metotrexato

El metotrexato ⁽⁸⁵⁾ fue introducido hace varias décadas para el tratamiento de la psoriasis y es una de las terapias más efectivas. El metotrexato es particularmente benéfico para pacientes con artritis psoriásica. También está indicado para el manejo a largo plazo de formas severas de psoriasis. En pacientes con psoriasis refractaria a las terapias tópicas y para otras modalidades como la fototerapia, el metotrexato también es útil. El metotrexato es excretado vía renal y por tanto, no debería ser administrado a pacientes con daño en la función en riñón. También es teratogénico y no debería ser prescrito para mujeres embarazadas. Debido a que el metotrexato es inmunosupresor, debería evitarse en pacientes con infecciones activas. El metotrexato interactúa con muchos otros medicamentos, los cuales deben ser considerados antes de su prescripción.

El metotrexato está indicado para psoriasis de moderada a severa que no responde a tratamiento tópico o fototerapia. Es un antagonista del ácido fólico que inhibe la dehidrofolato reductasa, una enzima necesaria para la síntesis de aminoácidos. Disminuye la síntesis de DNA, inhibe la mitosis, e inhibe la proliferación rápida de la división celular, incluyendo a los queratinocitos psoriásicos. Tiene efecto sobre la respuesta inmune local y sistémica ocasionando supresión de la proliferación linfocítica y de la producción de citoquinas. Es importante la realización de pruebas funcionales hepáticas, renales y hematológicas, que deberán estar normales antes de iniciar la terapia.

Retinoides

El acitretin, retinoide sistémico, el cuál ha reemplazado al etretinato, posee actividad antiinflamatoria, antiproliferativa y queratolítica. Ha sido usado solo o en combinación con otras terapias antipsoriásicas para el tratamiento de psoriasis de moderada a severa. El acitretin es particularmente efectivo en el tratamiento de la psoriasis eritrodermica y

pustular. El mejoramiento de las placas es usualmente esperado entre 4 a 8 semanas de monoterapia con acitretin y etretinato, en ambos en un tercio de pacientes con placas crónicas en psoriasis moderada a severa. Sin embargo, no son tan efectivos como UVB, PUVA o metrotexato.

La terapia retinoide oral para la psoriasis puede emplearse por largo tiempo, especialmente en pacientes con psoriasis pustular. Dada la teratogenicidad de los retinoides orales, no debe usarse en mujeres en edad reproductiva. Otros efectos adversos de los retinoides involucrados en la piel y mucosas, incluye queilitis, descamación de las palmas y plantas, prurito y anomalías ungueales.

La FDA de los Estados Unidos ha probado ya cuatro retinoides orales para su uso. La isotretinoína está aprobada para su uso en el caso del acné y es relativamente inefectiva como monoterapia para psoriasis. Sin embargo, es altamente efectiva para psoriasis pustular y es benéfica cuando se combina con PUVA o UVB.⁽⁶⁵⁾

El etretinato fue aprobado para el tratamiento de la psoriasis, pero debido a su persistencia en los tejidos corporales, representa un alto riesgo a largo plazo de teratogenicidad en las mujeres en crianza potencial. El etretinato fue retirado del mercado cuando el acitretin se introdujo. Como todos los retinoides probados, el acitretin es altamente teratogénico, pero tiene una vida media más corta que el etretinato. En presencia del etanol, sin embargo, el acitretin es esterificado para el etretinato. Esto ha creado preocupación en lo referente a los defectos de nacimiento que pueden resultar de las mujeres tratadas con acitretin y que inadvertidamente ingirieron alcohol, ya que es común encontrar interacciones farmacológicas. Se recomienda que el acitretin no sea prescrito a madres en crianza potencial que se lleguen a embarazar dentro de un plazo de 3 años.

En el cuerpo, el etretinato es convertido en acitretin, que es un metabolito activo. Las dosis de etretinato deberían ser disminuidas por aproximadamente el 20% al 33% de la dosis. Han existido reportes aislados de pacientes quienes respondieron al etretinato pero que no respondieron a dosis comparables de acitretin.⁽⁶⁶⁾ Los retinoides pueden ser tan efectivos como la monoterapia para psoriasis pustular y para psoriasis eritrodérmica. Son mucho más lentos en efectividad para la psoriasis en placa y en gotas pero pueden mejorar la respuesta a PUVA y UVB. (87, 88) Se observan resultados más rápidos si se aplica una dosis de 10 a 25 mg diarios de acitretin así mismo se obtienen respuestas más completas a PUVA y a

UVB. Se requieren dosis más bajas de retinoides si se suman al régimen de fototerapia. Algunos estudios han sugerido que los retinoides suprimen temporalmente el desarrollo de neoplasias cutáneas. (84) El acitretin es bien tolerado cuando se administra a dosis bajas en combinación con UVB y PUVA. En dosis de 50 mg por día o más altas, son comunes los efectos mucocutáneos e incluyen queilitis, conjuntivitis, alopecia, alteraciones del plato ungueal, granulomas periungueales, y xerosis.

Ciclosporina

Es un agente inmunosupresor, está indicado para el tratamiento de psoriasis en placas recalcitrante. La ciclosporina puede rápidamente limpiar las lesiones psoriásicas. Desafortunadamente, las recaídas ocurren tan pronto como cesa el tratamiento con ciclosporina. Es usualmente empleada como último recurso en pacientes en quienes fracasa la respuesta en por lo menos una u otra terapia sistémica o en quienes las terapias sistémicas, como el acitretin o metotrexato esta contraindicado o no son tolerados.

La ciclosporina suprime la actividad de las células T en la inflamación y proliferación. El grado y el rango de mejoramiento de los síntomas psoriásicos son proporcionales a la dosis de ciclosporina administrada. Después de dos meses de terapia con ciclosporina en pacientes con psoriasis, se ha demostrado una mejoría del 39% en las lesiones a una dosis de 3 mg/kg por día contra un 71% de mejoría a una dosis de 7.5 mg/kg por día. Los efectos adversos comunes incluyen dolor de cabeza, parestesias, hipertrichosis, trastornos gastrointestinales, hiperplasia gingival, hipertensión, hiperlipidemia, nefrotoxicidad y trastornos electrolíticos. La nefrotoxicidad está asociada con un largo periodo de empleo. Se emplea a dosis de 2 a 4 mg/kg por día para períodos de tratamiento de un año o menos. La ciclosporina fue introducida para la prevención del rechazo de trasplantes de riñón en los años setentas. Dado que la ciclosporina es un agente inmunosupresor, está contraindicado en pacientes con infecciones aguda y en pacientes con malignidades activas. También está contraindicado en pacientes con hipertensión no controlada y alteración renal. (85) Aunque la ciclosporina es extremadamente efectiva para todas las formas de psoriasis, existe una preocupación acerca de los efectos colaterales y la falta de experiencia con su uso, lo cual ha prevenido a los dermatólogos de prescribir esta droga. Para uso a corto plazo, la ciclosporina puede ser más segura que el metotrexato. A largo

plazo, sin embargo, la ciclosporina es nefrotóxica. Algunos estudios han demostrado fibrosis intersticial y atrofia renal tubular en biopsias de riñón en pacientes tratados por más de 2 años con ciclosporina. ^(89,90) La nefrotoxicidad puede ser minimizada, sin embargo, al no exceder 5 mg/kg por día y al reducir la dosis de ciclosporina si incrementa la creatinina sérica más del 30% sobre la línea base. Con estas restricciones, algunos pacientes tendrán que discontinuar la ciclosporina y cambiar a otras terapias. La hipertensión, también es otro efecto colateral de la terapia con ciclosporina. Otras neoplasias incluyen cáncer de piel y trastornos linfoproliferativos que se han presentado en receptores de transplantes tratados por años con altas dosis de ciclosporina así como otras drogas. Un estudio ha sugerido que la ciclosporina da como resultado neoplasias más agresivas. ⁽⁹¹⁾ Diferentes anomalías pueden desarrollarse en pacientes tratados con ciclosporina, por ejemplo, la hipomagnesemia, la hiperkalemia. Aunque la ciclosporina interactúa con numerosos medicamentos, es importante que el médico se habilite para modificar fácilmente las dosis a los niveles apropiados así como también observar las respuestas clínicas. ⁽⁸⁵⁾

Hidroxiurea

La hidroxiurea es un antimetabolito que ha sido utilizado para el tratamiento de la psoriasis por tres décadas. Puede ser efectivo como monoterapia pero cerca del 50% de los pacientes que alcanzan mejoría desarrollan leucopenia o trombocitopenia. La anemia megaloblástica también es común que aparezca pero raramente requiere tratamiento. Las reacciones cutáneas afectan a la mayoría de los pacientes tratados con hidroxiurea.

Otros medicamentos actualmente disponibles han sido utilizados en el tratamiento de la psoriasis, como por ejemplo, el Calcitriol, la Colchicina, la Dapsona y el Propiltiouracilo. La azatioprina puede ser útil pero tiene efectos a nivel óseo en algunos pacientes. Los antibióticos orales se cree que juegan un papel en el desarrollo de la psoriasis. ⁽⁸⁵⁾

Ésteres ácido fumáricos. Se ha reportado evidencia exitosa relacionada con el tratamiento de la psoriasis con ésteres ácido fumáricos (FAE) en dos pacientes que fracasaron en la terapia sistémica. Este tipo de terapia está incrementando su aceptabilidad para el tratamiento de la psoriasis en países como Alemania, Holanda y Gran Bretaña. ⁽⁶⁸⁾ Los ésteres ácido fumáricos han sido aprobados para el tratamiento de la psoriasis en Europa

por varios años. Los puntajes de PASI mejoraron en un 80%, sin embargo, muchos pacientes descontinuaron el tratamiento por efectos colaterales gastrointestinales, incluyendo dolor abdominal y diarrea. Así mismo se detectó linfocitopenia y eosinofilia. ⁽⁸⁵⁾

La Sulfasalazina

La sulfasalazina también ha sido empleada para el tratamiento de la psoriasis. En un estudio de doble ciego, siete de veintitrés pacientes alcanzaron una mejoría marcada y siete alcanzaron una mejoría moderada. Seis de los veintitrés pacientes abandonaron el estudio y muchos sujetos experimentaron dolores de cabeza, síntomas gastrointestinales. En consecuencia, este tratamiento no ha ganado popularidad.

2.2.3 Fototerapia

La fototerapia se define como el empleo de radiación no ionizante con fines terapéuticos. Sus mecanismos de acción en la psoriasis son el efecto antiproliferativo sobre los queratinocitos y la modificación del sistema inmune cutáneo.

Aunque la mayoría de pacientes con placas crónicas de psoriasis responden a tratamiento con una o más terapias tópicas, aproximadamente el 20% requiere terapia más agresiva, usualmente iniciando con fototerapia.

A pesar de que se conoce desde la antigüedad los efectos benéficos de la radiación solar, es hasta principios del siglo XX que se construyen aparatos para la administración de luz ultravioleta artificial. Al mejorar las lámparas y el conocimiento de longitudes de onda más específicas han sido desarrolladas diferentes modalidades, sin embargo, las autorizadas son la fotoquimioterapia y la terapia UVB. ^(122,123)

Fotoquimioterapia (Psoralenos más radiación ultravioleta A)

PUVA. Su empleo en psoriasis comienza a partir de 1951. Es considerada uno de los tratamientos más eficaces, sin embargo, los efectos adversos a largo plazo han limitado su uso en la actualidad.

La radiación ultravioleta A (PUVA) es una forma de fotoquimioterapia que involucra radiación ultravioleta A (340 a 400 nm) y un compuesto fotosensibilizante, metoxipsoraleno,

que es usada para el tratamiento de psoriasis extensa. La radiación UVA no es tan efectiva en el tratamiento de psoriasis. La administración de PUVA, sin embargo, es una alternativa efectiva a UVB. PUVA es usualmente indicada 2 o 3 veces por semana hasta que la mayoría de las lesiones desaparezcan. Cuando se va a tratar una psoriasis más severa o extensa, con más del 15 al 20% de la superficie corporal afectada, el tratamiento tópico no es siempre práctico. Cuando la psoriasis es severa, recalcitrante, o extensa, se recomienda utilizar la terapia sistémica. ⁽¹²⁴⁾

Dentro de los efectos adversos agudos se encuentran las manifestaciones gastrointestinales (náusea, vómito), reacciones fototóxicas, pigmentación y prurito. Los efectos a largo plazo son la posible inducción de cataratas e inmunosupresión reversible, pero el principal es la inducción de carcinoma epidermoide y en menor proporción el carcinoma basocelular. Su relación con el melanoma aún no ha sido determinada, se ha reportado casos, sin embargo requiere de mayor seguimiento ^(125,126)

Radiación ultravioleta B

UVB. Su aplicación en psoriasis inicia en 1923. Desde entonces ha tenido varias modificaciones. Inicialmente se administraba la luz UVB de banda amplia (280-320 nm) pero con poca efectividad. A partir de 1981, se han desarrollado lámparas que emiten luz UVB de banda angosta o UVB-1, que emiten radiación entre los 311 a 313 nm que es más específica para el tratamiento de la psoriasis y ha brindado resultados similares a la fotoquimioterapia. La radiación ultravioleta B convencional es la primera línea de terapia para pacientes con psoriasis difusa. La más efectiva longitud de onda es aproximadamente de 313 nm. Es más efectiva en psoriasis pustular y en gotas, para las cuales los agentes tópicos no son prácticos. La combinación de UVB con la aplicación de alquitrán de hulla incrementa su efectividad. Usada diariamente por 2 a 3 semanas en conjunto con alquitrán de hulla al 1%, permite la remisión en cerca del 80% de los pacientes. Dentro de los efectos adversos agudos se encuentran el edema, eritema, ampollas, xerosis, prurito y la reactivación de herpes simple. Los efectos a largo plazo no están bien determinados aún pero se considera que el riesgo de carcinogénesis es menor en comparación con PUVA. ^(127,128)

2.2.4 Biológicos

La terapia biológica actualmente es una de las terapias que más interés está recibiendo en investigación. Para un número importante de pacientes con psoriasis, estas terapias significan una nueva esperanza así como una nueva oportunidad para obtener una mejor calidad de vida con menores efectos secundarios que las medicinas convencionales. ⁽⁸⁵⁾

Riddle y cols. ⁽⁸²⁾ mencionan algunos de los medicamentos biológicos que se utilizan para la psoriasis en placa severa: alefacept, efalizumab, etanercept, infliximab, adalimumab.

Los tratamientos biológicos como parte de los tratamientos médicos convencionales, ofrecen seguridad y eficacia en el manejo a largo plazo de psoriasis vulgar moderada a severa. Existen diferentes tipos de agentes biológicos. El etanercept aprobado por la FDA para el tratamiento de artritis psoriásica con o sin metotrexato. Alefacept recomendado y aprobado como monoterapia para psoriasis vulgar moderada a severa. El infliximab, etanercept y efalizumab (raptiva) en fase de desarrollo como monoterapias en psoriasis moderada a severa.

Debido a la evidencia sustancial de que los cambios epidérmicos en la psoriasis son causados por células T en las lesiones cutáneas. Los agentes biológicos son proteínas que actúan a nivel de la respuesta inmune celular, inhibiendo la activación de células T y la proliferación celular.

2.2.5 Otros agentes nuevos en experimentación

Mofetil micofenolato

En los setentas, el ácido mofetil micofenolato fue investigado para el tratamiento de la psoriasis y muchos pacientes lograron remisiones con efectos colaterales tolerables. Aunque se encontraron síntomas gastrointestinales como náusea, vómito y diarrea. El herpes zoster ocurrió en más del 11% de los pacientes tratados con tratamiento inmunosupresor. El mofetil micofenolato ha sido utilizado para la prevención del rechazo de trasplante de órgano y ha probado efectividad en el tratamiento de trastornos de la piel. Este medicamento no debe ser utilizado en pacientes con infecciones severas o neoplasias no tratadas. ⁽⁸⁵⁾ Se ha observado que el mofetil micofenolato sirve como agente

antipsoriásico en una experiencia con 11 pacientes. Aunque es una droga inmunosupresora, diferentes reportes han sugerido los efectos benéficos de éste fármaco, que en algunos casos con psoriasis severa éste agente inmunosupresor de 2 gr. diarios es efectiva.

Inmunomoduladores

Tacrolimus (FK506)

El tacrolimus es un potente agente inmunomodulador que está aprobado para la prevención del rechazo de trasplante de órganos. Así como la ciclosporina, inhibe la activación de células T. ⁽⁸⁵⁾ En un estudio de doble ciego, con grupo placebo y grupo experimental, el tacrolimus fue efectivo en el tratamiento de la psoriasis, resultando en una reducción del 83% en el puntaje del Índice de Área y Severidad de la psoriasis (PASI). ⁽⁹²⁾ Existen daños potenciales derivados del uso de la ciclosporina tales como hipertensión, nefrotoxicidad e inmunosupresión. Es importante que el papel de este medicamento sea investigado en otros trastornos dermatológicos, incluyendo la psoriasis.

El ungüento de tacrolimus para el tratamiento de psoriasis ⁽⁹⁵⁾ ha probado su eficacia al ser aplicada para el tratamiento de la psoriasis en cara, áreas intertriginosas o en ambos, como se observó en un ensayo clínico con 21 pacientes con psoriasis. Los pacientes se aplicaron 0.1% de ungüento de tacrolimus dos veces semanalmente por 8 semanas. La eficacia fue evaluada a través de la evaluación de signos individuales así como de síntomas de psoriasis y con la evaluación global del médico en el cambio del estado de la enfermedad. Las evaluaciones de atrofia cutánea y de otros eventos adversos se hicieron a través del estudio para evaluar la efectividad del ungüento de tacrolimus. En resumen, el ungüento de tacrolimus puede ser un tratamiento efectivo para los pacientes con psoriasis en cara y en áreas intertriginosas.

Pimecrolimus

El pimecrolimus es un inhibidor de la calcineurina que se dirige selectivamente a las células T y a la activación celular in vitro. Bloquea la liberación de las células T cooperadoras (Th1, Th2) e inhibe la inducción de co-receptores involucrados en la activación de células

dependientes de la inflamación mediada por células T. Previene la producción de citoquinas y la liberación de mediadores proinflamatorios de los mastocitos. La eficacia del pimecrolimus en la psoriasis y la seguridad de su vida media corta proporcionan buenos resultados en su uso, pero aún falta probar su efectividad cuando es administrada por periodos más largos de tiempo. El pimecrolimus puede ser efectivo para otras enfermedades de la piel mediadas por células T. La eficacia del pimecrolimus oral ya ha sido mostrada para la dermatitis atópica y existen estudios en evolución para ver su eficacia en psoriasis. ⁽¹²¹⁾

2.3 Modos de indicación de los tratamientos convencionales

Los tratamientos convencionales para la psoriasis pueden ser indicados de diversas formas: como monoterapia, como terapia combinada, como terapia secuencial o bien de manera rotacional.

La fototerapia y las terapias sistémicas a menudo son utilizadas en combinación con terapias tópicas. Sin embargo, las combinaciones de diferentes agentes sistémicos a menudo son subutilizadas. Las combinaciones de dos terapias sistémicas o de una terapia sistémica con UVB o PUVA a menudo son más efectivas que cada una de las terapias individuales. Más aún, las toxicidades de las terapias individuales pueden ser reducidas desde que la dosis de cada uno de los tratamientos individuales a menudo es más baja cuando se una en combinación. Esto es particularmente importante con tratamientos tales como el metotrexato, la ciclosporina y PUVA, las toxicidades con las cuales están relacionadas a la dosis total acumulada. La combinación de tratamientos ha sido esporádicamente utilizada por muchos años, pero el concepto de terapia de combinación como un aspecto benéfico del tratamiento de la psoriasis fue formalmente propuesto por Menter y cols. ⁽⁹⁶⁾ en una conferencia en 1994. Las combinaciones más comúnmente utilizadas son mostradas en la tabla No. 2 y el rango de las posibles combinaciones es mostrada en la tabla No.3. ⁽⁸⁵⁾

Tabla No.2. Combinaciones comúnmente utilizadas
• Retinoide + UVB
• Retinoide + PUVA
• Metotrexato + UVB
• PUVA + UVB
• Metotrexato + ciclosporina

Tabla No.3. Terapia combinada	
Tratamiento primario	Tratamientos con los cuales el tratamiento primario puede estar combinado
UVB	PUVA, retinoides, MTX, CyA, [*] hidroxiurea, [*] MM, [*] AZA [*]
PUVA	UVB, retinoides, MTX, [†] CyA, [†] hidroxiurea, [*] MM [*]
Retinoides	UVB, PUVA, MTX, [†] CyA, hidroxiurea, [*] MM, [*] AZA [*]
MTX	UVB, PUVA, [†] retinoides, [†] CyA, hidroxiurea, AZA, sulfasalazina
Ciclosporina	UVB, [*] PUVA, [†] retinoides, MTX, hidroxiurea, MM, AZA

AZA, Azatioprina; CyA, ciclosporina; MM, mofetil micofenolato; MTX, metotrexato; tx, terapia.

* Combinaciones que no han sido estudiadas extensivamente pero que han sido utilizadas por los autores.

† Combinaciones que han sido utilizadas con seguridad pero que tienen posibles interacciones.

Fuente: (85).

La combinación de retinoides con UVB y PUVA se ha visto que posee las combinaciones de metotrexato y UVB y metotrexato y PUVA. Cuando es utilizada en combinación con fototerapia, la isotretinoína oral puede ser solo tan efectiva como el etretinato o el acitretin. En general, las dosis de retinoide son más bajas cuando son prescritas en combinación con UVB o PUVA; la isotretinoína 40 mg diarios y el acitretin en dosis de 10 a 25 mg diarios son efectivos. Al reducir las dosis de retinoides, se disminuyen muchos de los efectos colaterales mucocutáneos de los retinoides⁽⁸⁵⁾

Se ha sugerido que el tratamiento concomitante con metotrexato y PUVA puede predisponer a los pacientes a un incremento en carcinoma epidermoide. Sin embargo, la combinación de metotrexato y PUVA sigue siendo una terapia muy efectiva para los pacientes cuya psoriasis es refractaria a otro tratamiento. La ciclosporina también ha sido utilizada en combinación con el UVB y con PUVA, pero dado que la ciclosporina predispone a los pacientes a desarrollar carcinoma epidermoide, su uso a largo plazo en combinación con PUVA debería ser evitado. ⁽⁸⁵⁾

Los retinoides han sido utilizados en combinación con metotrexato aunque ambos agentes pueden ser hepatotóxicos. Los pacientes que toman retinoides orales no desarrollan cirrosis ocultas, lo cual es característico de la hepatotoxicidad del metotrexato. Los retinoides pueden causar elevación de las enzimas hepáticas, las cuales deben evaluarse con cuidado cuando se utiliza la combinación de tratamientos. Los retinoides también han sido usados en combinación con la mayoría de otras terapias para psoriasis, incluyendo la ciclosporina. Dado que el metotrexato puede resultar en una toxicidad a nivel óseo, debe hacerse un conteo de las células sanguíneas muy de cerca cuando otros agentes se agreguen. El metotrexato ha sido utilizado en combinación con la hidroxiurea para la psoriasis, ⁽⁹⁷⁾ la sulfasalazina para la artritis psoriática ⁽⁹⁸⁾ y la azatioprina para la artritis reumatoide. ⁽⁹⁹⁾ Debe tenerse particular cuidado cuando se combina la azatioprina o la hidroxiurea con el metotrexato porque estos dos agentes también son tóxicos.

Una de las combinaciones más efectivas en el tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica ha sido la administración concomitante de metotrexato y ciclosporina ⁽¹⁰⁰⁾. Las dosis de metotrexato de 7.5 a 10 mg/kg y las dosis de ciclosporina de 3 mg/kg diariamente pueden resultar en una mayor eficacia y en menores efectos colaterales que la monoterapia con un agente. ^(101, 102) Bajas dosis de ciclosporina también han sido utilizadas muy efectivamente en combinación con la hidroxiurea para la psoriasis severa recalcitrante. ⁽¹⁰³⁾

La ciclosporina también ha sido utilizada con seguridad en combinación con la azatioprina y el mofetil micofenolato para la prevención del rechazo en el trasplante de órganos. ⁽¹⁰⁴⁾

Además de la terapia combinada, los agentes aislados pueden ser rotados para que el total de dosis acumulativas se reduzcan. El concepto de terapia rotacional como fue propuesto originalmente por Weinstein y White adoptó rotaciones entre UVB, PUVA, metotrexato y etretinato. Ese concepto ha sido expandido para incluir otros tratamientos sistémicos tales

como la ciclosporina.⁽⁸⁵⁾ Aunque varios pacientes no abandonan un tratamiento que está sirviendo para ellos, las ventajas de reducir la dosis total acumulativa al cambiar a otros tratamientos debería evaluarse. El concepto de terapia secuencial de la psoriasis propuesta por Koo⁽¹⁰⁵⁾ con regímenes que pueden ser aplicados a la terapia tópica o a la terapia sistémica. El régimen secuencial para la terapia sistémica incluye un fármaco potente como la ciclosporina seguida por una fase transicional en la cual se proporciona un fármaco más seguro como el acitretin. Finalmente, una fase de Mantenimiento con acitretin o, si es necesario se continúa con el acitretin en combinación con UVB o PUVA.

2.4 Tratamientos alternativos y complementarios

Los tratamientos alternativos y complementarios son prácticas que pretenden el diagnóstico o la curación de las enfermedades con medios no comprobados hasta ahora pero que siguen los pasos del método científico en algunos casos. Aunque no se enseña en las facultades de medicina, las medicinas alternativas también pueden ser métodos eficaces para conseguir la salud.

Se utilizan muchos términos para describir a los tratamientos diferentes a la medicina convencional. El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM, por sus siglas en inglés) perteneciente a los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, define algunos de los términos fundamentales utilizados en el campo de la medicina complementaria y alternativa⁽³²⁾

Las medicinas alternativas y complementarias (MACs), según la define NCCAM, es un conjunto de sistemas, prácticas y productos médicos de atención a la salud que no se considera actualmente parte de la medicina tradicional.

La lista de lo que se considera medicina complementaria y alternativa cambia continuamente, ya que una vez que se comprueba que una terapia determinada es eficaz e inocua, esta se incorpora al tratamiento convencional de la salud al igual que cuando surgen enfoques nuevos para la atención sanitaria. La medicina complementaria es diferente de la medicina alternativa, ya que la medicina complementaria se utiliza conjuntamente con la medicina convencional. La medicina alternativa se utiliza en lugar de la medicina convencional. La medicina integrativa, según la definición de NCCAM, combina

terapias médicas formales y terapias de la medicina complementaria y alternativa para las cuales existen datos científicos de alta calidad sobre su seguridad y eficacia ⁽³²⁾

Respecto a la psoriasis, hasta el momento no existe tratamiento curativo para esta afección, además las terapias disponibles únicamente son de reducción de los signos y síntomas, buscando el control de la enfermedad y periodos de remisión más largos.

Algunas medicinas alternativas y complementarias tienen comprobada su efectividad para algunas patologías, mientras que para otras no está comprobada y se emplean por mera tradición empírica. En algunos países, el sistema de seguridad social financia también estos modos no plenamente contrastados de ejercer la medicina para aligerar la carga asistencial de la atención primaria y hospitales. ⁽⁴³⁾

Al revisar la literatura relacionada con el tema, se observó que a la fecha no existen clasificaciones confiables de los tratamientos alternativos que se manejan tanto a nivel profesional como a nivel popular. Sin embargo, este trabajo no pretende ser exhaustivo en lo referente a los tratamientos alternativos existentes hasta hoy. Por tanto solo se mencionarán los tratamientos reportados por los pacientes que fueron entrevistados para este estudio.

