



## TERAPIAS ALTERNATIVAS EN PSORIASIS

**Dr. Ignacio J. Dei-Cas**

SECCIÓN PSORIASIS. DIVISIÓN Y CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA.

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.

### INTRODUCCIÓN

La medicina alternativa es considerada la práctica médica que generalmente no se ejerce en la mayoría de los centros asistenciales u hospitales y que no se enseña en las facultades de medicina.

Las **terapias alternativas (TA)** son populares y están disponibles en la mayoría de los países tanto desarrollados como en vías de desarrollo.

En la actualidad la demanda de TA se encuentra en continuo crecimiento. En Estados Unidos en el año 1990 la utilización de TA fue superior a la de la medicina convencional, estimándose un gasto de 14000 millones de dólares, cifra que se duplicó hacia 1997. Cifras similares se recaudan en Inglaterra y Australia donde el 50% de la población utiliza TA. En nuestro país según un estudio publicado en 2003 el 55% de los encuestados había utilizado TA en algún momento de sus vidas.

La popularidad creciente de las TA reflejan un cambio en las necesidades y valores de la sociedad. Posibles causas de ello serían el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas, la mayor información científica y pseudo-científica disponible, una menor aceptación hacia el paternalismo médico, un

*Las terapias alternativas (TA) son populares y están disponibles en la mayoría de los países tanto desarrollados como en vías de desarrollo.*

*En nuestro país, según un estudio publicado en 2003, el 55% de los encuestados había utilizado TA en algún momento de sus vidas.*

descreimiento creciente hacia la medicina científica y un aumento del interés por lo espiritual. Sumado a ello, la mayor conciencia de los efectos adversos y el costo creciente de la medicina convencional incrementan la demanda de las TA. Concomitantemente con el aumento del consumo de TA, la ignorancia de los médicos y científicos sobre el tema, aumenta la brecha comunicacional entre el médico y el paciente favoreciendo así la consulta y el "consumo" de TA.

*La ignorancia de los médicos y científicos sobre el tema, aumenta la brecha comunicacional entre el médico y el paciente favoreciendo así la consulta y el "consumo" de TA.*

La psoriasis, como muchas de las enfermedades crónicas, resulta un campo propicio para las TA, existiendo estudios que reportan su utilización por más del 50% de los pacientes encuestados.

Con el fin de ahondar sobre las TA disponibles, su eficacia, seguridad y motivaciones para su uso o rechazo en los pacientes con psoriasis, se divide esta comunicación en diferentes secciones que incluyen: la definición de TA, ciertas consideraciones históricas, el concepto del placebo y su relación con las TA, las TA disponibles para los pacientes con psoriasis tanto en la literatura médica como en internet, las motivaciones para su utilización por parte de los pacientes y la visión que tienen los médicos sobre las mismas.

## DEFINICIONES

Existen numerosas **definiciones de las TA:**

1. Son el arte de ofrecer diferentes opciones terapéuticas que funcionan fuera del sistema ordinario adoptado/ aceptado por un país o una cultura. El estilo y el método son considerados no convencionales y en muchas situaciones y lugares ocupan el lugar o suplementan a la medicina tradicional si ésta no se encuentra disponible o carece de opciones ante determinados problemas salud.

Las TA son consideradas una medicina holística por quienes las practican, entendiéndose por ello al manejo de la persona como un "todo" en sus aspectos físicos, mentales, emocionales y espirituales. Las TA fueron desde los comienzos de la humanidad el medio utilizado por los seres humanos para preservar su salud.

2. Las TA constituyen la continuidad de las tradiciones, creencias religiosas e incluso mitos utilizados por médicos o no, para el cuidado de sus pacientes.

3. Las TA constituyen todo tipo de terapias no practicadas a nivel hospita-

lario ni enseñadas en las facultades de medicina.

4. Las TA abarcan un amplio rango de filosofías, métodos y tratamientos que la medicina convencional no utiliza, acepta, comprende u ofrece.

## ASPECTOS HISTÓRICOS

La medicina tuvo en el transcurso de la historia diferentes aspectos propios en cada cultura, muchos de los cuales persisten en la actualidad bajo el amparo de las TA.

### *Medicina del antiguo Egipto*

La medicina de los faraones se remonta al año 4500 AC. La **aromaterapia** se inicia en Egipto y se encontraron papiros que describen sus usos terapéuticos que datan del año 1600 AC. Los egipcios utilizaron numerosos aceites, extractos florales y hierbas, en especial para el tratamiento de las afecciones cutáneas. También practicaron la **reflexología**.

### *Medicina griega*

Los griegos al igual que los egipcios utilizaron la **aromaterapia** tanto para el tratamiento de las enfermedades como con fines cosméticos. El uso de **hierbas medicinales** tuvo un gran crecimiento en esta época y el libro que describe los beneficios de las plantas medicinales escrito por Pedacius Dioscorides fue el referente en el tema por los siguientes 1200 años posteriores a su escritura.

### *Medicina india*

El **ayurveda** describe a la ciencia de la longevidad o también a la medicina de los dioses. Se inició hacia el año 500 en la comunidad hindú y fue

adoptada por los budistas y otros grupos religiosos con posterioridad. Dentro de las terapias utilizadas se conoce que fueron expertos en el masaje con compuestos aromáticos, en la yoga (cuyo objetivo es destruir la agresión) y en la urinoterapia. Esta tiene una antigüedad estimada en 5000 años y se la utilizó para el manejo de múltiples enfermedades cutáneas como el acné, la psoriasis, los eccemas y el prurito entre otras.

### *Medicina china*

La medicina china se inicia con la filosofía de Confucio. Clásicamente incluye el uso de plantas medicinales, ciertas dietas, el feng shui, los masajes y la acupuntura. Los chinos utilizaron la aromaterapia contemporáneamente con los egipcios.

El uso de **plantas medicinales** está documentado en el libro de Shen Nugs que data del año 2700 AC. La **acupuntura** constituye la TA china más difundida. Su utilización comienza hace aproximadamente 4700 años y sus bases fueron descritas por Huang Ti Nei Ching Wen en el clásico libro amarillo del emperador sobre medicina interna.

El **feng shui**, otra TA de origen chino, implica filosóficamente el cambio