El Centro Nacional de Medicina Complementaria Alternativa (CCAM) clasifica las terapias de la medicina complementaria y alternativa en cuatro categorías o dominios: intervenciones enfocadas en la mente y el cuerpo, terapias biológicas, métodos de manipulación del cuerpo, terapias de energía. A continuación se refiere la clasificación de las medicinas alternativas y complementarias que se utilizará para el presente trabajo como se muestra en la Tabla No.4:

Tabla No.4 Categorías y dominios de las medicinas alternativas y complementarias (MACs)

Tipo de Tratamiento	Categoría o dominio	Subtipos
Alternativos	Mente y cuerpo, biología, manipulación, energía	Homeopatía Naturopatía Medicina Tradicional China Medicina Tradicional de la India
Complementarios	1.Mente cuerpo	Psicoterapia Meditación Yoga Terapia de música y danza Terapia de arte Terapia musical o musicoterapia Relajación Ejercicio
	2.Biología	Naturopatía Tratamiento nutricional Balneoterapia Aromaterapia Remedios caseros o domésticos Herbolaria Iridología Orinoterapia
	3.Manipulación	Masaje
	4.Energía	Imanes

2.4.1 Tratamientos alternativos

Los tratamientos alternativos se construyen en torno a sistemas completos de teoría y práctica. A menudo, estos sistemas han evolucionado de manera separada. Ejemplos de sistemas médicos alternativos que se han desarrollado en culturas occidentales incluyen la homeopatía y la naturopatía. Ejemplos de sistemas que se han formulado en culturas no occidentales incluyen la medicina tradicional china y el Ayurveda.

2.4.1.1 Homeopatía



Existen diversas definiciones acerca de lo que es la Homeopatía. Sin embargo, etimológicamente, la palabra Homeopatía viene de las voces griegas *Homoios* que significa semejante y *Pathos*, sufrimiento. Literalmente se traduce como “semejante al sufrimiento”.

La definición que se juzga pertinente para este trabajo es la siguiente:

La Homeopatía es una Doctrina Médica, filosófica y científica, basada primordialmente en la Ley de los Semejantes. ⁽⁵⁰⁾

La Homeopatía es una doctrina médica que aplica a los enfermos, en dosis mínimas, sustancias medicamentosas capaces de producir en mayores cantidades, en el hombre sano síntomas parecidos a los que curan en el hombre enfermo. ⁽⁴⁸⁾

El axioma principal de esta escuela es *Similla similibus curantur*, formulado por Hahnemann, fundador de la Escuela Homeopática. ⁽⁴⁵⁾

La Medicina Homeopática como ciencia formada por un conjunto de verdades (sistema), teóricamente expuestas (doctrina) y experimentalmente comprobadas (práctica), está demostrando a las sociedades de hace más de un centenar de años hasta el presente, por la solidez de sus fundamentos y la sencillez y seguros resultados de su aplicación, que ella será la Medicina del porvenir. ⁽⁴⁵⁾

Los antecedentes históricos de la Homeopatía se remontan a Hipócrates (460-370 a.C.), quien creía que la enfermedad se ocasionaba por elementos naturales del mundo en que vivía la persona, esto contrastaba con las creencias de que la enfermedad era una forma de castigo de los dioses. Creía que era esencial observar y llevar un registro del curso y avance de una enfermedad en cada individuo, y que cualquier cura debería fomentar el propio poder de curación innato de la persona. Hipócrates había adoptado la idea de que “lo similar es capaz de curar lo similar” y tenía muchos remedios que estaban basados en este

principio. De aquí que en su práctica y estudio de la medicina estableció los fundamentos del punto de vista de la homeopatía, aunque este no fue apreciado ni desarrollado durante muchos siglos. ^(33,34)

Ante este entorno, Samuel Hahnemann (1755-1843), quien es considerado el fundador de la homeopatía moderna, en sus primeros escritos, criticó las prácticas severas de la medicina y recomendó una dieta saludable, condiciones de vida limpias y altos niveles de higiene, como medios para mejorar la salud y evitar las enfermedades.

El propósito de la homeopatía es curar una enfermedad o un padecimiento mediante el tratamiento de la persona como un todo, en lugar de concentrarse únicamente en un grupo de síntomas. De aquí que en la homeopatía el enfoque sea holístico, y que el estado general del paciente, en especial su bienestar emocional y psicológico, sea considerado como algo muy importante. Un homeópata nota los síntomas que la persona desea curar, pero también se toma su tiempo para descubrir otros indicadores de trastornos que el mismo paciente puede considerar como algo de menor importancia. El razonamiento detrás de esto es que la enfermedad es debida a un trastorno o desequilibrio en el cuerpo. Se cree que la naturaleza completa de una persona determina en gran medida el tipo de trastornos a los que un individuo está propenso y los síntomas probables que aparecerán. Un remedio homeopático debe ser adecuado tanto a los síntomas como a las características y el temperamento del paciente. De aquí que a dos pacientes con la misma enfermedad se les pueden ofrecer diferentes remedios, de acuerdo con sus naturalezas individuales. Un remedio también puede ser usado para tratar diferentes grupos de síntomas o padecimientos.

Hahnemann, consideraba que las prácticas médicas de su tiempo eran muy rudimentarias y que tendían a obstaculizar la curación, más que ayudar en ella. Él observó que el tratamiento de la malaria, con extracto de la corteza de la chinchona (quinina), en realidad producía los síntomas de la enfermedad en una persona sana, cuando se tomaba en dosis pequeñas. Estudios más extensos lo convencieron que los síntomas eran la respuesta del organismo para combatir la enfermedad, de aquí, justificó que dar una dosis diminuta de una sustancia que estimulaba los síntomas de una enfermedad en una persona sana podía usarse para combatir esa enfermedad en alguien que estaba enfermo. Hahnemann llevó a cabo numerosos experimentos (llamados "pruebas"), dándoles pequeñas dosis de

sustancias a personas sanas y registrando los síntomas producidos. Primero probó la sustancia en sí mismo, luego en algunos amigos y familiares cercanos. Estas “pruebas” lo llevaron a conducir más investigaciones y experimentos de otras sustancias naturales, durante las cuales reafirmó el principio de que lo similar cura lo similar.

Alrededor de 1812, quedaron establecidos los principios y la práctica de la homeopatía. Y muchos otros doctores adoptaron el enfoque de la misma. El mismo Hahnemann se convirtió en maestro de homeopatía en la Universidad de Leipzig y publicó muchas obras importantes

Finalmente, estos remedios diluidos se les dieron a las personas con enfermedades, a menudo con resultados muy animadores.

La homeopatía moderna esta basada en el trabajo de Hahnemann, y las medicinas derivadas de fuentes vegetales, minerales y animales se usan en cantidades extremadamente diluidas. De hecho, se cree que las propiedades curativas se incrementan con cada dilución, debido a que las impurezas que podrían causar efectos secundarios indeseados se pierden. Las sustancias usadas en la homeopatía se humedecen primero en alcohol para extraerles sus ingredientes esenciales. Esta solución inicial, llamada la “tintura madre”, se diluye sucesivamente por factores de diez (llamada la “escala decimal” y designada con una X) o de cien (la “escala centesimal” y designada con una C). Cada dilución se sacude vigorosamente antes de que se hagan más, y se piensa que esto hace más poderosas las propiedades, agregando energía en cada paso y mientras se remueven las impurezas.

Se afirma que las fuertes sacudidas de cada dilución son para energetizar, o “potencializar” el medicamento. Los remedios se elaboran en forma de tabletas o pueden usarse en forma de ungüentos, soluciones, polvos, supositorios, etc. Los remedios con altas potencias (más diluidos se usan para síntomas severos, y los de baja potencia (menos diluidos) para otros más ligeros.

El punto de vista homeopático es que durante el proceso de curación, los síntomas son redirigidos de los sistemas corporales más importantes a los menos importantes. También se afirma que la curación ocurre de las partes más internas del cuerpo a las partes más externas, y que primero desaparecen los síntomas más recientes; a ésto se le conoce como la “ley de dirección de la cura”. En ocasiones, al comenzar a tomar el remedio

homeopático, los síntomas pueden empeorar, pero por lo general esto ocurre durante poco tiempo y se le conoce como la "crisis de curación". Se interpreta como un indicador de un cambio y para señalar que es probable que a continuación ocurra una mejoría. Por lo general, al tomar un tratamiento homeopático se puede notar una mejoría muy rápidamente, aunque esto depende de la naturaleza del padecimiento, la salud, la edad y el estado general del paciente, y la potencia del remedio.

Se acepta ampliamente que la terapéutica homeopática no conlleva ningún riesgo, ni son adictivos, no obstante, están protegidos por las normas legales que rigen a todas las medicinas, y deben obtenerse de una fuente reconocida.

A pesar de que su trabajo no careció de detractores, Hahnemann atrajo una considerable cantidad de seguidores alrededor de 1830. En 1831 hubo una epidemia de cólera extendida en toda Europa Central, para la que Hahnemann recomendó un tratamiento con alcanfor. Muchas personas se curaron, incluyendo el Dr. Frederick Quinn (1799-1878), un médico de ese tiempo. Éste fue a Londres a establecer el primer hospital homeopático en 1849. Un resurgimiento posterior del cólera en Gran Bretaña permitió establecer la eficacia del alcanfor más allá de toda duda, ya que el gran número de personas curadas en el hospital homeopático fue mucho mayor que aquellas tratadas en otros hospitales.

En Estados Unidos, la homeopatía se estableció firmemente en los primeros años del siglo XIX, y existieron varios médicos eminentes que ampliaron el conocimiento y mejoraron la práctica. Entre estos se incluye al Dr. Constantine Hering (1800-1880), quien formuló las "leyes de la cura", explicando cómo los síntomas afectan los sistemas de órganos y se desplazan de una parte del cuerpo a otra, conforme se lleva a cabo la cura. También está el Dr. James Tyler Kent (1849-1916), quien introdujo la idea de los tipos constitucionales, que ahora es el fundamento de la homeopatía clásica, y además abogó por el uso de medicamento con potencias elevadas.

En los últimos años del siglo XIX, ocurrió una división importante en la práctica de la homeopatía, causada por el Dr. Richard Hughes (1836-1902), que había trabajado en Londres y Brighton. Él dijo que los síntomas físicos y la naturaleza de la enfermedad misma, eran el factor importante más que el enfoque holístico o integral, basado en la estructura completa de todo el individuo. Hughes rechazó el concepto de los tipos constitucionales y abogó por el uso de medicamentos con baja potencia. Aunque trabajó

como un homeópata, su idea era hacer a la homeopatía más científica y acercarla a las prácticas de la medicina convencional. Algunos médicos homeópatas siguieron el enfoque de Hughes, y la división condujo a un colapso de la fe en toda la práctica de la homeopatía durante la primera parte del siglo XX. Sin embargo, conforme el siglo XX avanzó, la homeopatía recuperó muchos seguidores y el respeto. La medicina convencional y la homeopatía han continuado avanzando, y en la actualidad existe mayor simpatía y comprensión entre los practicantes de estas dos importantes disciplinas médicas. ^(35,36)

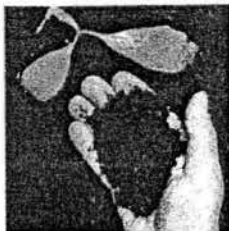
Para el tratamiento de la psoriasis con homeopatía debe recordarse los principios básicos de la Homeopatía que sustentan la individualidad morbosa y la individualidad medicamentosa ⁽⁵⁰⁾. Sin embargo puede sugerirse lo siguiente: ⁽³⁹⁾

Arsenicum Album, para una piel áspera y escamosa, que puede provocar una sensación de ardor, aunque suele ser fría al tacto. La piel es muy seca.

Graphites: Para piel reseca y agrietada que produce una segregación espesa y pringosa. Las zonas agrietadas también pueden sangrar y existe un gran escozor.

Azufre: Para piel caliente, seca y con escozor que empeora con el calor (aunque no necesariamente con el sol). Rascarse alivia temporalmente pero provoca dolor y ardor.

2.4.1.2 Naturopatía



La Naturopatía es el sentido común aplicado a la salud. El principio de la Naturopatía parte del hecho de que se tiene una capacidad innata de curación, los propios sistemas de cada individuo intentarán siempre vencer una enfermedad y restablecer el equilibrio. La Naturopatía se centra en las capacidades curativas naturales de los individuos. ⁽⁴⁶⁾

En la práctica de la Naturopatía, estos intentos son estimulados empleando factores naturales como la dieta, el ejercicio y la relajación, el aire puro y el uso del agua (hidroterapia). El tratamiento tiende a desplazar la responsabilidad con respecto a la salud sobre el individuo; además aboga por la prevención más que por la cura. Así mismo, en la gente hay mayor convencimiento de que la enfermedad también se debe a factores ambientales como la contaminación, de modo que un individuo sólo puede tomar algunas medidas para permanecer sano. También se puede lograr mucho a través de la autoayuda.⁽³⁹⁾

La psoriasis tratada con elementos naturales puede mejorar. Algunas sugerencias para el tratamiento de la psoriasis con Naturopatía son: cuidar la dieta, como se menciona en el siguiente apartado. Además, es probable que los rayos solares sean benéficos, pero debe evitarse la insolación. Es necesario proteger la piel cuando se expone al sol durante un periodo prolongado. Otro elemento es el "aceite de hierba del asno", que puede ser de ayuda, tanto local como internamente (se recomienda tomar hasta 1,500 mg diarios).⁽³⁹⁾

2.4.1.3 Medicina tradicional china



Los chinos dedicaron gran parte de su tiempo a la medicina. Desde la dinastía del emperador Shen Nung en el año 2800 a. de C. A este monarca se atribuyó la invención de la agricultura y la medicina, bajo la advocación de Pan Ku, dios al que el taoísmo atribuye la

creación del universo, por la eliminación del caos, el orden fundado sobre los dos polos opuestos denominados *yang* y *yin*. (38)

De esta forma, el *Yang* es el principio positivo, activo, masculino, representa el cielo, la luz, la fuerza, la dureza, el calor y la sequedad. Por el contrario, el *Yin* es el principio negativo, pasivo, femenino, se manifiesta en la luna, la tierra, la oscuridad, la debilidad, el frío y la humedad.

Es así como la medicina china se funda en estos dos principios, *yang* y *yin*, los cuales junto con la sangre forman la sustancia vital que circula en el organismo. Las enfermedades surgen de un desequilibrio entre *yang* y *yin*, que en el caso de interrumpir su fluido provocaba la muerte.

El emperador Shen Nung, bondadoso líder chino, no consentía la difusión de un nuevo medicamento entre sus súbditos sin experimentarlo previamente en su propia persona. Por tanto, en el Gran Herbario se nombran numerosos experimentos con hierbas medicinales, remedios y venenos. Es así como utilizaron por ejemplo las sales de arsénico para las enfermedades cutáneas.

La medicina Tradicional China es un método de terapia alternativo que puede ser administrado de forma oral, tópica o inyectada. Enfatiza la importancia de utilizar muchas hierbas que son combinadas en diferentes fórmulas para cada paciente de forma individual. Entre algunos segmentos de la población la medicina tradicional china ha incrementado su popularidad como una forma para tratar enfermedades dermatológicas. Como resultado de esto, ahora los dermatólogos en Occidente deberían familiarizarse con este método. No es posible discutir la aplicación de la medicina tradicional china para cada trastorno de la piel, sin embargo la psoriasis y la dermatitis atópica son utilizadas como prototipos para ilustrar el uso de la Medicina Tradicional China. En el futuro se espera que haya un mejor entendimiento de la Medicina Tradicional China a través de análisis sistemáticos y estudios controlados que incluyan placebo. ⁽⁶⁹⁾

2.4.1.3.1 Acupuntura



La práctica más característica de la terapéutica china empleada en nuestro tiempo es la Acupuntura, es decir, la introducción de agujas a través de la piel del paciente. Tales agujas son de diversos metales, del oro al hierro pasando por la plata, con una longitud de 4 a 20 centímetros, las cuales son sometidas a temperaturas de frío y calor. El objetivo de la punción es liberar las posibles obstrucciones de los dos principios vitales. ⁽³⁹⁾

La acupuntura es una antigua terapia china que incluye la inserción de agujas en puntos específicos del cuerpo. La palabra "acupuntura" fue acuñada por el médico holandés, William Ten Rhyne, quien vivió en el Japón a finales del siglo XVII, y que fue quien llevó esta terapia a Europa. El vocablo literalmente significa "picar con una aguja". El manual más antiguo de acupuntura data aproximadamente del año 400 a.C. y se llamaba *Nei Ching Su Wen*, que significa "Lo Clásico de la Medicina Interna del Emperador Amarillo". También quedó registrada durante la misma época la salvación exitosa de la vida de un paciente mediante la acupuntura, el cual estaba en estado de coma y se esperaba que falleciera. La leyenda dice que la acupuntura surgió cuando algunas personas se dieron cuenta de que los soldados recuperándose de heridas de flecha, algunas veces también sanaban de otras enfermedades que padecía. La acupuntura se hizo muy popular entre los doctores británicos a principios del siglo XIX para aliviar el dolor y tratar la fiebre. Hasta el final de la dinastía Ching en China en el año de 1911, la acupuntura se desarrolló. Asimismo, en la actualidad, el uso de rayos láser y corrientes eléctricas han logrado un efecto estimulante incrementado cuando usan agujas de acupuntura.

Los puntos específicos del cuerpo en los que se insertan las agujas de la acupuntura se localizan a lo largo de "meridianos". Estos son las rutas o canales de la energía, y se piensa que están relacionados con los órganos internos del cuerpo. Esta energía se conoce como *qi*. Y las agujas se utilizan para disminuir o incrementar el flujo de la misma, o para desbloquearla si está detenida. La medicina tradicional china ve al cuerpo con dos fuerzas naturales conocidas como el *yin* y el *yang*. Estas dos fuerzas son complementarias una con otra, pero también son opuestas; el *yin* es la fuerza femenina, tranquila y pasiva, que también representa la oscuridad, el frío, el crecimiento y la humedad. La fuerza *yang* es la fuerza masculina y es estimulante y agresiva, representando el calor y la luz, la contracción y la resequedad. Se cree que la causa de las enfermedades y padecimientos se debe a un desequilibrio de estas fuerzas en el organismo; por ejemplo, si una persona sufre de un dolor de cabeza o de hipertensión, Esto se debe a un exceso de *yang*. Sin embargo, si hay un exceso de *yin*, esto podría ocasionar cansancio, frío y retención de fluidos^(46.39)

El propósito de la acupuntura es establecer si hay un desequilibrio entre el *yin* y el *yang* y rectificarlo usando las agujas en ciertos puntos del cuerpo. Tradicionalmente había 365 puntos, pero se han encontrado más en el período intermedio y la actualidad, llegando a ser tantos como 2,000. Existen catorce meridianos, llamados como los órganos que representan; por ejemplo; por ejemplo, pulmón, riñón, corazón y estómago, así como dos órganos desconocidos en la medicina ortodoxa, el calentador o calefactor triple, que está relacionado con la actividad de las glándulas endócrinas y el control de la temperatura. Además, el pericardio está ligado con la actividad de las estaciones y también regula la circulación de la sangre. De los catorce meridianos, dos son conocidos como el *du*, o gobernador, y el *ren*, o concepción, los cuales se extienden directo a través de la línea media del cuerpo; aunque el *du* es mucho más corto, extendiéndose desde la cabeza a la boca, mientras que el *ren* comienza en la barbilla y se extiende a la base del tronco.⁽¹¹⁰⁾

Existen varios factores que pueden cambiar el flujo del *qi* (también conocido como *shi* o *chi*), estos pueden ser de naturaleza emocional, física o ambiental. El flujo puede ser cambiado para volverlo demasiado lento o rápido, puede ser desviado o bloqueado y el órgano incorrecto resulta afectado por ello, así que el acupunturista tiene que asegurarse de que el flujo regrese a su normalidad. Existen muchas afecciones dolorosas en la que se puede usar la acupuntura. En el mundo occidental, se ha utilizado principalmente para

artritis reumatoide, lumbalgia, pero también se ha usado para aliviar otros trastornos de la salud como el estrés, la alergia, colitis, problemas digestivos, insomnio, asma, etc. Se afirma que también ha ayudado con los síntomas de abstinencia (experimentados por personas que han dejado de fumar o que han cesado de realizar otras formas de adicción). Los acupunturistas calificados tienen que completar un curso de entrenamiento de tres años de duración, y también necesitan conocimientos en las disciplinas relacionadas de anatomía, patología, fisiología y diagnóstico. Antes de que puedan pertenecer a una asociación profesional. Es muy importante que se consulte siempre a un acupunturista totalmente calificado, que sea miembro de una asociación de profesionistas reconocida. ⁽¹¹⁰⁾

En una consulta, el acupunturista tradicional utiliza un método con reglas muy antiguas para determinar los puntos de acupuntura. Se examinarán y se tomarán en cuenta la textura y la coloración de la piel, el tipo de piel, la postura, el movimiento, la lengua, así como la voz del paciente. Todos estos factores diferentes se necesitan para el diagnóstico chino. Se harán varias preguntas relacionadas con la dieta, la cantidad de ejercicio realizado, la forma de vida, temores y fobias, patrones de sueño y reacciones propias al estrés. Cada muñeca tiene seis pulsos, y cada uno de ellos está ahí para un órgano importante y su función. Los pulsos se sienten, mediante este medio los acupunturistas son capaces de diagnosticar cualquier problema relacionado con el flujo del *qi*, y si existe cualquier enfermedad presente en los órganos internos. La primera consulta puede durar una hora, en especial si es necesario un interrogatorio detallado junto con las palpaciones.

Las agujas que se usan en la acupuntura son desechables, están hechas de un fino acero inoxidable y ya vienen en paquetes estériles sellados. Pueden ser esterilizados por el acupunturista, pero el uso del agua hirviendo no es muy adecuado para este fin. Una vez que se inserta la aguja en la piel, se gira entre el dedo pulgar y el índice del acupunturista para difundir o jalar la energía desde un punto. La profundidad a la cual se inserta la aguja puede variar, desde el área debajo de la piel hasta 12 milímetros. Se pueden usar hasta 15 agujas, pero por lo general son suficientes alrededor de cinco. La duración del tiempo que se dejan insertadas varía unos pocos minutos hasta una media hora, y esto depende de cierto número de factores como la forma en que el paciente reaccionó a tratamientos anteriores y la enfermedad que está padeciendo. ⁽¹¹⁰⁾

Por lo general, los pacientes pueden esperar sentir una mejoría luego de cuatro o seis sesiones de terapia, ocurriendo los efectos benéficos de manera gradual, en particular si el padecimiento tiene síntomas obvios y de larga duración. Otras enfermedades, como el asma, probablemente requerirán más tiempo antes de que se sienta alguna mejoría definitiva. Es posible que algunos pacientes no puedan sentir alguna mejoría en absoluto, o incluso que se sientan peor después de la primera sesión, esto probablemente se deba a que las energías en el cuerpo están siendo estimuladas en exceso. Para corregir esto, el acupunturista usará de manera gradual menos agujas, durante períodos más cortos. Si no se siente mejoría luego de seis u ocho sesiones de tratamiento, entonces será dudoso si la acupuntura podrá ser de alguna ayuda. Para el mantenimiento y la salud general del organismo, los acupunturistas recomiendan dar sesiones en la época de los cambios de estación^(46,39,110)

Ha habido una gran cantidad de investigación, en especial por los chinos, quienes han editado una gran cantidad de libros detallando el gran porcentaje de éxitos notables de la acupuntura en el tratamiento de una diversidad de trastornos de la salud. Sin embargo, estos resultados son vistos con cautela en Occidente, ya que los métodos de conducir los experimentos clínicos varían de Oriente a Occidente. No obstante, a raíz de los experimentos que se han llevado a cabo en Occidente, se ha descubierto que mediante la acupuntura se puede detener el mensaje del dolor antes de que llegue al cerebro. La señal normalmente viajaría a lo largo de un nervio, sin embargo, es posible "cerrar la puerta" en el nervio, evitando con esto que el mensaje llegue al cerebro, y así, evitando la percepción del dolor. Se cree que la acupuntura funciona bloqueando la señal del dolor. Sin embargo, los médicos enfatizan que el dolor puede ser una advertencia de que algo está mal o de que se padece alguna enfermedad en particular, como el cáncer, que requiere un remedio o un método de tratamiento diferente.⁽¹¹⁰⁾

También se ha descubierto que hay sustancias producidas en el organismo que están relacionadas con el alivio del dolor. Estas sustancias son conocidas como endorfinas o encefalinas, y son opiáceos naturales. Los estudios realizados en todo el mundo muestran que la acupuntura estimula la liberación de estos opiáceos en el sistema nervioso central, y por ello, proporciona alivio del dolor. La acupuntura es una forma de anestesia usada ampliamente en China, donde se dice que en los pacientes apropiados es extremadamente efectiva (en un 90%). Se usa exitosamente durante los nacimientos, trabajos dentales y cirugía. Los médicos ortodoxos occidentales aceptan ahora que el tratamiento de calor, el masaje y las agujas usadas en una parte sensible de la piel, permiten el alivio del dolor causado por las enfermedades. Estas áreas se conocen como puntos activadores, y no siempre están situados cerca del órgano que está afectado por la enfermedad. Se ha encontrado que, aproximadamente, tres cuartos de estos puntos activadores son los mismos que los puntos usados en la acupuntura china. Investigaciones recientes también han mostrado que es posible encontrar los puntos de la acupuntura mediante el uso de instrumentos electrónicos, ya que estos puntos registran menos resistencia eléctrica que otras áreas de la piel. ⁽¹¹⁰⁾

2.4.2 Tratamientos complementarios

A continuación se hablará de los principales tratamientos complementarios utilizados por los pacientes de la Clínica de Dermatología del Hospital General de México. Se hace una clasificación tomando como base la propuesta por el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) de los Estados Unidos (Tabla No.5).

Tabla No.5 Tratamientos o Medicinas Complementarios

Complementarios	1.Mente cuerpo	Psicoterapia Meditación Yoga Terapia de música y danza Terapia de arte Terapia musical o musicoterapia Relajación Ejercicio
	2.Biología	Tratamiento nutricional Naturopatía Balneoterapia Aromaterapia Remedios caseros o domésticos Herbolaria Iridología Orinoterapia Medicina tradicional mexicana
	3.Manipulación	Masaje
	4.Energía	Imanes

2.4.2.1 Terapias mente-cuerpo

En Psicología se utilizan una variedad de técnicas diseñadas con el fin de afianzar la capacidad de la mente para afectar las funciones y los síntomas corporales.

Recientemente ha crecido el interés por el campo de la psiconeuroinmunología, lo que ha habilitado a los científicos a conducir investigación que se relacione con los aspectos neuroinmunológicos de la psoriasis. Existe evidencia de que el estrés es un factor que contribuye a la aparición y exacerbación de la psoriasis. ^(56, 57) Las pasadas dos décadas de investigación han mostrado que existe una comunicación bidireccional entre el sistema nervioso central y el sistema inmunológico. ⁽⁵⁸⁾ La tendencia en la investigación actual es buscar mecanismos subyacentes de la influencia neural en los procesos inflamatorios de la

psoriasis. ⁽⁵⁷⁾ Algunos investigadores están conduciendo ensayos clínicos en pacientes con psoriasis utilizando imaginación, meditación y psicoterapia, pocos estudios demuestran una mejoría mayor que con la terapia estándar aislada. ^(56,58,59)

2.4.2.1.1 Psicoterapia



“La psicoterapia es el tratamiento por medios psicológicos de problemas de naturaleza o índole emocional, en la cual una persona deliberadamente entrenada establece una relación profesional con el paciente con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, modificar patrones alterados de conducta y promover un crecimiento y desarrollo de la personalidad”. ⁽¹⁰⁶⁾

La psicoterapia trata la mente sin emplear fármacos. Esta forma de tratamiento psicológico y de asesoramiento es útil para tratar el trauma, el estrés emocional, la aflicción, la ira, la frustración, la ansiedad, las adicciones, las fobias y las alteraciones dietéticas. Con la psicoterapia se apoya a la persona, también ayuda a relajarse y alivia el estrés. Muchas personas que padecen psoriasis han tenido éxito con la psicoterapia. ^(56,59,60)

Algunos autores ⁽⁷⁹⁾ han explorado las influencias psicológicas en la psoriasis así como la naturaleza de la relación entre el estrés y la psoriasis. Las implicaciones clínicas y psicológicas para el paciente deben ser tomadas en cuenta en cualquier intervención a este tipo de pacientes.

El especialista es capaz de ofrecer una amplia gama de útiles herramientas, relacionadas con la autosugestión y el consejo calificado, que proporcionan al paciente la confianza para hacer los cambios necesarios en su vida que mejorarán su enfermedad. Esta terapia consigue disminuir la tensión del enfermo, tranquilizarlo e infundirle aliento, ayudarlo a

enfrentarse con los compromisos sociales, estabilizar su estado anímico y enseñarle a tratar todas las reacciones emocionales derivadas de la afección de la piel.

Mediante la psicoterapia pueden disminuir algunos síntomas físicos, como prurito y la aparición de escama. Ofrece la oportunidad de aprender un método nuevo y más racional de afrontar los problemas cotidianos que presenta la psoriasis. Así mismo, la psicoterapia a los pacientes a manejar sus emociones y su energía. Las personas con psoriasis llevan auestas una gran cantidad de tensión, y ésta debe liberarse para que pueda producirse alguna mejoría.

2.4.2.1.2 Hipnosis



Esta terapia empezó a ser utilizada en Viena en 1766, por el austriaco Franz Anton Mesmer. Tal fue el éxito de Mesmer que los profesionales médicos austriacos lo excluyeron de la práctica de la medicina. Entonces se trasladó a Francia, pero al cabo de un tiempo también tuvo que abandonar este país, pese al ferviente soporte del rey Luis XVI.^(46,39)

Durante muchos años se ha asociado el hipnotismo con actos teatrales y prácticas diabólicas. Ello ha tenido un efecto perjudicial en su reputación como terapia eficaz. Por fortuna, en los últimos años se han aceptado ampliamente sus beneficios. En la actualidad, psicoterapeutas, psicólogos, psiquiatras, médicos y especialistas utilizan la hipnosis de manera habitual.^(39,46) Puede ser muy útil para los que sufren adicciones, fobias, trastornos dietéticos, afecciones relacionadas con el estrés, ansiedad y problemas personales tales como falta de confianza, miedos y pérdida de control. También puede utilizarse para

ahondar en el subconsciente y liberar recuerdos pasados. Proporcionando al terapeuta indicios para encontrar la causa de la afección del paciente⁽⁴⁶⁾

La hipnosis es una forma de psicoterapia que recientemente está ganando validación para el tratamiento de los trastornos de la piel.⁽⁶¹⁾ Se ha demostrado que la hipnosis altera la respuesta cutánea de una persona al presentar un estímulo inmunológico. Los pacientes que han recibido sugestión hipnótica han podido reducir la respuesta a la histamina selectivamente así como reducir la severidad de la dermatitis por contacto.^{(61, 62, 63,64).}

Cuando se utiliza la hipnosis como terapia adjunta ésta puede mejorar el tratamiento de la psoriasis. Un estudio doble ciego que utilizó hipnosis como una terapia adjunta mostró significancia estadística al mejorar a los pacientes hipnotizados en comparación con el grupo control. Otros reportes han sido estudios de caso o respuestas anecdóticas. Kenneth Wingrove-Gibbons, especialista en enfermedades de la piel y famoso por sus éxitos en el tratamiento de pacientes con psoriasis, utiliza a menudo la hipnoterapia junto a la psicoterapia. En su opinión la hipnoterapia es una de las terapias más efectivas para enseñar al paciente a relajarse y a controlar el estrés, y puede ser enseñada con mucha facilidad y servir así como valiosa terapia de autoayuda^(109, 49)

La hipnosis ha ayudado a muchos enfermos con psoriasis y artritis psoriásica, a quienes les ha permitido aliviar el dolor, controlar el prurito, tratar los factores relacionados con el estrés que conllevan estas enfermedades y el insomnio y descubrir la causa de la afección. Pero lo que es probablemente más importante, es que los ha ayudado, mediante el poder de la sugestión, a estar más seguros de sí mismo, un componente esencial en el proceso curativo.⁽⁶⁵⁾

2.4.2.1.3 Meditación



La palabra meditación significa cosas distintas para personas diferentes. En el pensamiento Occidental puede significar la acción de pensar acerca de una idea o concepto. Sin embargo, generalmente se refiere a una forma de vaciar y clarificar la mente. La meditación suele estar asociada a conceptos místicos y prácticas de culturas ancestrales orientales.⁽⁴⁶⁾ Existen varios tipos de meditación de acuerdo con diferentes escuelas; algunas de ellas están asociadas a prácticas religiosas. La meditación puede incluir ciertas técnicas como visualizaciones complejas o cánticos y sonidos conocidos como mantras. Por otro lado, la meditación también puede practicarse sin el hecho de pertenecer a alguna religión. La meditación es una actividad holística, ya que todos los sistemas están involucrados y se benefician de ella.⁽⁴⁶⁾

Es así como mediante la meditación, una persona puede relajarse, descansar y aliviar los trastornos relacionados con el estrés. La investigación sólo ha demostrado que disminuye la presión sanguínea y que puede hacer lo propio con el ritmo cardíaco, provocando la desaparición de la ansiedad y la depresión.⁽¹⁰⁹⁾

El mundo de la meditación y sus conceptos son el resultado de prácticas orientales, vinculadas con los místicos y con la religión. Es una forma alternativa de tratar el estrés, provocando la relajación natural del organismo. La meditación es una exploración visual, la armonización del cuerpo mental y físico con su fuerza espiritual^(109, 110).

2.4.2.1.4 Yoga



El yoga se define como una manera de alcanzar cierto grado de poder y control sobre el cuerpo y la mente. El yoga vincula el cuerpo y la mente a través de un esfuerzo físico y mental intenso. Se desarrolla un estado de concentración por medio de prácticas físicas rigurosas, que sirven para controlar el cuerpo y la respiración. El control se considera como un requisito previo para liberar el cuerpo y la mente de interrupciones y distracciones. Este poder surge a partir de tres zonas de desarrollo personal: 1) dominio del cuerpo a través de determinadas posturas; 2) control de la respiración a través de técnicas respiratorias; 3) capacidad de concentrarse por medio de técnicas mentales. ⁽⁴⁶⁾

El intenso esfuerzo produce una energía y un control que están disponibles para cualquier objetivo vital. Es así como se observa como consecuencia el disfrute de un mayor poder sobre ciertas áreas de su vida ⁽¹⁰⁹⁾ "Yoga es el medio que permite alcanzar lo que antes no era alcanzable". El yoga incide en la energía y en la voluntad. ⁽⁴⁶⁾

El yoga se ha practicado continuamente desde sus orígenes hace ya 4000 años, pero es sólo hasta el siglo XX que su uso se difunde más ampliamente. El yoga tiene un efecto en toda la persona, combinando los aspectos físico, mental y espiritual. La palabra "yoga" se deriva de una palabra sánscrita que significa "yugo" o "unión", y esto se refleja en el efecto global de las prácticas del yoga. Durante muchos cientos de años en la India, sólo un selecto grupo, como filósofos y personas de tipo intelectual junto con sus discípulos,

siguieron el camino de vida que enseñaba el yoga. A los líderes se les conocía como “yoguis” y fueron ellos quienes enseñaron a sus seguidores al transmitir sus conocimientos acumulados. Estos pequeños grupos de personas habitaban en cuevas o en bosques, y algunas veces un yogui vivía como un ermitaño. Durante muchos cientos de años, el yoga ha tenido efectos de gran alcance en la India. ^(46,39) Los fundamentos del yoga se definieron por un yogui llamado Patanjali, quién vivió alrededor del año 300 a.C. Fue un maestro muy respetado, ejerció una gran influencia en esa época, y la clasificación que realizó aún se usa en la actualidad. Estableció la práctica del yoga separada en ocho partes diferentes. Las primeras dos tienen relación con la forma de vida de la persona, la cual debe ser serena con los días dedicados a la contemplación, el estudio, el mantenimiento de la pulcritud, y a vivir de manera muy simple y en paz con los demás, cualquier cosa que incluya avaricia o codicia, etc., o que es dañina para los demás, tiene que evitarse. La tercera y cuarta parte tienen que ver con los asuntos físicos y contienen una serie de ejercicios diseñados para promover la paz e infundir energía tanto en la mente como en el cuerpo. Las cuatro secciones restantes tienen que ver con el avance del alma o espíritu y de las facultades mentales, buscando ser capaz de aislarse de las preocupaciones exteriores y de la vida aceptada comúnmente, así como la contemplación y la expansión de las facultades mentales con el conocimiento máximo conocido como *samadhi*. Éste es un cambio completo desde el punto de vista mental, que proporciona la realización final de la existencia. En épocas más recientes, el yoga estuvo disponible en la India a todas las personas, en un completo contraste con los siglos anteriores. Los médicos y maestros enseñaban yoga, y en la actualidad es una norma que todos los escolares reciban lecciones de algunos de los ejercicios. ⁽¹¹¹⁾

En nuestros días, la práctica del yoga no está limitada sólo a la India, teniendo millones de seguidores por todo el mundo. En la actualidad, hay disponibles cinco diferentes tipos de yoga: *raja yoga*, *jnana yoga*, *karma yoga*, *bakti yoga* y *hatha yoga*. Es este último sistema el que se conoce en Occidente, e incluye el uso de ejercicios y posiciones. Los otros métodos se concentran en asuntos como el control sobre la mente, el juicio y la inteligencia, o una forma de vida moralmente correcta. Estos otros métodos están considerados con la misma importancia por las personas dedicadas totalmente al yoga como una forma de vida.

Aunque algunas personas pueden tener pocos sentimientos espirituales o ninguno, la creencia básica del yoga es la importancia de las actitudes mentales para lograr un mejoramiento físico con el ejercicio. Debido a la transmisión a través de los medios de comunicación del tratamiento exitoso de un famoso violinista con un hombro lastimado, el yoga se volvió muy popular en todo el mundo. Antes de los años sesentas, se practicaba muy raramente, y sólo por personas que deseaban aprender más de las terapias orientales o que habían viajado o trabajado por esas regiones. ^(111, 46)

Se cree en el yoga que la esencia de vida del cuerpo, o *prana*, está contenida en la respiración. Mediante un cambio en la forma de respirar se pueden obtener resultados benéficos en la salud en general. Si una persona está en una condición emocional elevada o en un estado similar, esto tendrá un efecto en su respiración. Por lo tanto, si se controla o se altera la respiración, ésta promoverá sensaciones de paz y tranquilidad, tanto en el aspecto mental como emocional. Existe una gran variedad de ejercicios y cada uno tiene diferentes tipos de respiración, como el de la caja torácica, los hombros y el diafragma. Algunos de los movimientos y posturas que se usan se pensaron originalmente sobre la base de la observación de animales, ya que estos parecen ser aficionados a la relajación y a moverse con un mínimo de esfuerzo. Estas posturas, las cuales se mantienen por uno o dos minutos, se dirigen a incrementar la libertad de movimiento, a hacer consciente a la persona de las diversas partes del cuerpo y de cualquier tensión que está presente. No se pretende que la persona se canse físicamente o que la persona se exhiba ante otros. El propósito es concentrarse en el conocimiento de uno mismo. ⁽⁴⁶⁾

2.4.2.1.5 Danza



La terapia de movimientos de danza tiene el propósito de ayudar a las personas a resolver problemas muy arraigados, comunicándose con ellos y relatándolos a otras personas por medio de los movimientos físicos y la danza. ^(112,113,114)

La habilidad para expresar sentimientos internos profundos con el "lenguaje corporal" y los movimientos físicos, es innato en los seres humanos. Los niños pequeños se expresan de esta manera libremente y sin inhibiciones, y la danza resulta común a todas las razas y pueblos del presente y del pasado. Sin embargo, en las sociedades industriales modernas, muchas personas se sienten incapaces de comunicar sus problemas y temores, ya sea en forma verbal o física, y pueden reprimirlos a tal grado que se enferman. La terapia de movimientos de danza tiene el propósito de ayudar a las personas a explorar, reconocer y comprender los sentimientos y problemas que por lo general reprimen, así como a comunicarlos a otras personas. Esta terapia puede ayudar a resolver problemas emocionales y psicológicos, relacionados con el estrés, la ansiedad, la depresión, la adicción, los problemas relacionados con el abuso físico o sexual, y las deficiencias de aprendizaje. Con frecuencia, los niños responden muy bien a esta terapia, ya sea que tengan problemas de comportamiento o intelectuales, autismo u otras incapacidades mentales o físicas. ^(112,113,114)

Todas las personas de cualquier edad pueden participar en la terapia de movimientos de danza, ya que el propósito es experimentar movimientos físicos suaves que se encuentran

dentro de los límites de las capacidades de cualquier persona. El terapeuta puede sugerir algunos movimientos, pero espera animar a los pacientes a aprender a tomar la iniciativa. Con el tiempo, algunos grupos aprenden a hablar sobre los sentimientos y los problemas que emergieron al tomar parte en la terapia, y están más capacitados para darles solución. ⁽¹¹²⁾ Las sesiones de terapia de danza se organizan en algunos hospitales y guarderías. Esta forma de terapia se considera de beneficio especial para las personas que sufren de diversos padecimientos, en particular aquellas con problemas psicológicos y emocionales o que están en una situación mental desventajosa. ⁽¹¹⁴⁾

2.4.2.1.6 Terapia de arte



Esta terapia, practicada durante muchos siglos, ha sido aceptada por los médicos en los hospitales por su valiosa contribución en ayudar a los enfermos internos. Al igual que tantas otras actividades creativas, esta terapia sirve para liberarse del estrés y permite a la persona escapar de su mundo, expresar el enfado y la frustración y recuperar la energía. Esta forma de terapia de auto-expresión, como han confirmado muchos enfermos con psoriasis, facilita la expresión de las emociones, normalmente contenidas.

La energía creativa si no expresa, puede afectar negativamente la salud. Quién no ha intentado alguna vez escribir poesía, dibujar, pintar o llevar a cabo cualquier otro tipo de manifestación artística? No hay que esperar a que otro lo proponga, ni temer ser juzgado, ni tampoco excusarse por la falta de tiempo. Simplemente, hay que hacerlo. Es una oportunidad para la expresión personal y además libera el estrés.

2.4.2.1.7 Musicoterapia



Componer música siempre ha sido importante en todas las culturas y sociedades como un medio de expresión y comunicación personal. Muchas personas han experimentado los poderosos efectos de la música, la cual puede estimular sentimientos de tranquilidad o de excitación, de tristeza o de alegría. La terapia musical consiste en crear música usando una amplia gama de instrumentos musicales, así como la voz humana, como un medio de ayudar a las personas a comunicar sus sentimientos, temores y pensamientos más profundos. ⁽¹¹⁵⁾

La terapia musical puede ayudar a las personas que tienen una diversidad de padecimientos diferentes. En especial, es muy valiosa para ayudar a aquéllas con impedimentos intelectuales o dificultades de aprendizaje. Sin embargo, también se pueden beneficiar las personas que están incapacitadas físicamente de alguna manera, en especial aquéllas que necesitan mejorar su forma de respirar o aumentar su rango de movimientos. Las sesiones son conducidas por un terapeuta entrenado que tiene conocimientos de música, y el tratamiento está disponible en algunos hospitales. Muchos terapeutas trabajan en casas y en escuelas, y la demanda por el servicio excede en mucho el número de personas que trabajan en este campo. El tratamiento a seguir depende de la naturaleza de los problemas del paciente. Si la persona es un niño mentalmente incapacitado, que quizá no puede hablar, el terapeuta establece una relación mediante el uso de instrumentos, sonidos vocales y la experiencia compartida de la composición musical. Con un paciente que está físicamente incapacitado o que tiene problemas psicológicos o emocionales,

probablemente se adoptará un punto de vista diferente que incluya una mayor discusión.⁽¹¹⁵⁾

Ya que la mayoría de las personas reaccionan de alguna manera a la música y disfrutan la experiencia de la composición musical, por lo general esta forma de terapia es muy exitosa y benéfica. Cualquier persona se puede beneficiar con ella, y no se necesita tener ninguna habilidad, conocimiento o experiencia previos. La terapia musical es de gran ayuda para niños con incapacidades intelectuales o físicas.⁽¹²⁰⁾

2.4.2.1.8 Ejercicio



El ejercicio, la postura y una respiración correcta forman parte integral de la Naturopatía, ya que el esfuerzo sin tener en cuenta estos factores puede provocar lesiones.⁽³⁹⁾

Se dice que es necesario mover el cuerpo para mantenerse saludable. La inactividad y un estilo de vida sedentario significan que el cuerpo se deteriora con mayor rapidez y desarrolla diversos problemas de salud. Otro beneficio del ejercicio es su probada efectividad para reducir los efectos del estrés así como el aumento de la sensación de bienestar. En general, el ejercicio proporciona además un aspecto físico y mental más saludable. Los naturópatas recomiendan aumentar la cantidad de ejercicio de manera gradual, ya que esto mejora el ritmo cardíaco, pulmonar y muscular, además de la postura. Otro beneficio del ejercicio es su efecto sobre el concepto que tienen las personas de sí mismas. Se recomienda incorporar un tipo de ejercicio que produzca placer y que se pueda integrar al estilo de vida propio. Es necesario que antes de hacer ejercicio se caliente el cuerpo. Así mismo no es recomendable hacer ejercicio después de las comidas. En caso de

padecer alguna enfermedad física, se recomienda limitar el esfuerzo físico. El ejercicio se hace con mayor comodidad con ropa y calzado propios para hacer los movimientos. ^(39,46)

Cuando no se está en forma, tiende a experimentarse mayor letargo y falta de interés por el mundo y los demás. Una espalda recta refleja una expresión abierta, despierta y con energía. Por tanto, el ejercicio mejora la salud física y la autoestima al mismo tiempo. ⁽⁴⁶⁾

2.4.2.1.9 Relajación



Es importante descansar y relajarse. La relajación puede formar parte de la terapia psicológica. Las técnicas y clases de relajación pueden ser una parte importante de la autoayuda, ya que se aprende a enfrentarse al estrés en lugar de internalizarlo. Debido a que la psoriasis es un trastorno difícil de tratar por medio de la autoayuda, otro camino que se recomienda puede ser la ayuda profesional. En ocasiones la psoriasis está relacionada con dolencias, problemas digestivos, artritis. ⁽³⁹⁾

La relajación puede lograrse también con aromaterapia combinada con hidroterapia y es de gran beneficio para aliviar el estrés y los síntomas relacionados con éste, como ansiedad, insomnio y depresión. ⁽¹⁰⁹⁾

Para controlar el estrés puede ser útil beber té relajantes suaves como la manzanilla (*Chamomilla recutita*), el espliego (*Lavandula vera*), el toronjil (*Melissa officinalis*) o el tilo (*Tilia europea*). ⁽³⁹⁾

Los factores psicológicos juegan un papel importante en muchos desórdenes dermatológicos, dando lugar al uso de modalidades psicoterapéuticas en el tratamiento. Respecto a la psoriasis, los factores emocionales tienen una fuerte correlación con la aparición de esta enfermedad. Los mecanismos psicofisiológicos aún se desconocen, sin embargo el estrés y su reflejo en el sistema nervioso autónomo y el sistema inmunológico

podrían tener una gran importancia en el curso de la psoriasis. La relajación puede incidir en el sistema nervioso e inmunológico. ⁽¹⁰⁸⁾

2.4.2.2 Tratamientos “biológicos” complementarios

Las terapias biológicas en la medicina complementaria emplean sustancias que se encuentran en la naturaleza, como hierbas, alimentos y vitaminas. Algunos ejemplos incluyen el uso de los suplementos dietéticos,³ el uso de productos de herboristería, y el uso de otras terapias denominadas “naturales” aunque aún no probadas desde el punto de vista científico (por ejemplo, el uso de cartilago de tiburón en el tratamiento del cáncer).

2.4.2.2.1 Naturopatía



La Naturopatía también es clasificada por algunos autores como parte de las medicinas complementarias. En este apartado sólo se mencionará, ya que anteriormente se abordó su descripción (Ver sección 2.4.1.2).

2.4.2.2.2 Tratamiento nutricional



La dieta y el ejercicio son elementos vitales para lograr y conservar una salud óptima y la mayoría puede efectuar ajustes en estas áreas. La dieta y el ejercicio forman parte de la naturopatía, siempre y cuando este se encuentre dentro de los límites individuales indicados. (39)

Una dieta sana implica comer alimentos que proporcionen todos los nutrientes necesarios para el desarrollo corporal, la reparación de los tejidos, la energía para llevar a cabo procesos internos vitales y seguir estando en forma y activo. Comer para estar sano no implica emprender una dieta exigente y complicada, ni adoptar nuevas modas. Una dieta sana debe resultar agradable. La alimentación debe incluir elementos esenciales, como hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. La dieta equilibrada es sinónimo de salud. (46)

Los alimentos frescos y no procesados constituyen el principal tratamiento dietético. Hay épocas en que estos deben ser suplementados con el fin de aumentar la vitalidad hasta un nivel en el que la autocuración pueda tener lugar. (39) Se ha dicho que los jugos son buenos auxiliares para el cuerpo y sus funciones. Las plantas, verduras o frutas frescas previamente lavadas, se exprimen a mano o mecánicamente para sacar el jugo. Una cucharadita del mismo, se diluye en unas pocas cucharadas de agua y se toma 3 veces al día, media hora antes de cada comida. Otros jugos se toman en forma pura, esto es, sin necesidad de haberlos diluido. (37)

Al preparar los alimentos debe procurarse la conservación de las características originales de estos, de modo que es preferible elegir cocinarlos al horno o a la plancha en lugar de freírlos.

Dentro de la dieta también se encuentran los suplementos alimenticios, como los ácidos grasos esenciales. Para casos con psoriasis, hay evidencia de que el aceite de pescado, el aceite de borage es efectivo, así como para pacientes con psoriasis en placas crónica y eritrodermia.

Para la psoriasis crónica, la cantidad promedio del aceite de pescado es igual a 6 a 15 gramos por día, o alternativamente comer pescado tres veces por semana. Aunque no hay efectos adversos excepto una mala respiración, muchos pacientes encontraron difícil tomar tales cantidades de aceite de pescado diariamente. Por otro lado, los pacientes que tomaron el suplemento de aceite de pescado mostraron un decremento en los linfocitos CD25, los cuales juegan un papel importante en las enfermedades crónicas. ⁽⁴⁷⁾

Un consejo de la Naturopatía es respecto a la dieta es eliminar las comidas sospechosas de modo rotativo; dejar de comer cada grupo de alimentos durante un par de semanas. Se puede tomar vitamina A en dosis bastante elevadas durante un período breve (hasta 7,500 UI diarias durante 2-3 semanas), pero ésta se almacena en el hígado y puede resultar tóxica en cantidades excesivas. Durante un periodo prolongado, un suplemento multivitamínico puede producir un efecto más suave pero menos peligroso. ⁽³⁹⁾

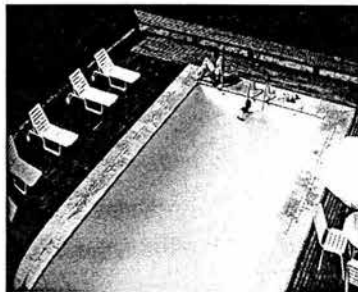
2.4.2.2.3 Balneoterapia



Otro elemento que se incluye en la naturopatía es la balneoterapia, que se refiere a la utilización del agua por diversos métodos de tratamiento.

Existen tres tipos de balneoterapia: la hidroterapia, la talasoterapia y la enoterapia.

2.4.2.3.1 Hidroterapia



La hidroterapia es el uso de agua para curar y aliviar una gran variedad de padecimientos. Las propiedades curativas del agua han sido reconocidas en forma notable desde tiempos ancestrales, por las civilizaciones Griega, Romana y Turca, pero también en China y algunos otros pueblos de Europa.

La mayoría de las personas reconocen los beneficios de un baño caliente para relajar el cuerpo, aliviar el dolor y la rigidez muscular, ayudando a lograr un sueño más reparador. El vapor o el agua caliente causa vasodilatación, se abren los poros de la piel, se estimula la transpiración y se relajan las extremidades, además de ser refrescante y revigorizante. El frío causa vasoconstricción y que la sangre se desvíe a los tejidos y órganos internos para mantener la temperatura adecuada en el cuerpo. Los fomentos de agua fría o hielo reducen las inflamaciones y las contusiones, y hacen que los poros de la piel se cierren. En la medicina ortodoxa, la hidroterapia se usa como una técnica de fisioterapia para personas en recuperación de lesiones serias con problemas de pérdida de tejido muscular. Asimismo, se usa en personas con problemas en las articulaciones y con incapacidades físicas severas. Muchos hospitales también ofrecen a las madres embarazadas la opción de un nacimiento en el agua, siendo éste un método de nacimiento cada vez más popular. La hidroterapia se puede ofrecer en la naturopatía como una forma de tratamiento para condiciones médicas, usando las técnicas mencionadas anteriormente. Sería muy conveniente obtener consejo médico antes de proceder con la hidroterapia, siendo esto algo muy importante en el caso de personas de edad avanzada, niños o aquellas personas con enfermedades o problemas serios. ⁽³⁹⁾

Al bañarse mucha gente ha experimentado los beneficios de relajarse en un baño caliente al que se le ha añadido una preparación con perfume. La mayoría de estas preparaciones contienen aceites esenciales utilizados por la aromaterapia. La adición de gotas de un aceite esencial al agua para el baño es calmante y relajante, alivia dolores y molestias y también puede tener un efecto estimulante, desvaneciendo el cansancio y restaurando la energía. Además, hay otro beneficio al inhalar los vapores de los aceites al estarse evaporando del agua caliente.

Respecto al tratamiento para la psoriasis con hidroterapia se recomienda un baño con agua templada y manzanilla (*Matricaria recutita*) o agregar sal al agua.⁽⁴⁷⁾

2.4.2.2.3.2 Talasoterapia

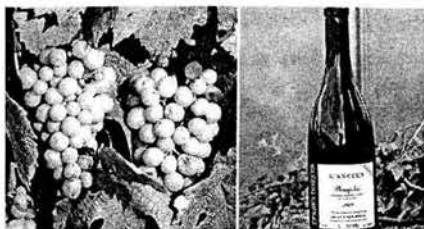


La talasoterapia es el uso terapéutico de los baños de agua de mar y de los climas marítimos.⁽⁸⁰⁾ La zona del Mar Muerto es un lugar de tratamiento conocido para la psoriasis, ya que las sales minerales del mar actúan junto con los rayos del sol. Actualmente estas sales están disponibles en muchos países y se pueden incorporar al baño o al lavabo para lavar zonas más pequeñas.⁽³⁹⁾

Se ha encontrado evidencia del beneficio de las aguas hipotónicas ricas en sulfato utilizadas ocasionalmente para tratar la psoriasis en balnearios. En un estudio⁽⁶⁷⁾ en donde participaron voluntariamente diez sujetos entre 23 y 58 años de edad quienes presentaban psoriasis simétrica bilateral el 40% de la superficie corporal. Todos los sujetos fueron sometidos al siguiente tratamiento:

1) inmersión de ambos brazos en el agua dos veces al día (el brazo derecho fue inmerso en el agua del spa en su fuente natural a una temperatura de 27.2 grados centígrados) por treinta minutos y el brazo izquierdo fue inmerso en agua doblemente destilada por 30 minutos a una temperatura constante de 27 grados centígrados. 2) Ambos brazos fueron expuestos al sol por 60 minutos después de cada inmersión. 3) Se aplicaron libremente cremas hidratantes y vaselina. El tratamiento tuvo una duración de 4 semanas y fue bien tolerado por todos los sujetos. La respuesta al tratamiento fue evaluada por medio del PASI –Índice de Área y Severidad de la Psoriasis. Seis de los diez sujetos fueron voluntarios para participar en una biopsia cutánea de piel lesionada antes y después de las cuatro semanas de tratamiento para evaluar las modificaciones de la infiltración cutánea en las áreas tratadas. Al término de las cuatro semanas el promedio de la puntuación del PASI de los brazos izquierdos fue igual a 5.72 (rango 4-9.6) mientras que los brazos derechos tuvieron un promedio de PASI igual a 5.56 (rango de 3.2). Al final del estudio, el promedio del puntaje PASI fue 0.78 para los brazos tratados con el agua Leopoldina del spa y 2.83 para los brazos tratados con agua doblemente destilada. El promedio de mejoría del puntaje del PASI debido a las aguas del spa fue igual a 85.9% mientras que con el agua doblemente destilada en los brazos el promedio de mejoría en el puntaje del PASI fue de 50.5%. Un estudio inmunohistológico mostró diferencias significativas entre las muestras cutáneas tomadas cuatro semanas después del tratamiento y aquellas tomadas antes del tratamiento con agua del spa. Hubo decrementos significativos en el número de linfocitos T epidérmicos CD4+ y CD8+ así como en las células de Langerhans CD1a+ (ICAM-1 e interleucina -8 así como la expresión dérmica de CD4+ y los linfocitos T CD8+. Finalmente estos datos muestran el potencial anti-inflamatorio de los efectos de las aguas minerales Leopoldinas en la piel humana afectada por psoriasis.

2.4.2.2.3.3 Enoterapia



Históricamente, el vino ha sido conocido como el elixir de los dioses y no termina de sorprender a la humanidad. Además de sus bondades degustativas, se suman insondables beneficios para la salud, la belleza y el espíritu, que brinda a las personas a través de la enoterapia.

La forma en que se utiliza es a través de baños corporales con vino o mostos de chardonnay y cabernet sauvignon, en donde la persona se sumerge en una tina con cubos y orujo de uva y aguas termales a temperatura media durante 20 minutos. De esta forma se sienten los efectos revitalizantes de la uva que se traducen en una piel más fresca y losana. Quienes se han sometido a este tipo de terapia aseguran haber rejuvenecido al menos cinco años.⁽⁸¹⁾

2.4.2.2.4 Aromaterapia



La aromaterapia es un método de curación que utiliza aceites esenciales muy concentrados, que son extraídos de las plantas. Cualquier parte de una planta (los tallos, hojas, flores, frutas, semillas, raíces o corteza) puede producir aceites esenciales o esencias. El arte y los escritos de antiguas civilizaciones de Egipto, China y Persia muestran que las esencias de las plantas fueron utilizadas y apreciadas por los sacerdotes,

médicos y curanderos. Las esencias de las plantas se han usado a través de los años para curación, en incienso para rituales religiosos, en perfumes y ungüentos para embalsamar y con propósitos culinarios. Hay muchas referencias bíblicas que ofrecen conocimientos en los usos de aceites de plantas y el alto valor que se relacionaba con ellos. A través de la historia humana se han reconocido las propiedades curativas de las plantas, así como de sus aceites esenciales y la mayoría de la gente probablemente tiene algún conocimiento acerca de su uso^(39,46)

Los aceites esenciales son absorbidos vía inhalación y vía cutánea, a través de la piel, logrando influencias curativas y benéficas en los tejidos y órganos internos. Los aceites utilizados para masajes primero son diluidos, mezclándolos con una base y nunca deben ser aplicados directamente a la piel en su forma pura, ya que podría producirse una reacción alérgica.⁽³⁹⁾

Los aceites serán seleccionados específicamente para compaginar con el temperamento del paciente y también para tratar con cualquier problema médico o emocional en particular que pudiera estarle causando problemas.

Se cree que la inhalación es la forma más directa y rápida de tratamiento. Esto se debe a que las moléculas del aceite esencial volátil actúan directamente en los órganos olfativos y se perciben inmediatamente por el cerebro. Un método popular es el de la inhalación de vapor, el cual ha sido reconocido desde hace mucho tiempo, y que consiste en agregar algunas gotas de aceite esencial al agua caliente vertida en un recipiente. La persona se sienta con la cara encima del recipiente de agua caliente que contiene la mezcla y cubre su cabeza, su cara y el recipiente con una toalla, de tal forma que los vapores no se escapen. Algunos aceites esenciales pueden aplicarse directamente a un pañuelo o a una almohada y de esta manera inhalar los vapores⁽⁴⁶⁾

La inhalación con aceites esenciales ha sido reconocida ampliamente como una forma para aliviar los síntomas de resfriados y gripes, y también, de ser muy benéfica para la piel grasosa. Sin embargo, la inhalación de vapor debería ser evitada por asmáticos, a menos de que estén bajo la supervisión de un médico, ya que el vapor ocasionalmente puede irritar los pulmones. Las compresas son efectivas en el tratamiento de una gran cantidad de molestias, dolores musculares y reumáticos, además de equimosis y dolores de cabeza.

Muchos trastornos de la piel cabelluda, como dermatitis seborreica, responden a la aromaterapia utilizando recetas específicas de aceites esenciales diluidos en una base de aceite nutritivo.

Los aceites esenciales para la cara se deben mezclar con aceites base en la misma forma que se hizo para los masajes, la diferencia principal es que deben utilizarse aceites más nutritivos como el albaricoque, la almendra y aguacate en lugar de aceites vegetales ordinarios. La mayoría de los aceites esenciales tienen propiedades antisépticas y pueden ser utilizados para tratar patologías de la piel. Ciertos aceites son anti-inflamatorios y tienen un efecto calmante. En general, la aromaterapia puede mejorar la piel al facilitar la expulsión de toxinas a través de ella, estimulando el crecimiento de las células y la renovación y mejoramiento de la circulación. La selección de los aceites es totalmente a elección del individuo, dependiendo del efecto deseado.

El modo de acción de los aceites esenciales, ha sido un tema de investigación, existe una falta de conocimiento acerca de cómo funcionan los aceites esenciales en el cuerpo al producir sus efectos terapéuticos. Es bien sabido que los aceites esenciales individuales poseen propiedades estimulantes, antisépticas, antibióticas, sedantes, tónicas y se cree que actúan en armonía con las defensas naturales del cuerpo, como el sistema inmunológico.

Se puede mejorar una gran cantidad de condiciones y trastornos con el uso de la aromaterapia, la cual es considerada como una forma de tratamiento moderado, adecuado para todas las edades. En especial, es de gran ayuda para las condiciones crónicas de larga duración y los terapeutas creen que el uso de aceites esenciales evita el avance de algunas enfermedades. Algunos padecimientos que se pueden aliviar mediante la aromaterapia incluyen alteraciones articulares, respiratorias, digestivas, urinarias, y cutáneas.

Existe evidencia en el tratamiento de la psoriasis con aromaterapia de que los aceites esenciales ayudan a reducir la inflamación, además pueden ser útiles al aplicarlos localmente y también reducen los niveles de estrés. ^(39,55)

Así mismo, se ha observado que la aromaterapia reduce el prurito y la xerosis, reduce el estrés y promueve la curación cuando la condición se deteriora, induce a la relajación y a un sueño pacífico, mejora la sensación total de bienestar. Los aceites esenciales para la psoriasis incluyen bergamota, lavanda, melisa, jazmín, geranio y sándalo. ⁽⁵⁵⁾

Actualmente no hay evidencia en investigación disponible sobre aromaterapia y psoriasis. ⁽⁴⁹⁾

2.4.2.2.5 Remedios caseros o domésticos



Los *remedios caseros o domésticos* forman parte de los métodos de tratamiento utilizados en la naturopatía. Por ejemplo, el uso de compresas o fomentos, que consiste en escurrir una toalla pequeña previamente mojada y aplicarla sobre la zona afectada. Alternando las compresas frías y calientes, en general las calientes, se aplican durante 3 a 5 minutos y las frías hasta 1 minuto, con esto la circulación local puede estimularse en gran medida. Para personas con exceso de peso es mejor la aplicación de compresas frías. Así mismo en la ducha pueden obtenerse efectos similares al cambiar la temperatura del agua; también se puede salpicar agua fría sobre el cuerpo después de un baño caliente. Otro remedio son los baños de asiento, que actúa sobre la zona pélvica y abdominal; primero es preciso sentarse en un baño caliente y después pasar a uno frío durante un lapso breve. ⁽³⁹⁾

Además de estos enfoques, respecto a la salud y la curación, las terapias naturales van desde aquellas que funcionan principalmente a través del cuerpo, como el masaje, la osteopatía, la quiropráctica y la fisioterapia, pasando por las que se ocupan del equilibrio de la energía como la acupuntura, la reflexología y el shiatsu hasta las que presentan un enfoque mental o emocional, como la hipnoterapia, la psicoterapia y el trabajo en grupo.

Cada una tiene sus virtudes y defectos propios, cada una intenta restaurar el equilibrio desde una perspectiva particular.⁽³⁹⁾

Las plantas medicinales pueden prepararse de varias formas, esto depende de que su uso sea interno o externo, de la enfermedad que se quiere curar y de las características de la planta misma. A continuación se describen las diferentes formas de preparación.⁽³⁷⁾

Infusión: Se pone una cucharadita de la planta seca, hojas u otras partes frescas de la planta, en una taza en la que se vierte agua hirviendo. Se deja reposar de 5 a 20 minutos, después se cuela y según el gusto se endulza, de preferencia con miel de abeja.

Decocción: Se coloca una cucharadita de hierba (hojas, flores, raíces, secas o frescas) en un pocillo esmaltado, que no sea de aluminio, con una taza de agua fría. Se calienta y se deja hervir durante 2 a 10 minutos a fuego lento. Se cuela al final y se endulza al gusto.

Maceración: Se pone una cucharadita de hierbas secas o frescas en una taza de agua fría y se deja reposar durante 8 a 12 horas, a la temperatura ambiental. Luego se mezcla, se calienta ligeramente, se cuela y se endulza.

Compresas: Son para uso externo. Se pone a hervir de una a dos cucharadas de la hierba seca o fresca en una taza de agua y luego se cuela. Con un trozo de tela de algodón lino o gasa, se hace la compresa, se sumerge en la solución y, después de exprimirla para eliminar el exceso de líquido, se coloca sobre las partes afectadas, mientras esté caliente. Cuando se enfría o seca la compresa se repite el proceso tan pronto como sea posible, hasta completar de 20 a 30 minutos de tratamiento. Las compresas pueden servir también para aplicar infusiones, maceraciones y tinturas.

Cataplasma: Son para uso externo. Se machacan las partes frescas de la planta, se extienden sobre una tela de algodón, lino o gasa y se colocan sobre las partes afectadas. En algunos casos se hierve la planta y se puede aplicar directamente sin tela.

Jabones: Se usan para el tratamiento de varias enfermedades de la piel, para heridas, o simplemente para cuidar la higiene. El método más común es cuando se hierven a fuego lento unos 100 gramos de la hierba en un litro de agua, hasta que se evapora la mitad. Se cuela, se exprime y se pone a hervir el cocimiento o decocción a fuego lento mientras se le agrega un jabón neutro de 400 gramos, rallado, hasta que el jabón se disuelva completamente. Se mezcla bien y luego se vacía la mezcla caliente en moldes y se deja enfriar. Para que el extracto de la hierba se distribuya homogéneamente y para que el jabón

tenga buena forma, a veces es necesario amasarlo mientras se está enfriando. De este modo se pueden hacer jabones de sábila, de manzanilla, de romero, de avena, etc.

Jarabes: Los extractos de las plantas medicinales tienen con frecuencia un sabor amargo, por lo que no son muy aceptables sobre todo por los niños. Para darles mejor sabor se hacen jarabes, fáciles de ingerir.

Ungüentos: Para uso externo. Se ponen a hervir lentamente de una a dos cucharadas de hierba en 200 gramos de vaselina pura (vaselina sin ácido), durante 3 minutos. Se mezcla bien el concentrado, se filtra y se deja enfriar en su envase definitivo.

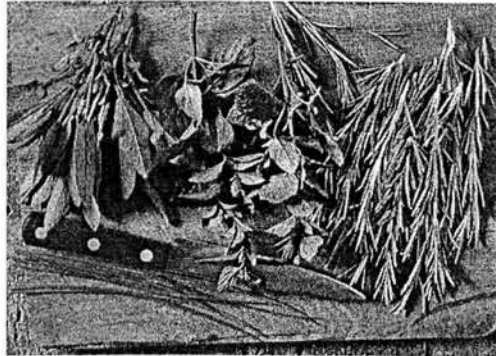
Aceites: Para uso tanto interno como externo se toma un puñado de hierba fresca o seca y se la sumerge en medio litro de aceite de oliva u otro aceite vegetal comestible. Se deja la mezcla expuesta al sol en un frasco de vidrio transparente y sin color, durante 2 o 3 semanas. Después se filtra y se saca la espuma y la capa acuosa que ha quedado encima. Los aceites vegetales necesitan conservarse en frascos de vidrio color ámbar, bien tapados, en un lugar fresco y fuera de la luz directa.

Tintura: Para uso interno y externo. Se mete la hierba, de preferencia fresca, en un frasco de vidrio color ámbar, se le agrega una solución hidroalcohólica (de alcohol no desnaturalizado de 96°, diluido con agua hervida, purificada o de preferencia destilada), hasta que la solución cubra la hierba. Se tapa bien el frasco, se le agita y se le deja reposar de 2 a 4 semanas fuera del sol, se filtra y se guarda en un frasco color ámbar.

Vino medicinal: Se prepara según el mismo principio, sustituyendo la solución de agua y alcohol con un vino de buena calidad (los vinos más baratos contienen mucho azufre y otras sustancias conservadoras), de preferencia un vino tinto, un vino blanco seco o un jerez. En algunos casos se emplea el brandy. Del vino se toma una copita 3 veces al día, media hora antes de las comidas. Se pueden agregar hierbas medicinales al vinagre y se le puede utilizar después de haberse dejado reposar expuesto al sol durante dos semanas.

Microdosis: Se han observado experiencias muy positivas y alentadoras con varias plantas medicinales y productos farmacéuticos cuando se han empleado en forma de lo que se denomina "microdosis". Esta se prepara diluyendo una dosis normal de la hierba o de la medicina correspondiente en un litro de alcohol al 30% o al 60%.

2.4.2.2.6 Herbolaria



Hay quienes ubican a la herbolaria y a la aromaterapia como parte de las terapias biológicas ⁽⁴⁹⁾, otros aseguran que éstas son parte de la naturopatía. ⁽³⁹⁾

La herbolaria es un sistema completo de curación y prevención de enfermedades. Es la forma más antigua y más natural de medicina. Su historial de eficacia y seguridad abarca siglos y cubre todos los países del mundo. La herbolaria herbal ofrece soluciones reales a problemas que al parecer no se pueden tratar mediante la intervención farmacéutica. ⁽⁴⁶⁾

En antiguas civilizaciones, el alimento y la medicina estaban relacionados, así que se comían muchas plantas por sus propiedades que favorecían la salud. En el antiguo Egipto, a los trabajadores esclavos se les daba una ración diaria de ajo para ayudar a combatir muchas fiebres que eran comunes en ese tiempo. Los primeros registros escritos de hierbas y sus propiedades benéficas fueron recopilados por los antiguos egipcios. La mayor parte de nuestro conocimiento y el uso de las hierbas se remontan a los sacerdotes egipcios, quienes también practicaban la medicina herbal. Registro que se remontan a, 1500 a.C. muestran listas de hierbas medicinales, incluyendo alcaravea y canela ⁽³⁹⁾

Los antiguos griegos y romanos también aplicaron la medicina herbal y a medida que invadieron nuevas tierras, sus doctores encontraron nuevas hierbas e introdujeron en otras áreas hierbas como el romero o la lavanda. Otras culturas con una historia de medicina

herbal son los chinos y los hindúes. En Gran Bretaña, el uso de las hierbas se desarrolló junto con el establecimiento de monasterios por todo el país, cada uno de los cuales tenía su propio jardín de hierbas para usarse en el tratamiento tanto de los monjes como de la gente de la localidad. En algunas áreas, en particular en Gales y Escocia, se cree que los druidas y otros curanderos celtas tenían una tradición oral de la herbolaria, en la que la medicina se mezclaba con la religión y los rituales. ⁽¹¹⁷⁾

A través del tiempo, estos curanderos y su conocimiento condujeron a la escritura de los primeros libros sobre la herbolaria, la cual rápidamente aumentó en importancia y difusión con la llegada de la imprenta en el siglo XV. John Parkinson, de Londres, escribió un libro sobre herbolaria alrededor del año 1630 encontrando una lista de plantas útiles. Muchos herbolarios establecieron sus propias boticas, incluyendo al famoso Nicholas Culpepper (1616-1654) cuya obra más famosa es *La herbolaria completa y el médico inglés, aumentada*, publicada en 1649. Después, en 1812, Henry Potter inició un negocio para suministrar hierbas y dar tratamientos como sanguijuelas. Para este tiempo, una cantidad inmensa de conocimiento tradicional y folklore sobre hierbas medicinales estuvo disponible de Gran Bretaña, Europa, Medio Oriente, Asia y el Continente Americano. Esto alentó a que Potter escribiera la *Enciclopedia de drogas y preparaciones botánicas de Potter*, que se sigue publicando en la actualidad.

En las áreas rurales, la medicina herbal continuó floreciendo en el folklore local, las tradiciones y las prácticas. En 1854, la Asociación (posteriormente Instituto) Nacional de Herbolarios Médicos se estableció para organizar la capacitación de los profesionales de la medicina herbal y para mantener las normas de la práctica. De 1864 hasta la primera parte de este siglo, el Instituto combatió los intentos para prohibir la medicina herbal y a medida que el tiempo ha transcurrido el interés del público por este tipo de medicina ha aumentado, especialmente durante los últimos veinte años. Este alejamiento respecto a las medicinas sintéticas se debe en parte a los posibles efectos secundarios, a la mala publicidad, y en algunos casos, a la falta de confianza en las industrias médica y farmacológica. La aparición de los remedios herbales ha llevado a un aumento del apoyo y la popularidad. Algunas hierbas provenientes de América se han incorporado con remedios comunes y la investigación científica sobre las hierbas y sus ingredientes activos ha confirmado su poder curativo y ha aumentado la gama de hierbas medicinales que se usan en la actualidad. ⁽¹¹⁷⁾

La medicina herbal se puede considerar como el precursor de la farmacología moderna, pero en la actualidad continúa siendo un método efectivo y más natural para el tratamiento y prevención de enfermedades.⁽⁴⁶⁾

La eficacia de la herbolaria más evidente se ha observado en los problemas relacionados con el sistema nervioso. El estrés, la ansiedad, la tensión y la depresión están relacionados íntimamente con la mayoría de las enfermedades. De hecho, siempre que el sistema nervioso voluntario (nuestra ansiedad consciente) interfiere con los procesos autónomos (la regulación nerviosa automática que en la salud nunca es consciente), el resultado es la enfermedad.

Los herbolarios confían en su conocimiento de los remedios botánicos para rectificar este tipo de mal funcionamiento humano. El herbolario médico tratará un problema dermatológico persistente usando hierbas o plantas específicas para el problema de la piel, luego aplicará los estimulantes circulatorios y ayudará a la remoción de toxinas en el área, con remedios para reforzar otros órganos de eliminación, tales como el hígado y los riñones. Las hierbas, están libres de toxicidad y hábito. Ya que son sustancias orgánicas y no moléculas sintéticas hechas por el hombre, poseen una afinidad con el organismo humano. Son extraordinariamente eficientes para equilibrar el sistema nervioso. La restauración de la sensación de bienestar y relajación es necesaria para la salud óptima y para el proceso de autocuración.⁽¹¹⁷⁾

La selección de un tratamiento debería basarse en una evaluación completa de la salud. El herbolario preparará y prescribirá remedios herbales en una variedad de diferentes formas, tales como infusiones, téis ligeros, supositorios, inhalantes, lociones, tinturas, tabletas y píldoras. Muchas de estas se pueden usar en casa adquiriéndolas en farmacias y tiendas naturistas.

Para el tratamiento de la psoriasis con herboterapia, se parte de la idea de que hay una mala función hepática aunada al estrés. Por tanto, se consideran útiles las hierbas como el *Rumex crispus* y la raíz de diente de león (*Taraxacum officinale*). Estas hierbas pueden

combinarse y cocerse para estimular el flujo biliar de forma que se eliminen toxinas de todo el sistema. La ortiga (*Urtica dioica*) también es considerada como una planta que favorece la purificación. Usualmente se recomienda beber el jugo de la planta o preparar una infusión con amor de hortelano (*Galium aparine*) para obtener un mayor efecto. La piel engrosada puede eliminarse frotándola con harina de avena fina húmeda. Otra planta muy recomendada es la maravilla (*Caléndula officinalis*) en forma de crema o ungüento, la cual reduce la inflamación. También se conoce el trébol rojo (*Trifolium pratense*).^(39, 117)

Así mismo, el *aloe vera* es utilizado en las terapias herbales tanto de forma oral como tópica para desórdenes dermatológicos como la psoriasis.⁽⁴⁹⁾ En un estudio controlado doble ciego al azar y placebo (n=60) de pacientes con psoriasis en placa crónica, se aplicó tópicamente crema hidrofílica de aloe vera al 0.5% tres veces al día y se comparó con el grupo placebo. Al final de la semana dieciséis, el grupo experimental tuvo una limpieza del 82.8% de las placas psoriásicas, en comparación con el 7.7% del grupo placebo. No hubo efectos adversos ni pérdidas en el estudio. En la literatura revisada sobre tratamientos orales y tópicos con *aloe vera* para una variedad de condiciones, no se reportan efectos tóxicos o recaídas causadas por los efectos adversos. Algunos pacientes han experimentado quemaduras, dermatitis de contacto o prurito después de la aplicación tópica, todo lo cual fue reversible después de discontinuar el tratamiento.^(51,52) Otra planta que ha sido utilizada por la medicina tradicional en forma de extracto es la *Mahonia aquifolium* para curar varias enfermedades de la piel, incluyendo la psoriasis. Utilizando sistemas celulares cultivados in vitro, se encontró que el extracto inhibe las enfermedades inflamatorias de la piel tales como la psoriasis.⁽⁵³⁾ Otra hierba que se ha utilizado es la *Silybum marianum*, la cual tiene una larga tradición para desórdenes que afectan al hígado. Es benéfica para los pacientes con psoriasis por su habilidad para mejorar la remoción de endotoxinas por el hígado, así como por inhibir la fosfodiesterasa AMPc e inhibir la síntesis de leucotrienos. Usualmente la leche se da tres veces al día de forma oral en cápsulas, aproximadamente en una dosis de 100 a 300 mg.⁽⁵⁴⁾

2.4.2.2.7 Iridología



Un ojo sano es claro, sin signos de inflamación o decoloración

La iridología es un procedimiento de diagnóstico descubierto en el siglo XIX por el húngaro Ignatz von Peczley, quien diseñó el primer gráfico del iris utilizado para el diagnóstico. La teoría científica es que el iris del ojo se divide en 12 secciones, cada una de las cuales está relacionada con 5-10 partes del organismo. Los problemas de salud se transmiten y quedan impresos en el iris. Esta técnica es particularmente útil para descubrir los problemas que aún no se han manifestado, puesto que permite instaurar una terapia preventiva.

La iridología es una técnica de diagnóstico muy similar a la prueba electromagnética. Su utilización es más frecuente por los médicos y los hospitales de Europa y resulta especialmente útil como técnica preventiva. Las personas con psoriasis pueden conocer más profundamente sus problemas generales de salud, los cuales pueden llegar a afectar la piel.

2.4.2.2.8 Orinoterapia



La orinoterapia, también conocida como urinoterapia, parte del principio que afirma que nuestro organismo expulsa a través de la orina la clave para la curación de un gran número de enfermedades, entre ellas el cáncer. Así lo afirma al menos un grupo de investigadores mexicanos dirigido por el Dr. Salvador Capistrán que desde hace años trata con buen resultado neoplasias mediante vacunas personalizadas que se elaboran a partir de los antígenos específicos que existen en la propia orina de los enfermos. Una terapia que se debe al descubrimiento que en ese sentido hizo algún tiempo el también investigador mexicano Maximiliano Ruiz Castañeda, fallecido en 1990 a los 92 años de edad. ⁽⁷⁵⁾

2.4.2.3 Terapias de manipulación

2.4.2.3.1. Masaje



Tocar una parte adolorida del cuerpo, como una torcedura, constituye la base del masaje. En el Lejano Oriente, desde el año 3000 a.C.; se usaba el masaje como terapia, haciendo

de éste uno de los más antiguos tratamientos usados para los seres humanos. En el año 5 a.C., en la antigua Grecia, Hipócrates recomendaba que para mantener la salud, se debería recibir diariamente un masaje con aceites, luego de un baño perfumado. Los terapeutas griegos lo usaron bastante para tratar personas que sufrían de dolor y rigidez en las articulaciones. Los poderes de relajación y curación del masaje se han documentado muy bien durante los últimos 5,000 años. ^(39,46,116)

El valor terapéutico de aplicar aceites y frotar algunas partes del cuerpo para disminuir el dolor y prevenir las enfermedades, fue reconocido entre las civilizaciones antiguas del Mediterráneo. En la antigüedad, las esencias de aceites casi siempre se usaban para dar masajes, creando una forma antigua de masaje con aromaterapia.

El masaje incrementó su popularidad cuando, en el siglo XIX, Per Henrik Ling, un académico y maestro de esgrima sueco, creó el fundamento para lo que ahora se conoce como el masaje sueco. El masaje sueco es una combinación de efectos relajantes y ejercicios que funcionan sobre las articulaciones y los músculos, y todavía está basado en la forma en que se practicaba en la antigüedad. En épocas más recientes, en los años setentas, se publicó una obra titulada *El libro del Masaje*, por George Downing, la cual introdujo un nuevo concepto en la técnica general del masaje; ésta afirmaba que se debería tomar en cuenta por parte del terapeuta todo el estado general de la persona y no únicamente el aspecto físico. El estado mental y el emocional deberían ser parte del cuadro general. También combinó en su forma de masaje los métodos usados en la reflexología y en el shiatsu. El propósito de éste es usar la relajación, la estimulación y la revigorización para promover la buena salud.

El masaje se usa por lo común para inducir la relajación general, de manera que cualquier tensión o estrés experimentado en las prisas de la vida diaria se pueda suavizar y eliminar. Se ha visto que es muy eficaz para tratar la mente tanto como el cuerpo. Se puede usar para tratar a las personas con hipertensión, sinusitis, dolores de cabeza, insomnio e hiperactividad, incluyendo a las personas que padecen de problemas cardiacos y trastornos circulatorios. En un nivel físico, el masaje se usa para ayudar al cuerpo a aprovechar los alimentos y a eliminar los materiales de desperdicio, así como a estimular el sistema nervioso, el sistema muscular y la circulación sanguínea. ⁽¹¹⁶⁾

Además del elemento de diagnóstico del masaje, existen excelentes beneficios psicológicos, como el gozo del tacto y el de ser tocado y acariciado por otra persona. Durante un masaje, el paciente es llevado poco a poco de un estrés emocional y ocupacional, a la intensidad del aquí y el ahora. La importancia de este tipo de comunicación no verbal del individuo a individuo, nunca debe ser menospreciada en nuestra sociedad de aislamiento cada vez más impersonal.

El masaje tiene una amplia variedad de usos para una diversidad de desórdenes. Su poder se encuentra en el alivio de la tensión y el estrés, en la inducción de la relajación y la serenidad, además del contacto físico del terapeuta. Aunque los médicos usan esta terapia en conjunto con la medicina ortodoxa, en sí misma no se considera recomendable como cura para enfermedades, y si esta fuera el caso, quizá pudieran ocurrir problemas serios.

(116)

El masaje afecta a todo el cuerpo mediante la presión aplicada rítmicamente. Los movimientos suaves al frotar y jalar incrementan la circulación sanguínea y causan que los vasos de la sangre se dilaten. La estimulación de los nervios y la circulación sanguínea también afecta a los órganos internos. La circulación de la linfa depende en gran medida de las contracciones musculares, así que el masaje ayudará a acelerar el avance de la linfa a través del sistema. La inactividad puede causar una acumulación insalubre de la sustancia. No obstante, la gente activa también puede beneficiarse del masaje, la actividad extenuante agota el músculo, produciendo un incremento de los productos de desperdicio en el tejido muscular. El masaje ayudará a equilibrar el sistema en ambos casos y puede incrementar la cantidad de oxígeno de un 10 a 15%.

El masaje puede hacer bastante para remediar nuestras posturas dañadas. Los estilos de vida inactivos y las ocupaciones sedentarias han originado una sociedad de personas con posturas descuidadas, torcidas y encorvadas. El masaje no sólo ayuda a lograr que la espina y la fisiología correspondiente regresen a su posición, sino que además nos hace más conscientes de nuestros cuerpos. Al aliviarse la tensión de los músculos del cuerpo éste se siente más ligero y por consiguiente, puede ser conducido con más naturalidad y con más tranquilidad. Si se usa en conjunto con terapias con posturas como la técnica Pilates o Alexander, el masaje puede ayudar a conseguir una postura relajada y controlada.

Muchos de los beneficios del masaje provienen del contacto entre el terapeuta y el paciente. Nuestras manos son una de las partes más sensibles de nuestro cuerpo, todos experimentamos gran parte de nuestras sensaciones del tacto a través de nuestras manos.
(46)

Un masajista experimentado será capaz de usar sus manos para comunicar sentimientos de armonía y relajación. Un masajista con mucha práctica también será capaz de dar un diagnóstico al paciente luego de tocarlo. Puede "escuchar" la tensión y el estrés a través de la textura de la piel, los músculos con nudos y las articulaciones rígidas.

2.4.2.4 Terapias basadas en la energía

Las terapias sobre la base de la energía incluyen el empleo de campos de energía y comprenden dos tipos:

Terapias del biocampo procuran afectar los campos de energía que supuestamente rodean y penetran el cuerpo humano. La existencia de tales campos no ha sido probada científicamente aún. Algunas formas de terapias sobre la base de la energía manipulan biocampos mediante la aplicación de presión o la manipulación del cuerpo mediante la colocación de las manos en o a través de estos campos.

Terapias bioelectromagnéticas implican el uso no convencional de campos electromagnéticos, tales como campos de impulsos, campos magnéticos o campos de corriente alterna o directa.

2.4.2.5 Medicina tradicional mexicana



En este apartado, se juzgó importante la idea de añadir un segmento en el cual se habla sobre la cultura e idiosincrasia mexicana con el fin de conocer las raíces del cuidado de la salud en el contexto mexicano.

La medicina tradicional en Mesoamérica tiene una gran riqueza. Cada cultura mesoamericana desarrolló su visión del mundo, su propia organización social, su religión, sus dioses, sus ceremonias, sus médicos y sus terapias. Sin embargo, con la llegada de los españoles y la conquista, estas civilizaciones tuvieron un impacto catastrófico en donde hubo que redefinir los cuadros de salud y enfermedad.⁽⁷²⁾ Con la conquista llegan nuevas enfermedades, nuevas dolencias, nuevas carencias.

Los aztecas eran grandes y profundos conocedores de la herbolaria, de la flora y la fauna silvestres, con los cuales hacían eficientes curaciones. Desafortunadamente, los españoles vieron éstas prácticas como inútiles y supersticiosas. Sin embargo los aztecas se basaban en ideas y ritos tanto mágico-religiosos como cosmogónicos, producto de la recopilación de varios siglos de saberes de las culturas maya, Olmeca y tolteca.⁽⁷²⁾

Así mismo, en la Medicina Náhuatl se produjeron conceptos teóricos, así como procesos curativos mágicos o supuestas enfermedades de entidades animicas muy generalizadas no sólo en el periodo clásico, sino en otras fechas que no son precisas y que perduran hasta

nuestros días. De acuerdo con la geografía del área, en cada zona se creó una farmacopea con la flora, la fauna y los minerales que el pueblo tenía a su alcance. ⁽⁷²⁾

Los antepasados tenían la creencia de que el alma se perdía y que de cierta forma, la enfermedad era igual a la intrusión de cuerpos extraños nocivos. Para buscar la salud del paciente, existían de acuerdo con ellos métodos místicos de ascenso a los cielos y descenso a los infiernos, así como la práctica de limpiezas y otras creencias y procesos terapéuticos. ⁽⁷²⁾

Sin embargo, los españoles nunca se preocuparon por la salud de nuestros indígenas, por lo que ellos tuvieron que ingeniárselas para poder curarse con sus propios remedios.

“Millones de personas que viven en el campo mexicano reciben una precaria atención médica; la mayoría de los campesinos acuden, pues, a curanderos locales y parteras empíricas, herederos de los antiguos médicos prehispánicos, cuyo conocimiento de las plantas curativas está íntimamente ligado a los ritos, aunque amalgaman plantas europeas con algunos aspectos de la medicina moderna”. (Méndez, 1999)



A continuación se mencionan algunos de los métodos que la medicina tradicional utiliza aún hoy día para contrarrestar los efectos de las enfermedades.

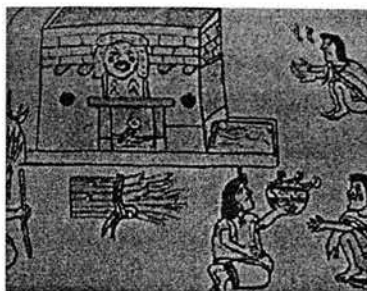
2.4.2.5.1 CURANDEROS o CHAMANES

“El chamanismo es una institución social milenaria que corresponde a un proceso histórico de larga duración; en la actualidad lo observamos inserto en una institución social mestiza más amplia que es conocida genéricamente como medicina tradicional...El mestizaje se dio tanto en el ámbito conceptual como en las técnicas terapéuticas y una herbolaria enriquecida con varias plantas introducidas de Europa y otras partes del mundo.”⁽⁷³⁾”



De acuerdo con Fray Bernardino de Sahagún, *“El médico no puede acertadamente aplicar las medicinas al enfermo sin que primero conozca de qué humor, o de qué causa procesa la enfermedad; de manera que el buen médico conviene sea docto en el conocimiento de las medicinas y en el de las enfermedades, para aplicar, convenientemente a cada enfermedad la medicina contraria”⁽⁷²⁾”*.

2.4.2.5.2 Temazcal



El temazcal es el baño de vapor utilizado en la antigüedad por la cultura náhuatl y otras culturas mesoamericanas. La palabra temazcal viene del náhuatl que significa bañarse y *calli* casa. El temazcal era el baño antiguo de los antepasados, en donde se obtenía limpieza corporal con fines terapéuticos. Varias dolencias o enfermedades eran tratadas con esta terapia como por ejemplo las fiebres ocasionadas por constipación de los poros, así como las mujeres durante el embarazo y tres meses después del parto. También era utilizado por aquellos que eran mordidos por animales ponzoñosos. El temazcal fue transmitido de generación en generación. Para los antepasados, el temazcal era un evento muy importante, principalmente simbolizaba el nacimiento de un nuevo ser.⁽¹¹⁹⁾

3. La ética en la medicina: el caso del tratamiento de la psoriasis

El surgimiento de nuevas terapias para la psoriasis es una consecuencia directa de los avances en la comprensión de la patogénesis de ésta entidad. A pesar del progreso en los tratamientos, aún existe una carencia para mostrar la eficacia de otras terapias para la psoriasis así como falta de consenso para realizar mediciones que lleven a resultados clínicamente relevantes. Por esta razón, una de las futuras necesidades para la investigación en psoriasis es encontrar cómo se puede llegar a un mejor entendimiento de la enfermedad así como a mejores terapias para su tratamiento.⁽⁸³⁾

Dado que anteriormente se comentó acerca de la toxicidad y de los efectos colaterales que producen la gran mayoría de los tratamientos convencionales para contrarrestar la psoriasis, es recomendable que el médico utilice en primer lugar modalidades de tratamiento menos intrusivas y menos tóxicas para el paciente, a fin de proporcionar una atención adecuada de acuerdo a la severidad del padecimiento.

En lo referente al ejercicio de la práctica de profesionales que ofrezcan tratamientos alternativos y complementarios, se recomienda que estos sean llevados a cabo por un profesional adecuadamente capacitado, que tenga conocimientos médicos suficientes (para no confundir síntomas banales que quizá se puedan tratar con estas técnicas con síntomas incipientes de afecciones graves) y los remedios existentes en la medicina convencional se hayan mostrado ineficaces o de efectos secundarios muy desagradables.⁽⁴³⁾

Desgraciadamente, es muy difícil distinguir quién es un buen terapeuta, pues se ha hecho tan popular que es muy fácil convertirse en especialista calificado, siguiendo cursos por correspondencia con muy poca experiencia práctica.

De acuerdo con un estudio⁽¹⁰⁶⁾ realizado en donde se les preguntó a los participantes acerca de los caminos hacia los tratamientos para la atención a su salud, se encontró que de inicio la gente opta por un tipo de servicio particular, pero una vez que observan que sus expectativas de salud no son llenadas, entonces buscan otro método que les proporcione mayor efectividad. La búsqueda concluye cuando ellos sienten que su salud ha sido restaurada o al menos cuando se le da una respuesta satisfactoria a su sufrimiento, aún cuando la imposibilidad de una cura ha sido confirmada. Los participantes de dicho estudio están de acuerdo en que no existe contradicción entre la elección de una forma particular de cuidado de la salud y que todas ellas coexisten "naturalmente" como posibilidades u ofertas reales, en otras palabras, ninguna práctica médica está descartada o descalificada.

Es así como la combinación de los servicios elegidos y la importancia dada a cada uno de ellos depende, entre otras cosas, en los recursos disponibles de una persona para el cuidado de su salud (financiero, geográfico, seguridad social, etc.), la posibilidad de reinterpretar y utilizar información en varios sistemas del cuidado de la salud en la base de

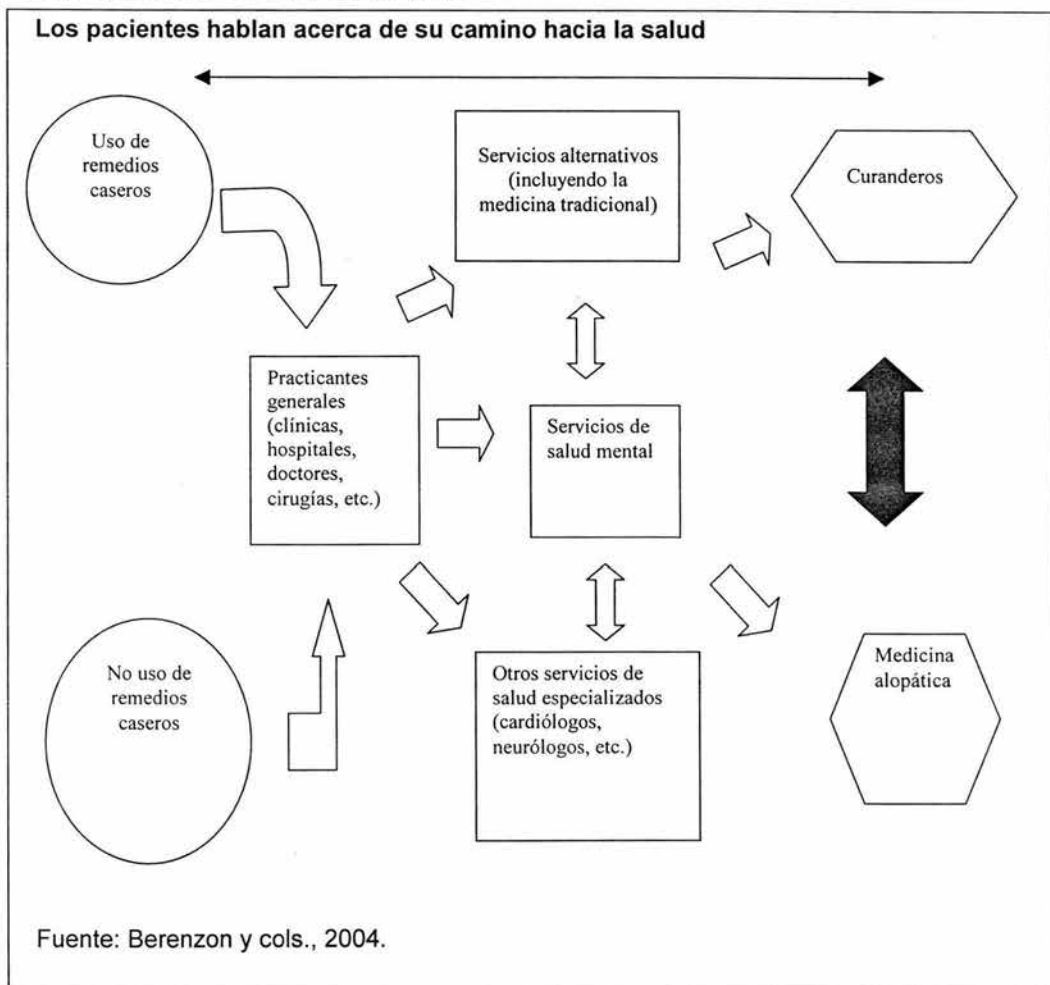
experiencias previas, la información anecdótica en los resultados obtenidos y la forma en la cual la enfermedad es conceptualizada.

Es así como la combinación de varios sistemas médicos tiene al menos dos funciones. La primera tiene que ver con la posibilidad de crear un conjunto de opciones posibles y de maximizar los recursos curativos. La segunda, de acuerdo a Módena ⁽¹⁰⁷⁾ se refiere al uso de varios recursos de salud que tienen la función de satisfacer y de lidiar con diferentes aspectos de la misma enfermedad en la cual un sistema médico aislado no está habilitado para satisfacer la complejidad cultural del evento.

Por tanto, el médico debe ser sensible a estas variables y al interjuego de las mismas que diariamente se entrelazan en la vida de las personas que buscan atención a sus problemas de salud.

A continuación se ilustra cómo es el camino hacia el tratamiento de los pacientes sin diferencias entre varios tipos de trastornos ⁽¹⁰⁶⁾. (Cuadro No. 1)

Cuadro No.1 Caminos hacia la salud



Se evidencia la necesidad de un sistema de salud plural que ofrezca a la población más opciones terapéuticas como respuesta a sus necesidades y demandas. ⁽¹⁰⁶⁾

III. PSORIASIS Y MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

3.1 Justificación

Los adelantos de la tecnología y ciencia han permitido ampliar las modalidades terapéuticas con nuevos tratamientos, sin embargo hasta el momento no existe tratamiento curativo y las terapias disponibles únicamente son de reducción de los signos y síntomas, buscando el control de la enfermedad y periodos de remisión más largos. Además, el alto costo, los efectos secundarios y la incomodidad de los tratamientos disponibles, representan para la población afectada una fuente de frustración importante. Por esto, los pacientes con psoriasis buscan otras terapias alternativas o complementarias al tratamiento convencional. (25,26,27)

Se ha documentado (Fleischer y cols., 1996; Ben-Arye y cols., 2003) en Estados Unidos al norte de Carolina y en el norte de Israel el incremento de otras modalidades terapéuticas diferentes a la alopátia como tratamiento de primera instancia y /o complementario de la psoriasis.

Esto ofrecerá un panorama de las diversas opciones de medicina alternativa y complementaria a las que han recurrido estos pacientes, y que aunado a otras investigaciones, a futuro nos permita contar con otras alternativas de tratamiento, disponibles y de bajo costo para contribuir con recursos e investigaciones nacionales al tratamiento de una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes e incapacitantes.

3.2 Objetivos

Objetivo general

Determinar la frecuencia con que se usan las Medicinas Alternativas y Complementarias en pacientes mexicanos de la Clínica de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México.

Objetivos Especificos

1. Determinar los tipos y motivaciones de uso de Medicinas Alternativas y Complementarias antes de ingresar a la Clínica de Psoriasis.
2. Determinar los tipos y motivos de uso Medicinas Complementarias durante su manejo por la Clínica de Psoriasis
3. Correlacionar el tiempo de evolución de la psoriasis y la frecuencia de uso previo y/o actual de Medicinas Alternativas y Complementarias

3.3 Tipo de Estudio

Observacional, descriptivo, transversal.

3.4 Definición de las variables de estudio

Psoriasis

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica y recurrente, la cual está contemplada dentro de las enfermedades eritemato-escamosas de la piel la cuál se caracteriza por placas eritemato-escamosas, con escama gruesa, de aspecto yesoso, adherente, las cuáles se localizan con más frecuencia en superficies de extensión salientes óseas, piel cabelluda, región sacro-coccígea, uñas, aunque puede presentarse en cualquier área de la superficie cutánea incluyendo las mucosas. ⁽³⁾

Medicinas Alternativas y Complementarias

Las Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC) engloban varios métodos y técnicas terapéuticas basadas en sistemas tradicionales filosóficos y empíricos de la medicina que ven el estado de salud y enfermedad en el contexto de mente, cuerpo y espíritu. De acuerdo a la definición sugerida por el Campo de Medicina Complementaria Cochrane, estas prácticas están fuera del dominio de la medicina convencional y la complementan al contribuir con un objetivo común satisfaciendo una demanda no encontrada por las prácticas convencionales y diversificando el marco conceptual de la medicina.⁽³¹⁾

Las MACs han sido consideradas como prácticas no basadas en la evidencia. Según la define el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa de los Estados Unidos (NCCAM), las MAC son un conjunto de sistemas, prácticas y productos médicos de atención a la salud que no se consideran actualmente parte de la medicina convencional.⁽³²⁾

3.5 Diseño

En este estudio se utilizó un diseño no experimental: observacional, transversal y descriptivo.⁽⁷⁵⁾

3.6 Muestra

El estudio se realizó en la Clínica de Psoriasis del servicio de Dermatología del Hospital General de México en pacientes con diagnóstico clínico de psoriasis. Se hizo un muestreo no probabilístico por conveniencia de pacientes derechohabientes que acudieron a la clínica en los meses de mayo a julio de 2004.

3.6.1 Criterios de Inclusión

Se incluyeron pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años, mexicanos con diagnóstico clínico de psoriasis, cuyo Índice de Área y Severidad de la Psoriasis (Psoriasis Area and Severity Index, PASI) fue entre <5 leve, <15 moderada o >15 severa en cualquiera de sus formas clínicas.

Los pacientes aceptaron participar en la encuesta de forma voluntaria y bajo consentimiento informado.

3.6.2 Criterios de Exclusión

Se excluyó a pacientes que refirieran el empleo de MAC para otras enfermedades, o que no aceptaron participar en el estudio.

3.7 Instrumento

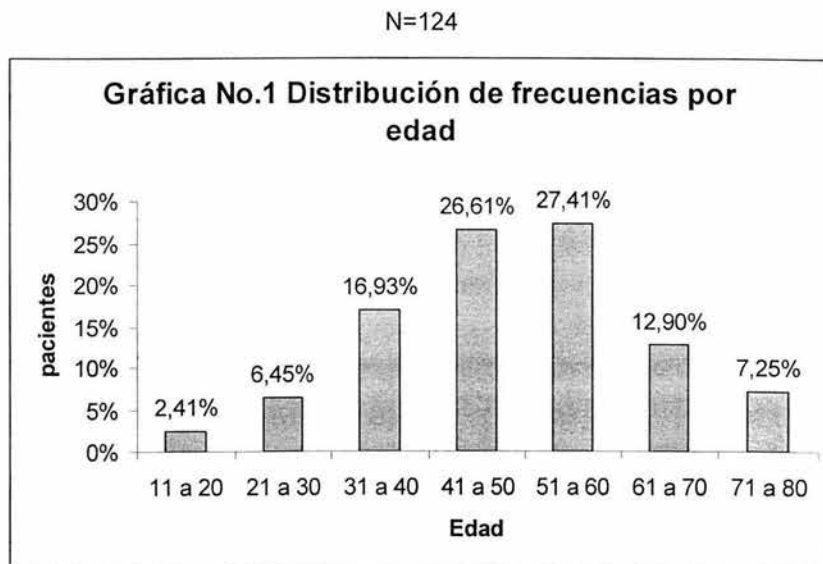
Se creó un cuestionario de 19 preguntas que investigaban las siguientes áreas: 1) Datos sociodemográficos, 2) Tiempo de evolución de la psoriasis, 3) Tratamientos previos y actuales (medicina convencional y medicina alternativa y complementaria), 4) Motivaciones para utilizar el empleo de MAC, 5) Índice de Área y Severidad de la Psoriasis (PASI). (Ver Anexo 1)

3.8 Resultados

1) Datos sociodemográficos

Edad

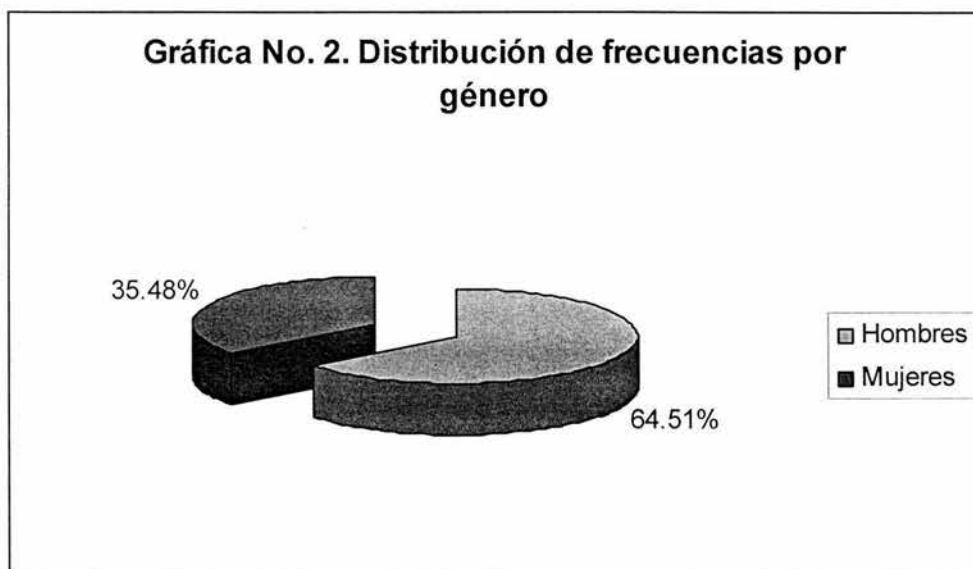
Se trabajó con una muestra de 124 sujetos, de los cuales el rango de edad osciló entre 18 a 75 años al momento del estudio, siendo las pacientes más jóvenes dos mujeres de 18 años y los pacientes más grandes dos hombres de 75 años de edad. La media de edad fue de 43 años. Las frecuencias por grupos de edad fueron las siguientes: de 11 a 20 años 2.41% (3), de 21 a 30 6.45% (8), de 31 a 40 16.93% (21), de 41 a 50 26.61% (33), de 51 a 60 27.41% (34), de 61 a 70 12.90% (16), de 71 a 80 7.25% (9), las cuáles se muestran en la Gráfica No.1.



Género

Del total de la muestra (N=124), el 64.51% (n=80) estuvo representado por el género masculino y el 35.48% (n=44) correspondió al femenino. (Gráfica No.2)

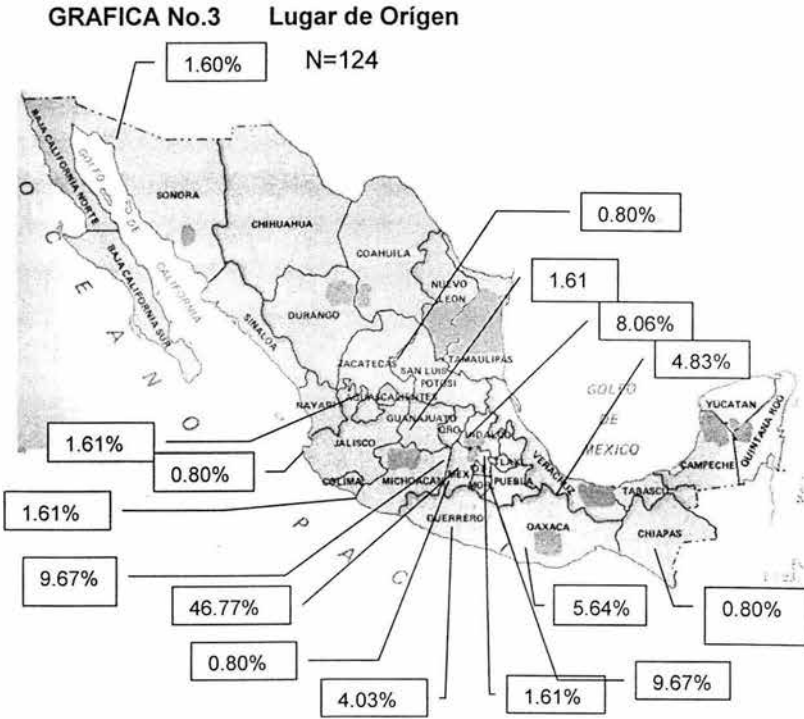
N=124



Lugar de origen

El 46.77% de los participantes son originarios del Distrito Federal, el 19.34% del estado de Puebla y del estado de México, el 8.06% del estado de Hidalgo, el 3.22% del estado de Tlaxcala y Guanajuato, el 1.61% de Aguascalientes, el 1.60% de Morelos y San Luis Potosí. De los estados que colindan con el océano Pacífico, el 5.64% son originarios del estado de Oaxaca, mientras que el 4.03% de Guerrero, el 1.61% del estado de Michoacán y el 1.60% de Chiapas y Jalisco.

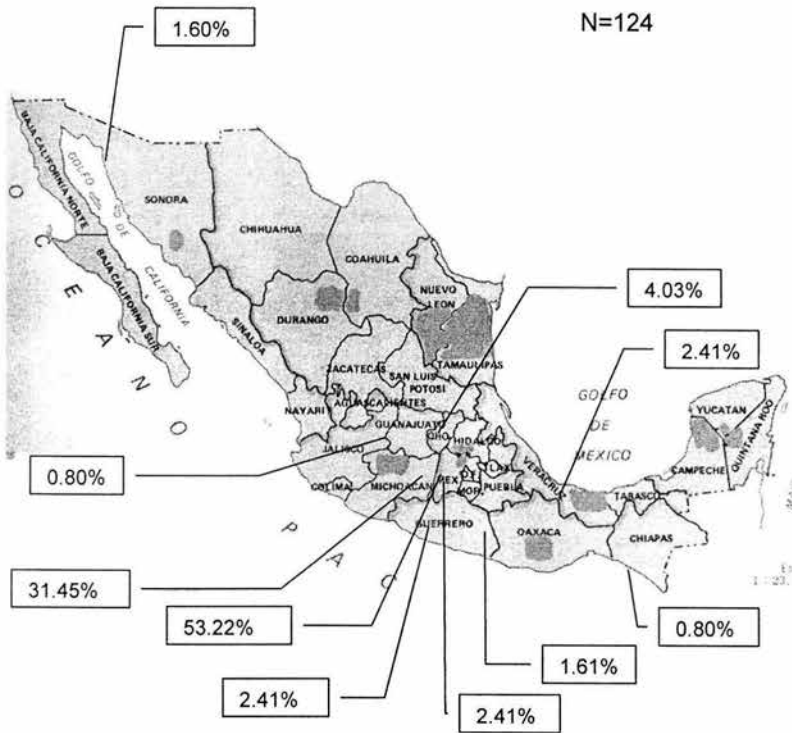
De los estados que colindan con el Golfo de México, el 4.83% de la población pertenece al estado de Veracruz. Finalmente, el 1.60% de los pacientes son originarios del norte, Sonora. (Gráfica No. 3)



Lugar de residencia

De los estados del centro de la república, el 53.22% viven en el Distrito Federal, mientras que el 31.45% viven en el estado de México, el 4.03% residen en Hidalgo, el 2.41% en Morelos, el 0.80% viven en Guanajuato. De los estados que colindan con el Pacífico, el 2.41% vive en Guerrero, el 1.61% radica en Oaxaca y el 0.80% en Chiapas. De los estados del golfo, el 2.41% reside en Veracruz, y el 1.60% en Sonora. (Gráfica No. 4)

GRAFICA No.4 Lugar de Residencia



Religión

El 94.35% (117) de la población son católicos, mientras que el 2.41% (3) son cristianos, el 1.61% (2) son testigos de Jehová, el 0.80% (1) es mormón y el 0.80% (1) no practica ninguna religión. (Gráfica No.5)

N=124

Gráfica No.5 Distribución de frecuencias por religión

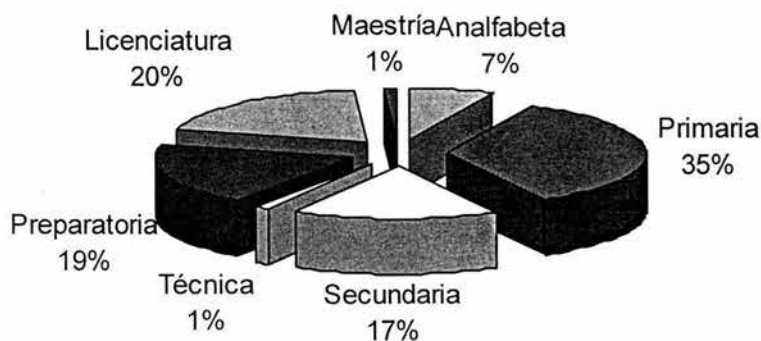


Escolaridad

El 35.48% (44) tiene la primaria, el 20.16% (25) tiene la licenciatura, el 18.54% (23) tiene la preparatoria, el 16.93% (21) estudio la secundaria y el 7.25% (9) son analfabetas, el 0.80% (1) cursó estudios técnicos y de maestría 0.80% (1). No se especifica si concluyeron los estudios o no. (Gráfica No.6)

N=124

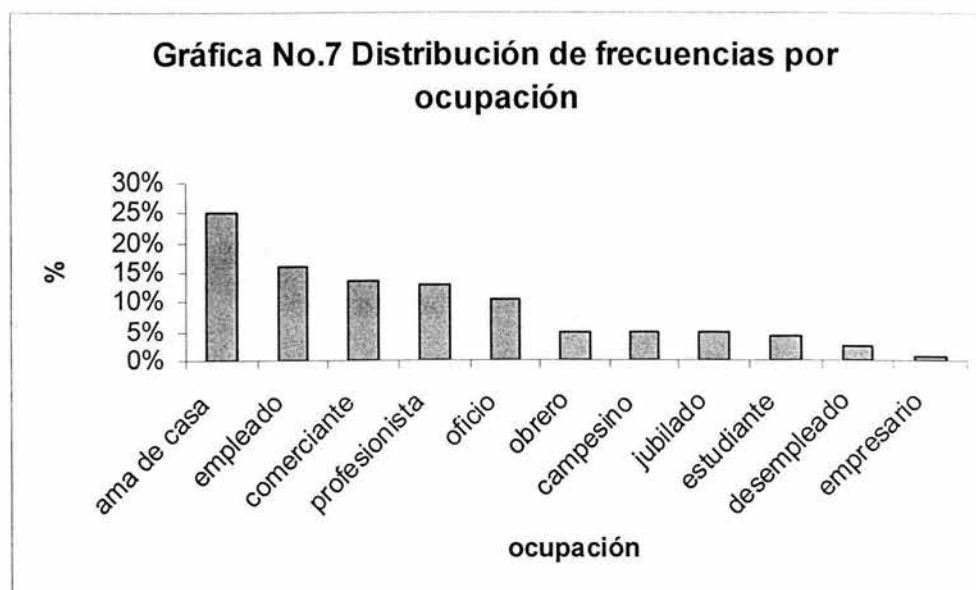
Gráfica No.6. Distribución de frecuencias por escolaridad



Ocupación

El 25% (31) de los pacientes encuestados son *amas de casa*, mientras que el 16.12% (20) son *empleados*. Los dedicados al comercio correspondió al 13,79% (17). Por otro lado, el 12.90% (16) de los encuestados reportó ser *profesionista*. Entre las diversas áreas que se encontraron están: músico 2.41% (3), profesor 4.03% (5), optometrista 0.80% (1), contador 1.61% (2), abogado 0.80% (1), informática 1.61% (2), médico 0.80% (1), actor 0.80% (1). Del 10,48% (13) que reportó ejercer un *oficio*, se encontró que tenían ocupaciones diversas como chofer 3.22% (4), nana 0.80% (1), cerrajero 0.80% (1), albañil 0.80% (1), peluquero 0.80% (1), jardinería 1.61% (2), ebanista 0.80% (1), plomería 1.61% (2). El 4,83% (6) reportó ser obrero, campesino, jubilado en cada caso, mientras que el 4.03% (5) es estudiante. El 2.41% (3) de las personas reportaron ser desempleados, mientras que el 0.80% (1) es empresario. (Gráfica No.7)

N=124

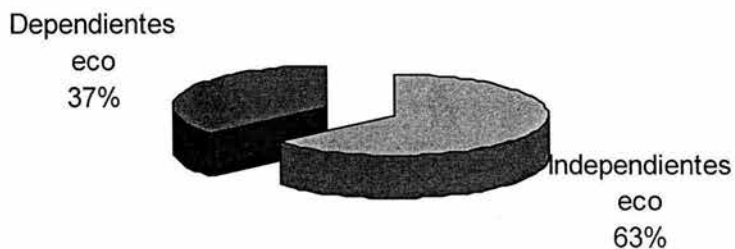


Ingreso económico

Al analizar los datos agrupando las ocupaciones en las que las personas perciben ingresos económicos comparadas con aquellas ocupaciones que no los perciben ya sea porque son estudiantes, amas de casa, desempleados o jubilados, se encontró que el 62.86% de los pacientes perciben ingreso económico por medio de alguna actividad laboral, mientras que el 36.27% no perciben un ingreso remunerado o dependen económicamente de otras personas, generalmente de sus familiares. (Gráfica No.8)

N=124

Gráfica No.8 Ingreso económico percibido



Estado Civil

Al preguntar a los 124 pacientes sobre su estado civil se encontró lo siguiente:

Se observa que más de la mitad de la población en estudio, es decir, el 58.06% (76) están casados, mientras que el 23.38% (27) son solteros, el 8.87% (11) están en unión libre, el 5.64% (6) son divorciados y el 4.03% (4) son viudos. (Gráfica No.9)

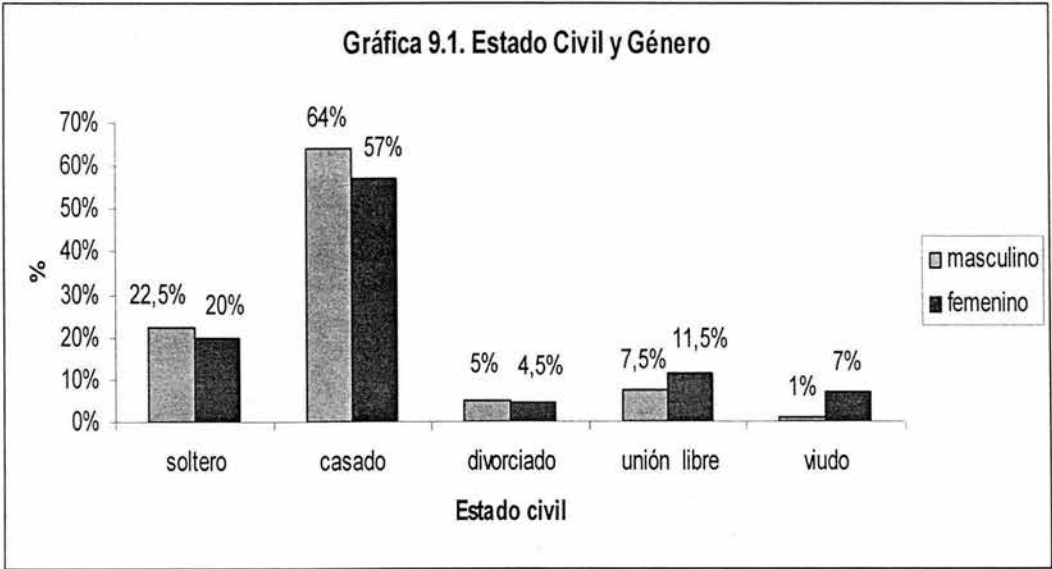
N=124



Estado civil por género

Se observa que de los 124 pacientes, el 64% (51) de los hombres son casados, así como el 57% (25) de las mujeres. Por otro lado, el 22.5% (18) de los hombres son solteros en comparación con el 20% (9) de las mujeres que también lo son. El 7.5% (6) de los hombres viven en unión libre, en comparación con el 11.5% (5) de las mujeres, mientras que el 5% (4) de los hombres son divorciados y sólo el 4.5% (2) de las mujeres están divorciadas. El 1% (1) de los hombres es viudo, en comparación con el 7% (3) de las mujeres. (Gráfica No.9.1)

N=124.



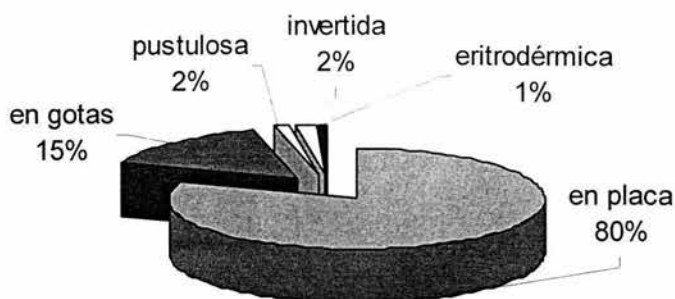
Psoriasis

1. Tipo de psoriasis

El 80.64% (100) de los pacientes presentan psoriasis en placa. En segundo lugar se encuentra la psoriasis en gotas, con un 15.32% (19) , seguida de la psoriasis pustulosa y la psoriasis invertida que representan el 1.61% (2) respectivamente. En último lugar se encontró la psoriasis eritrodérmica con 0.80% (1) de frecuencia encontrada. (Gráfica No.10)

N=124

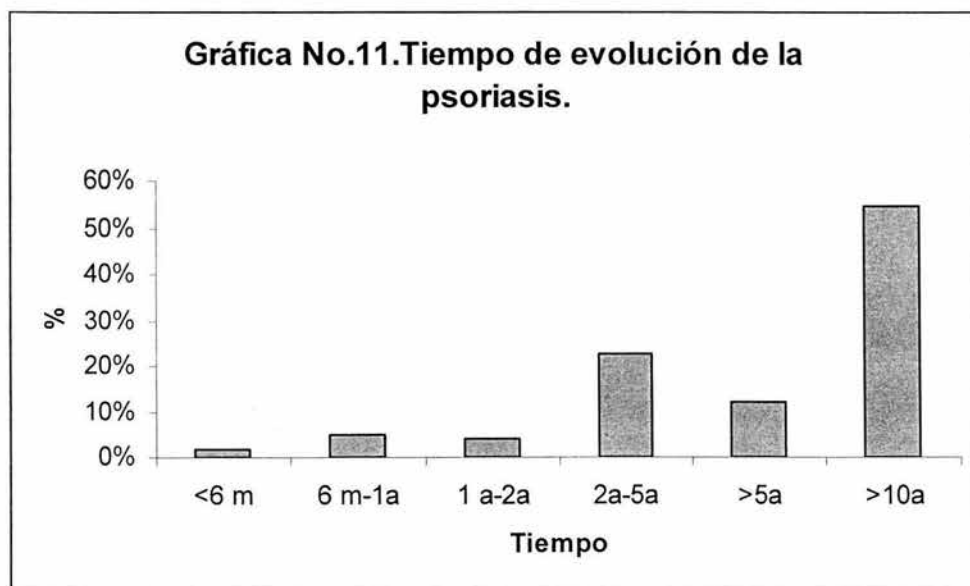
Gráfica No. 10. Tipo de psoriasis



2. Tiempo de evolución de la psoriasis

Se encontró que más de la mitad de la población, el 54.83% (68) reportó tener una evolución de su psoriasis de más de 10 años, mientras que el 22.58% (28) reportó tener una evolución de 2 a 5 años. Así mismo, el 12.09% (15) de los pacientes reportaron tener una evolución mayor a 5 años, en tanto que el 4.83% (6) reportó haber tenido la psoriasis por un periodo de 6 meses a 1 año, seguido del 4.03% (5) con una evolución de 1 año a 2 años. Finalmente, sólo el 1.61% (2) de los pacientes reportaron tener una evolución de la psoriasis menor a 6 meses. (Gráfica No.11)

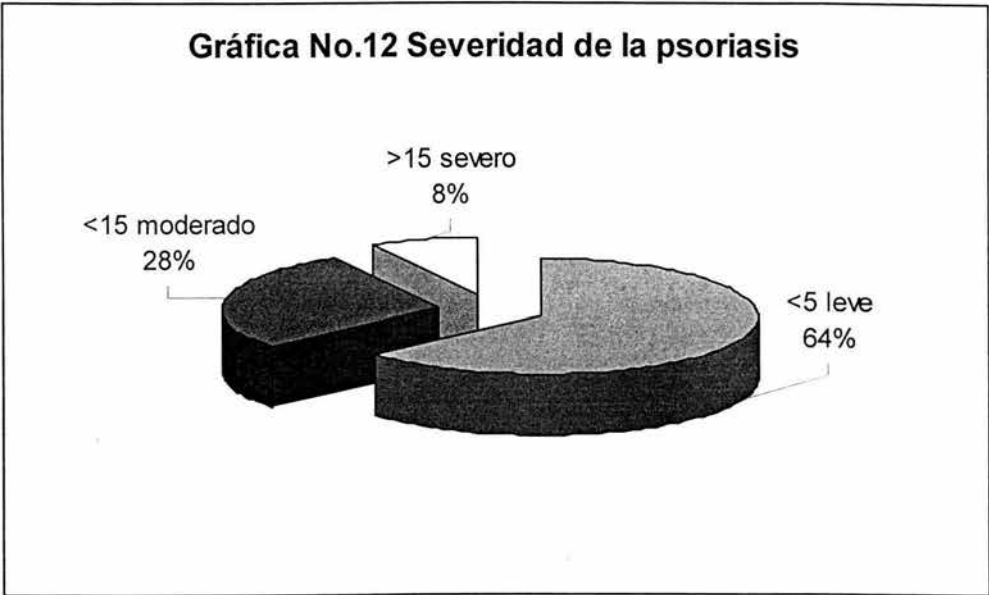
N=124



3. Índice de Área y Severidad de la Psoriasis

En esta gráfica se observa que el 63.7% (79) de los pacientes presentaron un Índice de Área y Severidad de la Psoriasis (PASI) leve, en tanto que el 28.22% (35) presentó un PASI moderado y el 8% (10) de los pacientes reportó tener un PASI severo. (Gráfica No.12)

N=124

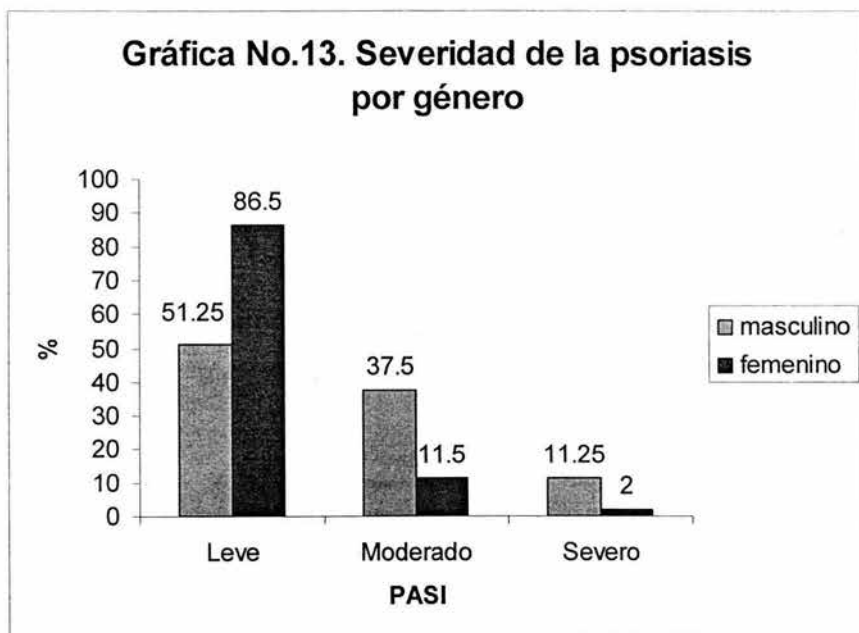


4. Índice de Área y Severidad de la psoriasis (PASI) por género

En lo referente al Índice de Área y Severidad de la Psoriasis, el género que más severidad presenta es el género masculino en comparación con el género femenino. El 51.25% (41) de los hombres presentan un PASI < 5, mientras que el 37.5% (30) presentan un PASI < 15 y el 11.25% (9) refieren un PASI > 15.

Las mujeres presentan un PASI < 5 igual a 86.5% (38), así como también un PASI < 15 igual a 11.5% (5) y un PASI > 15 igual a 2% (1). (Gráfica No.13)

N=124



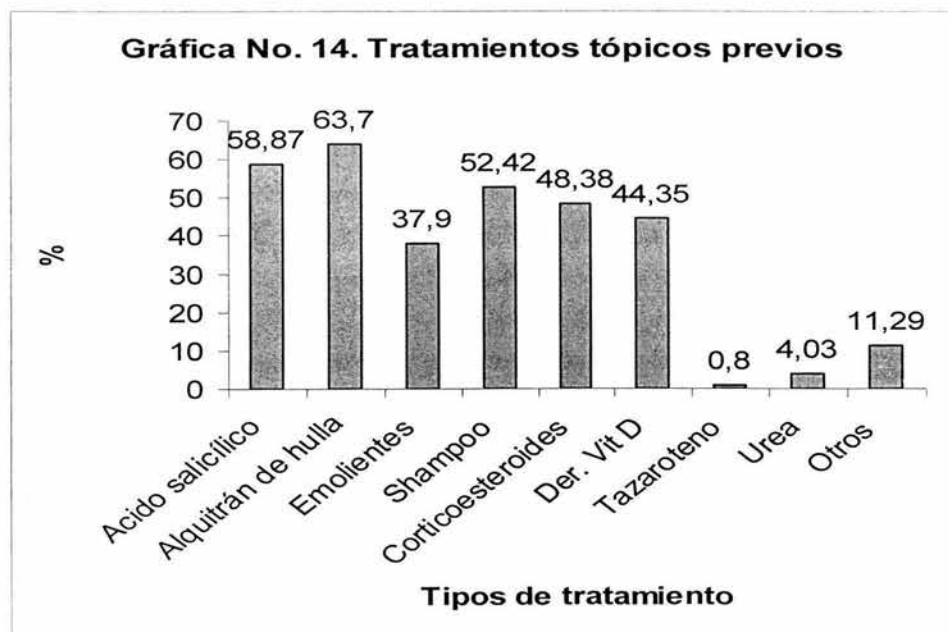
5. Tratamientos previos al ingreso a la Clínica de Psoriasis del Hospital General de México y tratamientos actuales

Medicina convencional

Tratamientos Médicos tópicos previos

Al preguntar a los pacientes qué tipo de tratamientos médicos tópicos habían utilizado previamente al ingresar al Hospital General, se encontró los tres tratamientos más utilizados por los pacientes son: el alquitrán de hulla lo utiliza el 63.7%, el ácido salicílico el 58.87%, y el 52.42% de los pacientes utilizó shampoos medicados ya sea con alquitrán de hulla o ácido salicílico. Posteriormente, el cuarto lugar lo ocupan los corticoesteroides con un 48.38% mientras que en quinto lugar están los derivados de la vitamina D con 44.35%, en sexto lugar están los emolientes, con un 37.9%, en tanto que en séptimo lugar están otros tratamientos tópicos con un 11.29%, seguido del uso de urea con 4.03%. Únicamente el 0.80% de los pacientes utilizaron tazaroteno. (Gráfica No.14)

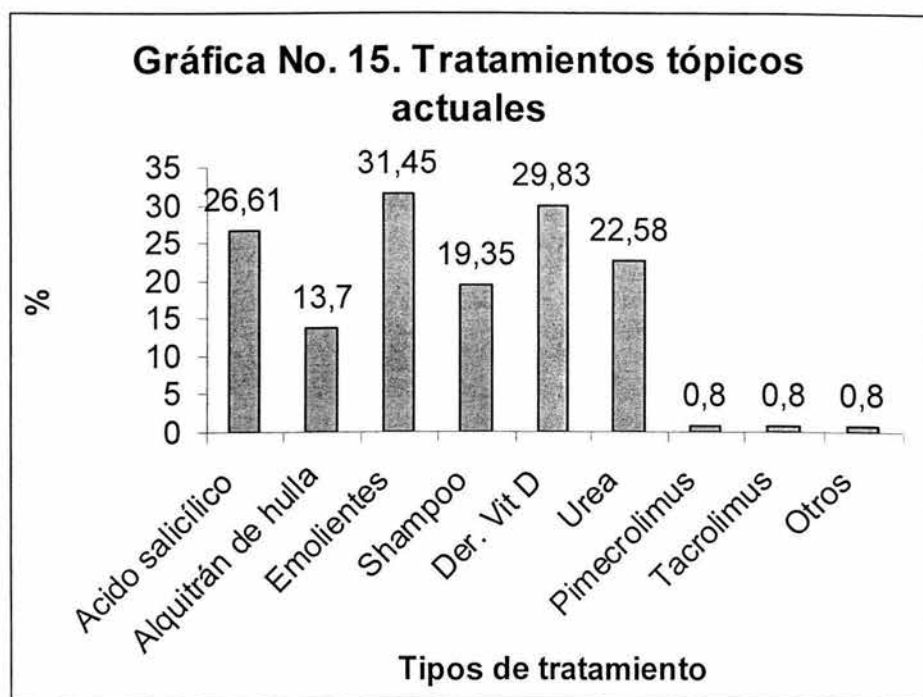
N=124



Tratamientos Médicos Tópicos actuales

Al analizar las terapéuticas indicadas por la clínica de psoriasis, se encontró que como tratamientos tópicos actuales, el 31.45% de los pacientes utilizan emolientes, mientras que el 29.83% utiliza medicamentos derivados de la vitamina D, el 26.61% utiliza ácido salicílico, el 22.58% utiliza urea, en tanto que el 19.35% utiliza shampoos medicados con alquitrán de hulla o ácido salicílico, el 13.70% utiliza alquitrán de hulla, mientras el 0.80% utiliza tacrolimus y pimecrolimus así como otros medicamentos tópicos respectivamente. (Gráfica No.15)

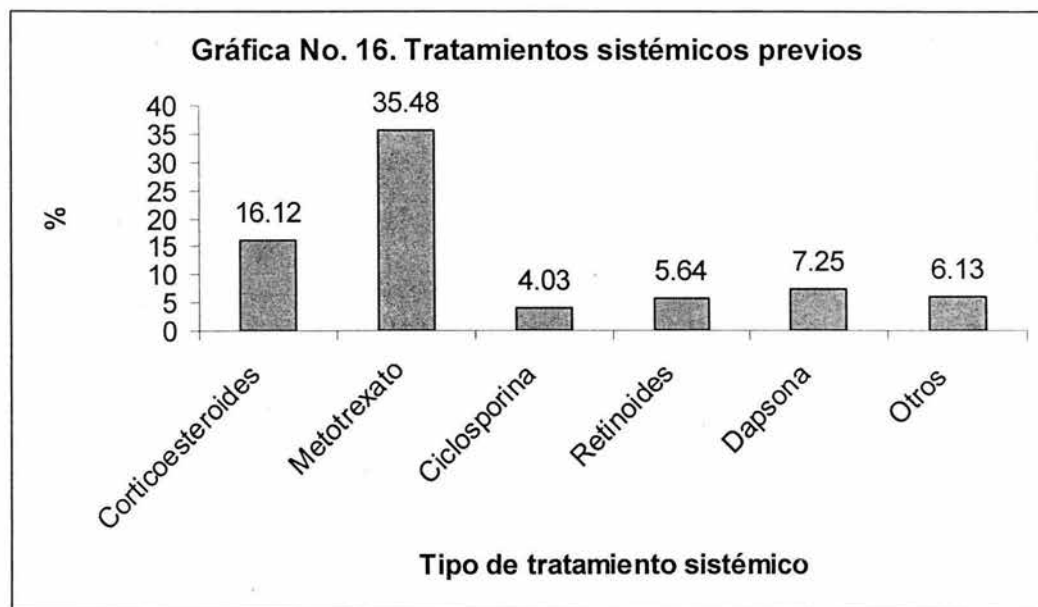
N=124



Tratamientos Médicos sistémicos previos

En lo referente a la terapéutica sistémica, se encontró que los fármacos más utilizados por el total de los pacientes antes de ingresar a la Clínica de psoriasis del Hospital General de México, es el 35.48% que utilizó el metotrexato, mientras que el 16.12% utilizó corticoesteroides. Así mismo, el 7.25% recibió dapsona, mientras que el 5.64% utilizó retinoides. Finalmente, el 6.13% de los pacientes no pudieron especificar el tipo de tratamiento médico sistémico utilizado. Se encontró que entre estos otros medicamentos están la talidomida, cloroquina, antimicóticos, antihistamínicos. (Gráfica No. 16)

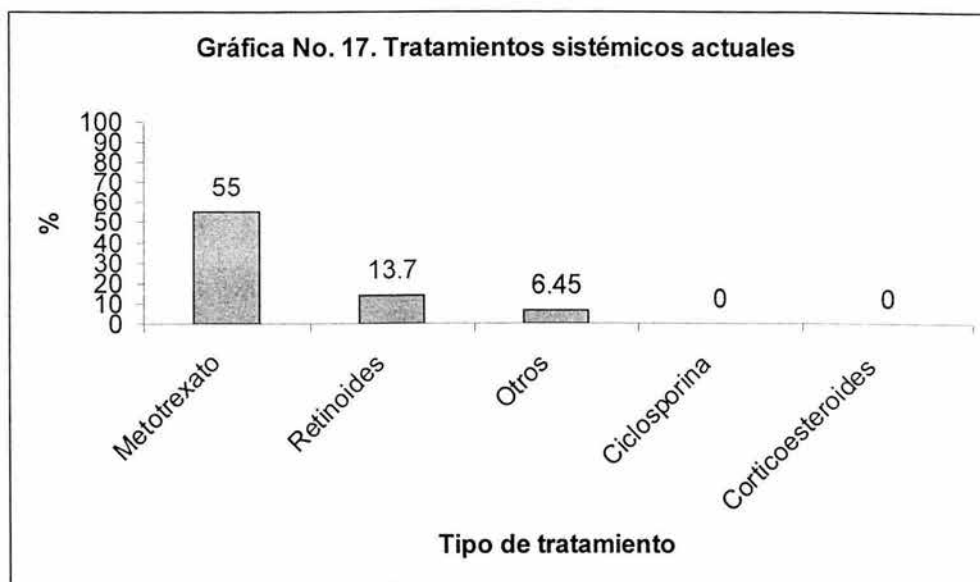
N=124



Tratamientos médicos sistémicos actuales

Se observó que los tratamientos sistémicos que están recibiendo los pacientes predominantemente son el 55% metotrexato, mientras que el 13.7% reciben retinoides, y el 6.45% utiliza otros medicamentos sistémicos como antihistaminicos. Ningún paciente utiliza corticoesteroides ni ciclosporina. (Gráfica No.17)

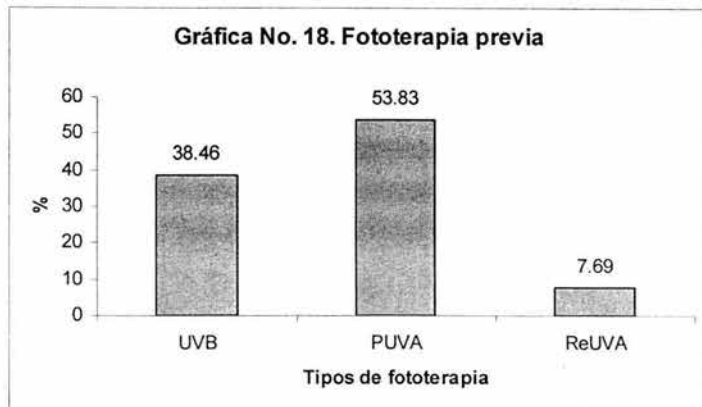
N=124



Fototerapia previa

De 124 pacientes, sólo 26 utilizaron fototerapia previamente a su ingreso en el Hospital, el 53.83% (14) PUVA, 38.46% (10) prefirió el tipo de fototerapia UVB, mientras que el 7.69% ReUVA (2). (Gráfica No.18)

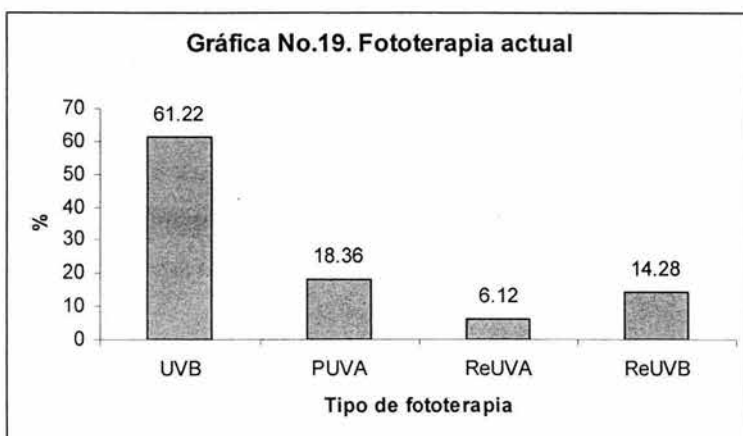
n= 26



Fototerapia actual

Actualmente 49 pacientes de los 124 usan fototerapia, de los cuales, el 61.22% (30) de los pacientes actualmente utiliza el tipo de fototerapia UVB, mientras que el 18.36% (9) usa PUVA, el 14.28% el ReUVB (7) y el 6.12% (3) ReUVA. (Gráfica No.19)

n = 49



6. Tratamientos alternativos y complementarios previos y actuales

Medicina alternativa y complementaria

Uso previo de Medicinas Alternativas o Complementarias

Al preguntar a los pacientes acerca de la utilización de terapias Alternativas y complementarias previas a su tratamiento en la Clínica de Psoriasis, más de la mitad de los pacientes igual al 65.32% (81) habían utilizado alguna terapia alternativa o complementaria, a diferencia del 34.67% (43) que reportó no haberla utilizado. (Gráfica No.20)

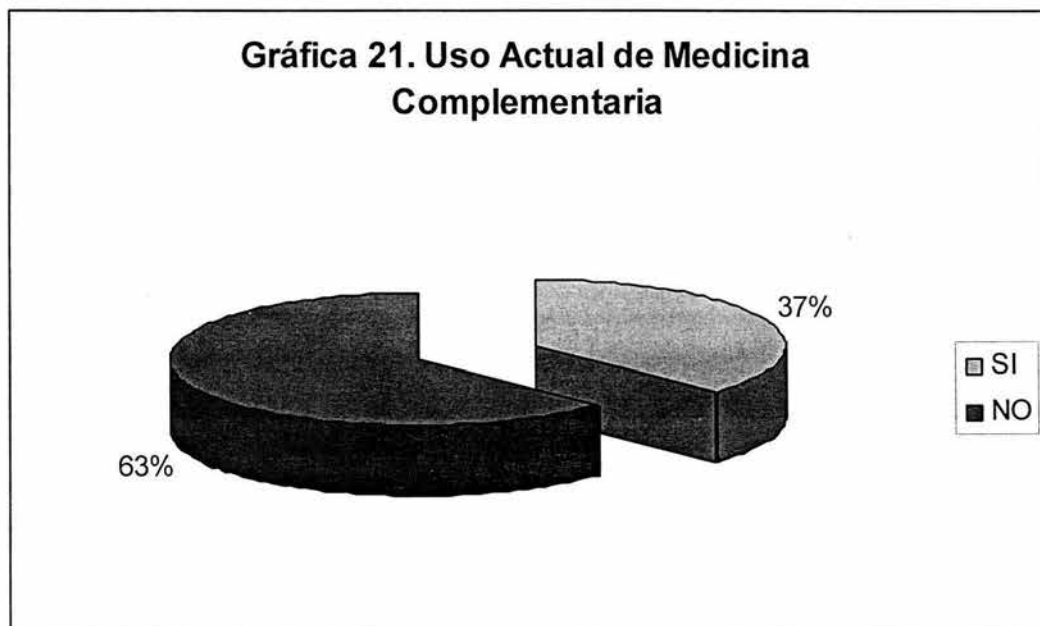
N=124



Uso actual de Medicinas Complementarias

De 124 pacientes entrevistados, el 37.09% (46) pacientes utilizan actualmente MAC, y el 62.90% (78) no la utilizan. (Gráfica No.21)

N=124

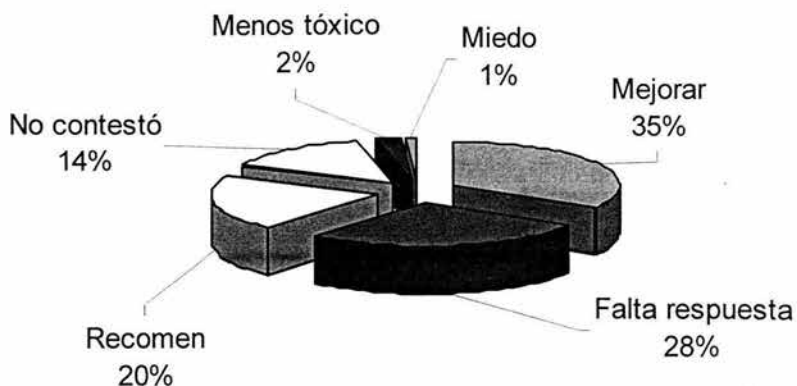


Motivos para utilizar Tratamientos o Medicinas Alternativas y Complementarias previamente al tratamiento médico convencional

De los 81 o el 65% de los pacientes que utilizaron MAC previamente al tratamiento convencional, se reportaron los siguientes motivos: el 34.56% (28) de los pacientes reportaron haber recurrido a estos tipos de tratamientos para obtener mejoría, mientras que el 28.39% (23) los utilizaron por falta de respuesta al tratamiento médico convencional. Así mismo, el 20.98% (17) utilizó el tratamiento alternativo o convencional por recomendación, en tanto que el 14.81% (12) no respondió a la pregunta. El 2.46% (2) lo utilizó con la finalidad de relajarse o adquirir otra experiencia, así como por considerar el tratamiento menos tóxico y el 1.23% (1) reportó que lo hizo por sentirse asustado con su enfermedad. No se especificaron las otras causas expresadas por el 8.64% (7) de los pacientes para utilizar un tratamiento médico alternativo complementario. (Gráfica No.22)

n=81

Gráfica No.22. Motivos previos para usar MAC

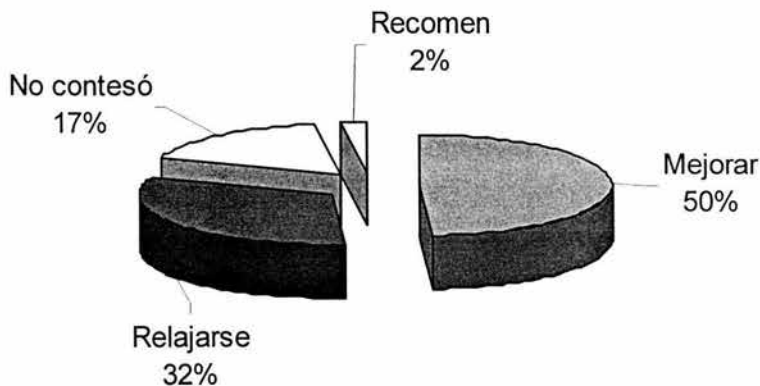


Motivos actuales para utilizar Medicina Complementaria

Entre los motivos actuales para utilizar Medicina Complementaria que los pacientes mencionaron está en primer lugar con un 50% (23) las personas que reportaron haberlas utilizado para encontrar mejoría. En segundo lugar, el 32.60% (15) de las personas reportó su uso para relajarse, mientras que el 17.39% (8) no contestó y el 2.17% (1) mencionaron que las utilizaron por recomendación de otra persona. (Gráfica No.23)

n=46

Gráfica No.23. Motivos actuales para usar Medicina Complementaria



Tipos de Medicinas Alternativas y Complementarias utilizadas previamente

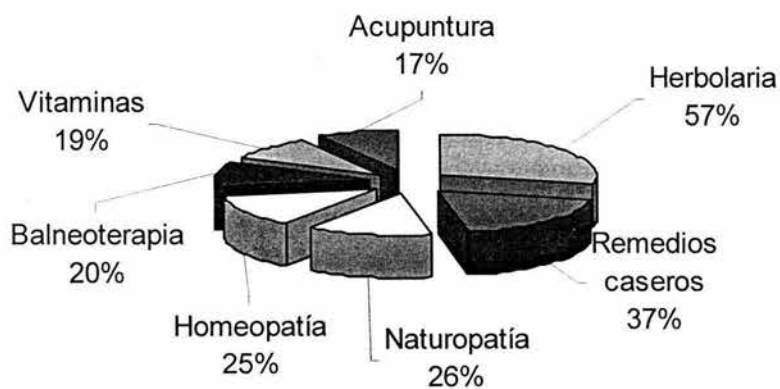
De los 81 pacientes que reportaron el uso previo de tratamientos alternativos o complementarios, se encontró que la terapia más utilizada fue la herbolaria (56.79%) (46) entre los que mencionaron: la malva, azar, marihuana, betabel, zacate chicha, toloache, ajo, sábila, hoja de guayaba, encino, ruda, ajeno, pirul, cachalohuaque, almanrubio, albahaca, romero, tila, jarilla, santamaría, caléndula, nopal, maguey, manzanilla, valeriana, quina, alumbre, tepezcohuite, cancerina. El más mencionado fue la sábila.

Posteriormente, los remedios caseros (37.03%) (30), la naturopatía (26%) (21) en donde se mencionó la ingesta de cartílago de tiburón, la uña de gato, cápsulas de víbora, el aceite 3 omega, la linaza, productos tri en y omnilife, el aceite de hígado de tiburón, el aceite de uva y gel de placenta. La homeopatía (24.69%) (20), la balneoterapia, entre los que se mencionaron baños termales, temascal, baños en el mar e hipotermia (19.75%) (16). El uso de vitaminas (18.51%) (15) entre las que se encuentran la vitamina E, D y B12, la acupuntura (17.28%) (14), la psicoterapia (11.11%) (8), la aromaterapia (7.40%) (6), la urinoterapia (6.17%) (5), la danza, la meditación, la yoga y los tratamientos nutricionales (2.46% o 2 respectivamente). Dentro de los tratamientos nutricionales se encontraron los complementos alimenticios, las enzimas y los minerales. Los masajes, los imanes, la electroterapia, la iridología, la musicoterapia (1.23% en cada uno de los casos igual a 1 paciente). Entre los remedios caseros utilizados por los pacientes antes de ingresar al tratamiento en la Clínica de Psoriasis del Hospital General, se encuentran: el ajo, el limón, el tlacuache, la concha nácar, el barro, la nuez con miel, el aceite de olivo mezclado con limón, el azufre mezclado con limón, el aceite de carro, el zorrillo, la pomada de la abeja, la miel de abeja, el agua oxigenada, el merthiolate, la víbora de cascabel, la tortuga, el aceite de oso, la pomada de la tía, la sardina mezclada con tabaco, hacer ayuno, el vic vaporrub, la papaya asada, la mantequilla, el carbonato mezclado con limón, el polvo de haba, la cal de piedra, el azufre, la pomada de la campana, el aguacate, la mayonesa, el limón con ajo,

la sal más salvado, el mezcal. El más utilizado de los remedios caseros fue la carne de víbora de cascabel, el tlacuache y el zorrillo: (Gráfica No.24)

n=81

Gráfica No.24. Tipos de Medicinas Alternativas y Complementarios utilizadas previamente

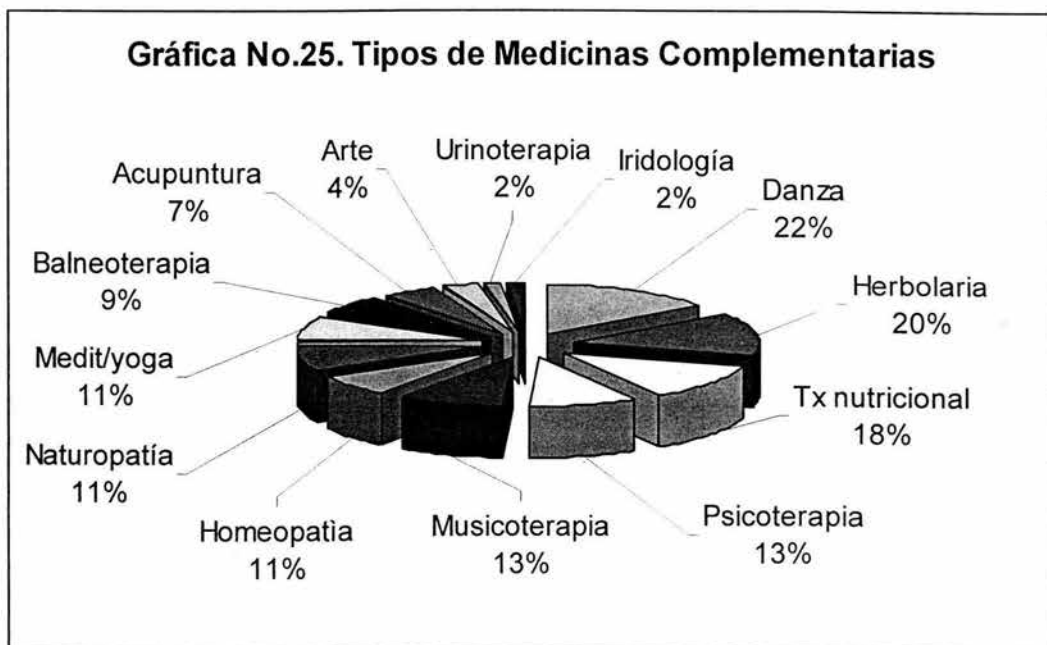


Tipos de Medicinas Complementarias utilizadas actualmente

De acuerdo con lo reportado por los 46 pacientes que utilizan actualmente algún tipo de MAC, la medicina alternativa y complementaria más utilizada es la danza, en un 21.73%, (10) en segundo lugar la herbolaria 19.56% (9) mientras que en tercer lugar los tratamientos nutricionales, en donde también se consideró como parte la ingesta de vitaminas representados por un 17.38% (8). En cuarto lugar están la psicoterapia y la musicoterapia con un 13.04% (6) respectivamente. En quinto lugar hay tres tipos que recibieron igualmente el mismo puntaje, la homeopatía, la naturopatía y la meditación y yoga con un 10.86% cada una (5). En sexto lugar la balneoterapia con un 8.89% (4) en séptimo lugar la acupuntura con un 6.52% (3), en tanto que en octavo lugar la terapia de arte con un 4.34% (2). En noveno lugar se encuentra la urinoterapia con un 2.17% (1) y en último lugar la iridología con un 2.17% (1) a su vez. (Gráfica No.25)

n=46

Gráfica No.25. Tipos de Medicinas Complementarias



Tiempo de evolución de la psoriasis y uso de MAC previa y actual

Las frecuencias encontradas en los pacientes según su tiempo de evolución y el empleo previo de terapias alternativas y complementarias fueron: El 54.83% (68) de pacientes con un tiempo de evolución de su psoriasis por más de 10 años las emplearon en un 72% (49), seguida de aquellos pacientes con un tiempo de evolución de su padecimiento de 2 a 5 años 22.58% (28) utilizadas en un 61% (17), el 12.09% (15) de pacientes con un tiempo de evolución mayor de 5 años las empleo en un 47% (7), seguida de pacientes con tiempo de evolución de 6 meses a un año 4.83% (6) acudió a éstas terapias en un 67% (4), el 4.03% (5) de los pacientes con un tiempo de evolución de su psoriasis de 1 a 2 años empleo terapias alternativas y complementarias en un 40%(2) y finalmente aquellos con un tiempo de evolución de su psoriasis menor a 6 meses 1.61% (2) las empleo en un 100% (2). (Tabla No.6)

TABLA No.6 Tiempo de evolución de la psoriasis y uso de MAC previa y actual

TIEMPO EVOL.	PACIENTES	%	EMPLEO MAC PREVIA				EMPLEO MAC ACTUAL			
			SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
<6 meses	2	1.61	2	100	0	0	2	100	0	0
6m-1a	6	4.83	4	67	2	33	2	33	4	67
1a-2a	5	4.03	2	40	3	60	1	20	4	80
2a-5a	28	22.58	17	61	11	39	12	43	16	57
más 5a	15	12.09	7	47	8	53	4	27	11	73
más 10 a	68	54.83	49	72	19	28	25	37	43	63
TOTALES	124	100	81	65	43	35	46	37	78	63

En cuanto a las frecuencias encontradas en los pacientes según su tiempo de evolución y el empleo actual de terapias complementarias con el tratamiento fueron: El 54.83% (68) de pacientes con un tiempo de evolución de su psoriasis por más de 10 años las emplearon en

un 37% (25), seguida de aquellos pacientes con un tiempo de evolución de su padecimiento de 2 a 5 años 22.58% (28) utilizadas en un 43% (12), el 12.09% (15) de pacientes con un tiempo de evolución mayor de 5 años las empleo en un 27% (4), seguida de pacientes con tiempo de evolución de 6 meses a un año 4.83% (6) acudió a éstas terapias en un 33% (2), el 4.03% (5) de los pacientes con un tiempo de evolución de su psoriasis de 1 a 2 años empleo terapias alternativas y complementarias en un 20%(1) y finalmente aquellos con un tiempo de evolución de su psoriasis menor a 6 meses 1.61% (2) las empleo en un 100% (2).

3.9 Discusión

El uso de Medicinas Alternativas y Complementarias al parecer es muy frecuente en los pacientes dermatológicos en especial en los pacientes crónicos como lo son los pacientes psoriásicos. El estudio actual nos reveló un uso previo a iniciar su tratamiento en la Clínica de Psoriasis de un 65.32% predominando la herbolaria en un 56.79 %. Esto es muy similar a lo encontrado por Ben-Arye ⁽¹²⁹⁾ en Israel, que reporta un 62% de uso de MACs también con un predominio de 65% de herbolaria en pacientes psoriásicos. En Estados Unidos el uso se reporta similar, 62%, en Inglaterra, 69%, y por último en Noruega, 42%.

Como lo señalan otros autores, en este estudio también se observa que los tratamientos alternativos presentan algún grado de respuesta, aunque sus verdaderos efectos aún son desconocidos. Muchos de los estudios presentados no permiten la deducción de los efectos clínicos, por lo que se observa la necesidad de llevar a cabo más investigación para evaluar los beneficios clínicos de las terapias alternativas y complementarias. ⁽⁶⁶⁾ En la actualidad, las personas están buscando alternativas de tratamiento que les otorguen beneficios integrales, tanto a nivel físico como mental y espiritual. Por tanto, deben de conocerse todas las alternativas existentes para dar la mejor orientación al paciente. Las MACs son buscadas tanto para lidiar con el estrés que es producto tanto de la misma enfermedad como del entorno en que viven los pacientes. Así mismo, el motivo más importante para la búsqueda de MACs es que está habiendo una falta de respuesta a los tratamientos médicos convencionales.

Se observa que los pacientes que deciden utilizar MACs es porque el tiempo de evolución de su psoriasis rebasa los 10 años.

Así mismo, se ratifica la importancia del estudio de las nuevas medicinas o tratamientos alternativos y complementarios, ya que los clínicos necesitan estar atentos a los remedios no alopáticos empleados por sus pacientes para descubrir información útil acerca de

terapias futuras y para monitorear los efectos tanto benéficos como adversos que puedan presentarse. ⁽⁷⁰⁾

Parte de la tarea para la promoción de la investigación en este tema es la implementación de nuevas metodologías para aproximarse al estudio de la psoriasis y de otras enfermedades dermatológicas y los efectos que tienen los tratamientos alternativos y complementarios.

Existen problemas metodológicos para la comprobación experimental de la efectividad de los tratamientos alternativos y complementarios. Por tanto, es un reto a futuro poder implementar nuevos métodos de investigación.

Algo que el médico siempre debe recordar al tratar de implementar la investigación es el contexto social y cultural del cual proviene la población a la que presta sus servicios. En el caso del paciente mexicano hay que tener presente todas las particularidades propias de la idiosincrasia mexicana, así como el legado cultural de los ancestros en materia de medicinas alternativas y complementarias como lo son la herbolaria, los curanderos, el temazcal y otros tratamientos que ya se utilizaban desde los antiguos aztecas, mayas y olmecas.

La Medicina tradicional mexicana, como parte del conjunto de las medicinas alternativas y complementarias, se ha heredado hasta nuestros días y es por eso que el médico debe estar abierto a este saber, ya que estas son las raíces con las que México tiene una particularidad propia en comparación con el resto del mundo. Así mismo, debe tomarse en cuenta la particularidad del mexicano al adoptarse cualquier tratamiento médico alternativo extranjero, a fin de que se adecue a la cultura mexicana, con la forma de comer, las creencias y las costumbres propias del enfermo mexicano. Es hora de volver a una medicina hecha por los mexicanos y para los mexicanos. Es necesario que el médico se sensibilice con las creencias y pensamientos del enfermo mexicano, ya que sólo de esta forma se podrán brindar estrategias de atención a la salud más acordes para todos los pacientes que requieran de los servicios médicos.

Finalmente, es importante considerar otras alternativas menos tóxicas, que integren las áreas de existencia del ser humano en su totalidad.

Es importante que el gremio médico se acerque a la opinión de sus pacientes, así como al pensamiento y a las emociones de estos, ya que hay que recordar que el médico trabaja

con personas. Más que tratar de entender las diferentes clases de enfermedades, no hay que olvidar que lo más importante es entender al enfermo y la comprensión cabal que pueda tenerse de este. Hay que volver a la práctica de una medicina más humana y más cercana a la persona.

“Se observa la necesidad de retomar los conocimientos de herbolaria y medicina tradicional, así como actualizarlos y regresarlos desarrollados a su antiguo origen. Ello, empero, sólo pueden realizarlo aquellos interesados en rescatar esta sabiduría que nuestros antepasados utilizaban cotidianamente. Por la salud de aquellos que más lo necesitan, ya que sin ellos no hay progreso de ninguna índole.”⁽⁷²⁾

3.10 Conclusiones

1. Se estudiaron 124 pacientes mexicanos con diagnóstico clínico de psoriasis en cualquiera de sus variedades.
2. Se observa un predominio del sexo masculino 64.51% sobre el sexo femenino 35.48%
3. La mayoría de los pacientes que visitaron la Clínica de psoriasis del Hospital General de México corresponden al grupo de edad entre 51 a 60 años igual a 27.41%. Posteriormente, el grupo de edad de 41 a 50 años con un 26.61%.
4. El mayor porcentaje de pacientes 35.48% tiene la primaria y el 7.25% son analfabetas.
5. La variante clínica que con mayor frecuencia se presenta es la psoriasis en placa con un 80.64% de los casos, seguida de la psoriasis en gotas con un 15.32%.
6. El tiempo de evolución de la psoriasis en más de la mitad de la población (54.83%) es de más de 10 años.
7. El 63.7% de los pacientes presentan un Índice de Área y Severidad de la Psoriasis (PASI) leve, seguida del 28.22% con un PASI moderado y el 8% severo. El género masculino presenta mayor severidad de la psoriasis con respecto al sexo femenino.
8. **La frecuencia de uso previo de Medicinas Alternativas y Complementarias (MACs) antes del ingreso a la Clínica de psoriasis es del 65.32%-**
9. **La frecuencia de uso actual de Medicinas Complementarias es de 37.09%.**

10. El 28.39% de los pacientes manifiesta que el motivo de empleo previo de MAC fue la falta de respuesta al tratamiento médico convencional, y el motivo de uso actual de Medicina Complementaria es en 50% es el encontrar mayor mejoría.
11. El empleo previo de MACs más frecuente empleado por el 65.32% de los pacientes fue la herbolaria en un 56.79%, seguido de los remedios caseros 37.03%.
12. La Medicina Complementaria más frecuente es la danza, en un 21.73%, en segundo lugar la herbolaria 19.56% y en tercer lugar los tratamientos nutricionales con un 17.38%.
13. En los pacientes con más de 10 años de evolución el 72% reportó uso previo de MAC y uso de Medicina Complementaria en 37%.
14. Existe la imperante necesidad de promover la investigación científica de MAC en la población psoriásica mexicana.

IV. REFERENCIAS

1. Saúl Amado. *Lecciones de Dermatología*. 14a. Edición. 2001. Capítulo 12 pags. 483-502.
2. Baker B. (1999). *Psoriasis and the immune system*. 1st Edition.
3. Fitzpatrick T.B., Freedberg, I.M., Wolff, K., Austen, K.F., Goldsmith, L.A., Katz, S.I. (2003). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th Edition. Pp. 495-533.
4. Fry, L. (1992). *The Encyclopedia of Visual Medicine Series An Atlas of Psoriasis*.
5. Bechet, E. (1963). Psoriasis a brief historical review. *Arch Dermatol Syph.*, 33: 327-329.
6. *Abstract book of the 2nd Internacional meeting between of Internacional Foundation and the European reunion*, 2001. San Francisco, CA.
7. Weinstein G.D. *Therapy of Moderate to Severe Psoriasis*, 2nd. Edition.2003. Cap. 11, Pp. 239-259.
8. Loyola M. Genética de la Psoriasis. *Dermatología Rev Mex* 2001; 45(3):140-45.
9. Manders SM. Toxin-mediated streptococcal and staphylococcal disease. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39:383-98.
10. Samuelson M. Psoriasis and Streptococcus (Letter). *Acta Pathol Microbiol Immunol (Scand)* 91 (1983), 390-400.
11. Baughman RD. Search for Streptococcus (editorial). *Archives of Dermatology* 1992;128-103.
12. Rudolf AH et al. Guttate psoriasis triggered by perianal streptococcal dermatitis in a four-year-old boy. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42:885-7.
13. Task F. Guidelines of care for dermatologic conditions in patients infected with HIV. *Journal Am Acad Dermatol* 1997;37(3):450-472.
14. Roger, D. Specific pruritic diseases of pregnancy: a prospective study of 3,192 pregnant women. *Archives of Dermatology* 1994; 130:734-9.
15. Kroumpouzou G. Dermatoses of pregnancy. *Journal Am Academ Dermatol* 2001;45(1).

16. Karasek MA. Progress in our understanding of the biology of psoriasis. *Cutis* 1999; 64(5):319-22.
17. Krueger GG. Psoriasis: Current concepts of its etiology and pathogenesis. In: Kukita A, Seiji M, eds. Proceedings of the XVIth International Congress of Dermatology, May 23-28, 1982. Tokyo: University of Tokyo Press, 1983:13-70.
18. Brian J. Nickoloff. The immunologic and Genetic Basis of Psoriasis. *Archives of Dermatology* 1999;135(9):1104-1110.
19. Robert S. Stem, MD. Psoriasis. *Lancet* 1997;350:349-353.
20. Poikolainen K. Karvonen J. Pukkala E. Excess mortality related to alcohol and smoking among hospital-treated patients with psoriasis. *Archives of Dermatology* 1999;135(12):1490-3.
21. Tsankov N., Angelova I. Drug-Induced Psoriasis: Recognition and Management. *J Am Acad Dermatol* 2000;1(3):159-165).
22. Nicolas JF, Mauduit G, Haond J, Chouvet B, Thivolet J. Severe psoriasis induced by chloroquine (nivaquine). *Annals Dermatologic Venereol* 1998;115(3):289-93
23. Lever, W. *Histopatología de la piel*. 8a.ed. 1997;148-156.
24. De Arruda, L.H.F., De Moraes, A.P.F. The impact of psoriasis on quality of life. *British Journal of Dermatology*, 2001, 144, Suppl. 58, 33-36)
25. Finlay, A.Y., Coles, E.C., The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology*, 1995, 132: 236-244.
26. Finlay, A.Y., Khan, G.K., Dermatology Life Quality Index (DLQI) a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 1994; 19: 210-216.
27. Koo, J. Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. *Dermatology Clin*. 1996; 14: 485-496.
28. Zachariae, R., Oster, H., Bjerring, P., Kragballe, K. Effects of psychologic intervention on psoriasis: a preliminary report. *Journal Am Acad Dermatol*. 1996; 34: 1008-1015.
29. Linden, K.G., Weinstein, G.D. Psoriasis: Current Perspectives with an Emphasis on Treatment. *The American Journal of Medicine*, 107(6), December, 1999, 595-605.

30. Weinstein, G.D., Gottlieb, A.B. (2003). *Therapy of Moderate to Severe Psoriasis*. Second Edition. USA: Marcel Dekker, N.Y.
31. Gribetz, C.H., Lebwohl, M. Clearing Psoriasis: A new era of optimism. *Contemporary Dermatology*, 1(1), March, 2003.
32. National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). What is complementary and Alternative Medicine (CAM)?, <http://www.nccam.nih.gov>
33. Hahnemann, Samuel. *Organon de la medicina*. Albatros, Buenos Aires, 1989.
34. Lathoud, *Materia Médica Homeopática*, Albatros, Buenos Aires, 1988.
35. Vannier, L. *Terapéutica Homeopática*, Porrúa, México, 1987
36. Kent, J.T. (1988). *Filosofía Homeopática*. Posada. México.
37. Hoogester, C. (1994). *Uso de plantas medicinales*. Árbol editorial: México.
38. Margotta, R. (1972). *La historia de la medicina*. Organización Editorial Navarro: México. Pp. 41-48.
39. Evans, M. (1997). *Medicina Natural. Remedios Caseros. Soluciones sencillas y eficaces para enfermedades corrientes*. Grijalbo: México.
40. Youssef, O.O. (1998). The Philosophical, Cultural and Historical Aspects of Complementary, Alternative, Unconventional, and Integrative Medicine in the Old World. *Arch. Dermatol.* 1998; 134:1373-1386.
41. Eisenberg, D.M., Davis, R.B., Ethner, S.L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., Kessler, R.C. (1998). Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. *JAMA*, November 11, 1998, 280(18): 1569-1575.
42. Koo, J., Arain, S. (1998). Traditional Chinese Medicine for the Treatment of Dermatologic Disorders. *Arch. Dermatol.* 1998; 134: 1388-1393.
43. *Diccionario de Medicina*. (1999). Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Pp. 789, Espasa Calpe: Madrid, España.
44. *Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas*. (1985). Cuarta Edición. Vol. 3. McGrawHill: México.
45. Gómez M. A. (1924). *La situación actual de la Terapéutica Médico Homeopática desde el punto de vista filosófico y económico social*. México. Prueba escrita para su Examen General de Medicina, Cirugía y Obstetricia. Escuela Libre de Homeopatía de México.

46. Evans, M. (1997). *Medicina Natural. Tratamientos. El bienestar mental y físico a través de métodos naturales*. Grijalbo: México.
47. Haggerty, M. (1999). *Alternative Medicine: Psoriasis*. Naturali, 1a. edición, Pp. 145-148.
48. *Larousse de la Homeopatía*. (2000). Larouse: México.
49. Guyette, J.R., Rygwelski, J.M. Complementary or alternative Medicine: Therapies for common dermatologic conditions: Atopic Dermatitis, Psoriasis and Acne. *Clinics in Family Practice*, 4(4) December 2002:
50. Mendiola, R. *Filosofía Homeopática*. (1979).
51. Vogler, B.K., Ernst, E. Aloe Vera: a systematic review of its clinical effectiveness. *British Journal of General Practice*. 1999; 49:823-8.
52. Syed, T.A., Ahmad, S.A., Management of psoriasis with Aloe vera extract in a hydrophilic cream. A placebo-controlled, double-bind study. *Trop Med Int Health*. 1996; 4:505-9.
53. Müller, K., Ziareis, K., Gawlik, I. The antipsoriatic Mahonia aquifolium and its active constituents II. Antiproliferative activity against cell growth of human keratinocytes. *Planta Med*, 1995;61:74-75.
54. Monograph. Silybum marianun (milk thistle). *Alternative Medicine Review*, 1999; 4:272-274.
55. Walsh, D. Using aromatherapy in the management of psoriasis. *Nurs Stand*, 1996; 11: 53-56. Abstract.
56. Gaston, L., Crombez, J.C., Lassonde, M., Bernier-Buzzanga, J. Psychological stress and psoriasis, *Cutis*, 1991; 156(Suppl):37-43.
57. Raychaudhuri, S., Farber, E. Neuroimmunologic aspects of psoriasis. *Cutis*, 2000;66:357-363.
58. Buske-Kirshbaum, A., Geiben, A., Hellhammer, D. Psychobiological aspects of atopic dermatitis: an overview. *Psychother Psychosom*, 2001; 70:6-16.
59. Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A. Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 1998;60:625-632.

60. Zachariae, R., Oster, H., Bjerring, P., Kragballe, K. Effects of psychologic intervention on psoriasis: a preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1996;34:1008-1015.
61. Shenefelt, P. Hypnosis in dermatology. *Arch Dermatol*, 2000;136:393-399.
62. Laidlaw, T.M., Richardson, D.H., Booth, R.J., Large, R.G. Inmediate-type hypersensitivity reactions and hypnosis: problems in methodology. *Journal of Psychosomatic Research*, 1994; 38:569-580.
63. Zachariae, R., Bjerring, P. The effect of hypnotically induced analgesia on flare reaction of the cutaneous histamine prick test. *Arch Dermatol Research*, 1990;282:539-543.
64. Zachariae, R., Bjerring, P., Arendt-Nielsen, L. Modulation of type 1 immediate and type IV delayed immunoreactivity using suggestion and guided imagery during hypnosis. *Allergy*, 1989;44:537-542.
65. Tausk, F., Whitmore, S.E. A pilot study of hypnosis in the treatment of patients with psoriasis. *Psychother Psychosom*, 1999;68:221-225.
66. Levin, C., Maibach, H. Exploration of "alternative" and "natural" drugs in dermatology. *Arch Dermatol* 2002, Feb;138(2):207-211.
67. Tsourelis-Nikita, E., Menchini, G., Ghersetich, I., Hercogova, J. Alternative treatment of psoriasis with balneotherapy using Leopoldine spa water. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, 2002, May;16(3):260-262.
68. Ameen, M., Russell-Jones, R. Fumaric acid esters: an alternative systemic treatment for psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 1999, Sep.;24(5):361-364.
69. Koo J., Arain, S. Traditional Chinese medicine for the treatment of dermatologic disorders. *Arch. Dermatol.* 1998, Nov,134(11):1388-1393.
70. Fleischer, A.B.Jr., Feldman, S.R., Rapp, S.R., Reboussin, D.M., Exum, M.L., Clark, A.R. Alternative therapies commonly used within a population of patients with psoriasis. *Cutis* 1996, Sep;58(3):216-220.
71. Stewart, D.G., Lewis, H.M. Vitamin D analogues and psoriasis. *Journal of Clinical Pharmacology Therapy*. 1996, Jun;21(3):143-148.

72. Méndez, G.A., *De la Medicina Tradicional Prehispánica a la Medicina Tradicional Actual. Tetelcingo Morelos. Un ejemplo viviente.* Tesis de Licenciatura en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología e Historia. INAH, SEP. México, D.F., 1999.
73. Estrada, L. E. *Medicina Chamánica.* Universidad de Chapingo. 1999.
74. García, S.S. *Tendencia a la desaparición del baño de temazcal en San Simeón Xipetzinco, Tlaxcala.* Tesis de Licenciatura en Antropología Social. INAH, SEP. 1996.
75. http://www.dsalud.com/numero57_3.htm, revisado el 5 septiembre 2004.
76. Hernández, S.R., Fernández, C.C. Baptista, L.P. (2000). *Metodología de la Investigación.* Segunda edición. McGrawHill: México.
77. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology* 1999;41:401-7.
78. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life. *Arch Dermatol* 2001;137:280-4.
79. Griffiths CEM, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology* 2001;26:338-42.
80. *Diccionario Enciclopédico Larousse.* (1994). Vol. 8, pp.2277. Larousse: México.
81. Enoterapia. <http://www.lacuarta.cl/diario/2002/10/20/20.06.4a.CRO.ENOTERAPIA.html>, revisado el 10 de septiembre del 2004.
82. Riddle, C., Young, M., Menter, A. Practical considerations in future psoriasis therapies. *Dermatologic Clinics*, 22(4), October, 2004.
83. Griffiths, C.E.M. Psoriasis: future research needs and goals for the twenty-first century. *Dermatologic Clinics*, 22(4), October, 493, 2004.
84. McKenna DB, Murphy GM. Skin cancer chemoprophylaxis in renal transplant recipients: 5 years of experience using low-dose acitretin. *British Journal of Dermatology* 1999;140:656-60.
85. Lebwohl, M., Ali, S. Treatment of psoriasis. Part 2. Systemic therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology* 45(5), November, 2001.

86. Bleiker TO, Bourke JF, Graham-Brown RA, Hutchinson PE. Etretinate may work where acitretin fails. *British Journal of Dermatology* 1997;136:368-70.
87. Lowe NJ, Prystowsky JH, Bourget T, Edelstein J, Nychay S, Armstrong R. Acitretin plus UVB therapy for psoriasis: comparisons with placebo plus UVB and acitretin alone. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:591-4.
88. Tanew A, Guggenbichler A, Honigsmann H, Geiger JM, Fritsch P. Photochemotherapy for severe psoriasis without or in combination with acitretin: a randomized, double-blind comparison study. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:682-4.
89. Zachariae H, Kragballe K, Hansen HE, Marcussen N, Olsen S. Renal biopsy findings in long-term cyclosporin treatment of psoriasis. *British Journal of Dermatology* 1997;136:531-5.
90. Lowe NJ, Wieder JM, Rosenbach A, Johnson K, Kunkel R, Bainbridge C, et al. Long-term low-dose cyclosporine therapy for severe psoriasis: effects on renal function and structure. *J Am Acad Dermatol* 1996;35:710-9.
91. Hojo M, Morimoto T, Maluccio M, Asano T, Morimoto K, Lagman M, et al. Cyclosporine induces cancer progression by a cell-autonomous mechanism. *Nature* 1999;397:530-4.
92. Systemic tacrolimus (FK 506) is effective for the treatment of psoriasis in a double-blind, placebo-controlled study: the European FK 506 Multicenter Psoriasis Study Group. *Arch Dermatol* 1996;132:419-23.
93. Jones EL, Epinette WW, Hackney VC, Menendez L, Frost P. Treatment of psoriasis with oral mycophenolic acid. *J Invest Dermatol* 1975;65:537-42.
94. Marinari R, Fleischmajer R, Schragger AH, Rosenthal AL. Mycophenolic acid in the treatment of psoriasis: long-term administration. *Arch Dermatol* 1977;113:930-2.
95. Krupnick, F. A., Lonowski, G.J., Brady, C. Lind, L., VanVeldhuisen, P., Singer, G., Lebwohl, M. Tacrolimus ointment for the treatment of psoriasis on the face and intertriginous areas. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 48(4), April 2003.
96. Menter MA, See JA, Amend WJ, Ellis CN, Krueger GG, Lebwohl M, et al. Proceedings of the Psoriasis Combination and Rotation Therapy Conference. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:315-21.

97. Sauer GC. Combined methotrexate and hydroxyurea therapy for psoriasis. *Arch Dermatol* 1973;107:369-70.
98. Dougados M, Combe B, Cantagrel A, Goupille P, Olive P., Schattenkirchner M., Combination therapy in early rheumatoid arthritis: a randomized, controlled, double blind 52-week clinical trial of sulphasalazine and methotrexate compared with the single components. *Ann Rheum Dis* 1999;58:220-5.
99. Munster T, Furst DE. Pharmacotherapeutic strategies for disease-modifying antirheumatic drug (DMARD) combinations to treat rheumatoid arthritis (RA). *Clin Exp Rheumatol* 1999;17(Suppl 18):S29-36.
100. Mazzanti G, Coloni L, De Sabbata G, Paladini G. Methotrexate and cyclosporin combined therapy in severe psoriatic arthritis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1994;186:116-7.
101. Clark CM, Kirby B, Morris AD, Davison S, Zaki I, Emerson R, et al. Combination treatment with methotrexate and cyclosporin for recalcitrant psoriasis. *Br J Dermatol* 1999;141:279-82.
102. Kirby B, Harrison PV. Combination low-dose cyclosporin (Neoral) and hydroxyurea for severe recalcitrant psoriasis. *Br J Dermatol* 1999;140:186-7.
103. Strand V. The future use of biologic therapies in combination for the treatment of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol Suppl* 1996;44:91-6.
104. Wolberg, 1977. *The Technique of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton, 1977, p3.
105. Koo J. Systemic sequential therapy of psoriasis: a new paradigm for improved therapeutic results. *J Am Acad Dermatol* 1999;41(Suppl):S25 8.
106. Berenzon, G. S., Ito, S.E. (2004). Between Traditional and Scientific Medicine: A research strategy for the study of the pathways to treatment followed by a group of mexican patients with emotional disorders. *Forum: Qualitative Social Research*, 5 (2). <http://www.qualitative-research.net/fqs/>
107. Módena, M.E. (1999). Cultura, enfermedad-padecimiento y atención alternativa. La construcción social de la desalcoholización. En Mario Bronfman & Roberto

- Castro (Eds.), *Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina* (pp.382-401). México: EDAMEX, INSP.
108. Winchell SA. (1988). Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. *J Am Acad Dermatol* - 01-JAN-1988;18(1Pt1):101-4
109. Barrows, K.A. Jacobs, B.P. Mind-body medicine: An introduction and review of the literature. *Medical Clinics of North America*, 86(1) January, 2002.
110. McGinnins, L.S. Alternative therapies, 1990. An overview. *Cancer* 67(6)Suppl:1788-92, 1991, Mar.,15.
111. Acevedo. L. *El Nuevo Libro Del Yoga: Una Practica Guia Ilustrada Con Fotografías Y Dibujos Paso A Paso*. Editorial: Rba Libros, S.A.
112. Levy, F. (1988). *Dance movement therapy, a healing art*. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
113. Blom, L. A. & Chaplin, L.T, (1988). *The Moment of Movement. Dance Improvisation*, London: Dance Books Ltd..
114. Bernstein, P. (1979). *Eight theoretical approaches in dance movement therapy*, 2nd ed. 1982, Dubuque: Kendall Hunt.
115. *Fundamentos de musicoterapia I* Mariano Betés de Toro (comp.). Madrid Morata, D.L. 2000.
116. Field, T. Masaje therapy for infants and children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1995; Abril, 16(2):105-11.
117. Mantle, D., Gok, M.A., Lennard, T.W. Adverse and beneficial effects of plant extracts on skin and skin disorders. 2001, *Adverse Drug Reactions & Toxicological Reviews*. 20(2): 89-103.
118. Walsh, D. Using aromatherapy in the management of psoriasis. *Nursing Standard*, 18 Dic 1996, 11(13-15):53-6.
119. García, S.M.S. (1996). Tendencia a la desaparición del baño de temascal en San Simeón Xipetxingo, Tlaxcala. Tesis de Licenciatura en Antropología Social. ENAH: México.

120. Lazaroff, I., Shimshoni, R. Effects of Medical Resonance Therapy/Music on patients with psoriasis and neurodermatitis a pilot study. Integrative Psychological and Behavioral Science. 2000, Jul-Sep. 35(3):189-98.
121. Wolff Klaus. Current concepts and review of pimecrolimus in treatment of psoriasis. Dermatologic Clinics. 22(4),October 2004;461
122. Zanolli, M. Phototherapy treatment of psoriasis today. J Am Acad Dermatol 2003; 49: S78 – 86.
123. Roelandts, R. The history of phototherapy: Something new under the sun?. J Am Acad Dermatol 2002; 46: 926 – 30.
124. Dawe RS. Ultraviolet A1 phototherapy. Br J Dermatol 2003; 148: 626-637.
125. Stern RS, Lange R. Non – melanoma skin cancer occurring in patients treated with PUVA five a ten years after first treatment. J Invest Dermatol 1998; 91: 120 – 124.
126. Stern RS. The risk of melanoma in association with long-term exposure to PUVA. J Am Acad Dermatol 2001; 44: 755-61.
127. Hönigsmann H. Phototherapy for psoriasis. Clin Exp Dermatol 2001;26: 343-50
128. Man I, Cromble IK, Dawe RS, Ferguson J. The photocarcinogenic risk of narrowband TL-01 ultraviolet B phototherapy: early follow-up data. Br J Dermatol 2003; 149 (Suppl 64): 12.
129. Ben-Arye, Ziv M, Frenkel M, Complementary Medicine and Psoriasis: Linking the Patients Outlook with Evidence-Based Medicine. Dermatology 2003;207:302-307

V. ANEXO

Instrumento

Hoja No.1

FECHA _____

NUMERO DE REGISTRO _____

PSORIASIS Y MAC EN MEXICO.

Se le ha solicitado participar en ésta encuesta con el objetivo de investigar la frecuencia del uso de **Medicina Alternativa y Complementaria (MAC)** en pacientes mexicanos con Psoriasis. Es importante que usted lea y comprenda la información contenida y se sienta con la libertad de hacer preguntas en caso de no entender cualquiera de las frases consignadas en el cuestionario. Le solicitamos respuesta con veracidad. Toda la información obtenida es confidencial y su identidad no será revelada. Los resultados se publicarán con fines científicos.

Señale con una cruz dentro del paréntesis, y/o escriba sobre la línea.

CUESTIONARIO.

1. SEXO: Masculino () Femenino ()

2. EDAD: _____

3. LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (Entidad Federativa).

4. LUGAR DE RESIDENCIA: _____ (Entidad Federativa).

5. ESCOLARIDAD: Ninguna () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura ()

6. RELIGIÓN: Ninguna () Católica () Cristiana () Mormón () Testigo de Jehová ()

Otra: _____

7. OCUPACIÓN: _____

8. ESTADO CIVIL: Soltero () Casado () Divorciado () Unión libre ()

9. CUÁNTO TIEMPO LLEVA CON SU PSORIASIS: _____ (mes y año de inicio): menos de 6 meses () 6 meses a 1 año () 1 a 2 años () 2 a 5 años () más de 5 años () más de 10 años ()

10. TOPOGRAFIA: ¿En que sitio presenta su psoriasis?, Puede responder más de una: Piel cabelluda ()

cara () tronco () extremidades superiores: brazos () antebrazos () codos () manos ()

extremidades inferiores: muslos () piernas () rodillas () pies () palmas y plantas () genitales ()

axilas e ingles () todo el cuerpo ()

11. TRATAMIENTOS MÉDICOS ANTERIORES:

Puede responder más de una:

Tópicos ()

() vaselina con ácido salicílico (pomada blanca)

() vaselina con alquitrán de hulla (pomada negra)

() antralina

() cold cream sólo () ó con aceite de almendras dulces

() shampoo medicado

- calcitriol(SILKIS)
- calcipotriol (DAIVONEX)
- tacalcitol (BONALFA)
- tazaroteno (SURETIN)
- corticoesteroides (NUTRACORT, DESOWEN, ELOMET, ELICA, DERMATOVATE
QUADRIDERM, SYNALAR, BAYCUTEN, DIPROSONE, ETC)

Otros: (anotar)_____

Sistémicos ()

- corticoesteroides (METICORTEN, CALCORT)
- metotrexate (LEDERTREXATE)
- ciclosporina
- acitretin (NEOTIGASON)

Otros: (anotar)_____

Fototerapia ()

- UVA
- PUVA (OXORALEN+UVA)
- ReUVA (NEOTIGASON + UVA)
- UVB

Inmunoterapia (Biológicos)

- efalizumab (RAPTIVA)

12. TRATAMIENTO CON MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS. (MAC)

¿Desde el inicio de su psoriasis UTILIZÓ algún tratamiento diferente a los anteriores?: SI () NO ()

13. Si su respuesta fue SI RESPONDA Cuál FUÉ el motivo?:

15. ¿Cuáles tratamientos de la siguiente lista UTILIZÓ para el tratamiento de su psoriasis antes de acudir a la Clínica de Psoriasis de éste hospital, por cuánto tiempo, si considera que tuvo mejoría de su psoriasis, si la combinó con el tratamiento médico convencional? Responda con una cruz en el cuadro según el caso, pueden ser más de una:

¿CUÁNTO TIEMPO LA EMPLEÓ? SÓLA? COMBINADA? CONSIDERA TUVO MEJORIA?

MAC (MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA)	¿CUÁNTO TIEMPO LA EMPLEÓ?		SÓLA?	COMBINADA?	CONSIDERA TUVO MEJORIA?							
	1 día-6 m	6 m-1a				1a-5 a	5a-10a	MÁS DE 10 años	CO	EL TRAT. CONVENCIONAL	MEJORA	SI
TIPOS												
Acupuntura												
Homeopatía												
Herbolaria												
Naturismo												
Tratamiento nutricionales												
Vitaminas												
Oxigenoterapia												
Aromaterapia												
Psicoterapia												
Hipnosis												
Meditación												
Yoga												
Hidroterapia**												
Musicooterapia												
Terapia de movimiento y danza, del color, del arte												
Reflexología												
Iridología												
Reiki												
Quiropráctico, Osteopatía												
Masajes												
Remedios caseros y Otros: (Especifique)												

*Tratamientos nutricionales: enzimas, aminoácidos, minerales, etc. ** Hidroterapia: baños termales, temazcal, etc

15. CUÁL ES SU TRATAMIENTO ACTUAL?

Puede responder más de una:

Tópicos ()

- () vaselina con ácido salicílico (pomada blanca)
- () vaselina con alquitrán de hulla (pomada negra)
- () antralina
- () cold cream sólo () ó con aceite de almendras dulces
- () shampoo medicado
- () calcitriol(SILKIS)
- () calcipotriol (DAIVONEX)
- () tacalcitol (BONALFA)
- () tazaroteno (SURETIN)
- () corticoesteroides (NUTRACORT, DESOWEN, ELOMET, ELICA, DERMATOVATE
QUADRIDERM, SYNALAR, BAYCUTEN, DIPROSONE, ETC)

Otros: (anotar)_____

Sistémicos ()

- () corticoesteroides (METICORTEN, CALCORT)
- () metotrexate (LEDERTREXATE)
- () ciclosporina
- () acitretin (NEOTIGASON)

Otros: (anotar)_____

Fototerapia ()

- () UVA
- () PUVA (OXORALEN+UVA)
- () ReUVA (NEOTIGASON + UVA)
- () UVB

Inmunoterapia (Biológicos)

- () efalizumab (RAPTIVA)

16. TRATAMIENTO CON MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS. (MAC)

¿ACTUALMENTE emplea algún tratamiento diferente a los anteriores además del tratamiento médico convencional?:

SI () NO ()

17. Si su respuesta fue SI RESPONDA Cuál ES el motivo?:

18. ¿Cuáles tratamientos de la siguiente lista **UTILIZA ACTUALMENTE** además del tratamiento médico convencional para el tratamiento de su psoriasis, por cuánto tiempo la ha empleado y si considera que ha tenido mejoría de su psoriasis? Responda con una cruz en el cuadro según el caso, puede ser más de una.

CUÁNTO TIEMPO LLEVA USÁNDOLA? HA TENIDO MEJORÍA?

MAC (MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA)	CUÁNTO TIEMPO LLEVA USÁNDOLA?					HA TENIDO MEJORÍA?		
	1 día-6 m	6 m-1*	1a – 5 a	5a – 10a	Más de 10 a	SI	NO	NO SÉ
TIPOS								
Acupuntura								
Homeopatía								
Herbolaria								
Naturismo								
Tratamiento nutricionales								
Vitaminas								
Oxigenoterapia								
Aromaterapia								
Psicoterapia								
Hipnosis								
Meditación								
Yoga								
Hidroterapia**								
Musicoterapia								
Terapia de movimiento y danza, del color, del arte								
Reflexología								
Iridología								
Reiki								
Quiropráctico, Osteopatía								
Masajes								
Remedios caseros y Otros: (Especifique)								

*Tratamientos nutricionales: enzimas, aminoácidos, minerales, etc. ** Hidroterapia: baños termales, temascal.

19. Cómo tuvo conocimiento de éste tipo de medicina alternativa?

Por un familiar () Por un amigo () Por un médico () Por otras personas () Por publicidad:

Revistas () radio () T.V. () Trípticos ()

Otros () _____ -_(Anotar)

Le agradecemos su valiosa participación.

GRACIAS.

Deje en blanco los siguientes párrafos.

DATOS LLENADOS POR SU MEDICO

REGISTRO _____

PASI _____

		Área afectada
E = eritema	0 = ausente	1 - 9% = 1
G = grosor	1 = leve	10 - 29% = 2
Es = escama	2 = moderado	30 - 49% = 3
	3 = grave	50 - 69% = 4
	4 = Muy grave	70 - 89% = 5
		90 - 100% = 6

(E + G + Es) x ÁREA AFECTADA

___/___/___

CABEZA: 0.1 (___ + ___ + ___) X ___ = ___

TRONCO: 0.3 (___ + ___ + ___) X ___ = ___

EXT. SUP.: 0.2 (___ + ___ + ___) X ___ = ___

EXT. INF.: 0.4 (___ + ___ + ___) X ___ = ___

TIPO DE PSORIASIS: Placas () En gotas () Pustulosa () Invertida () Eritrodérmica ()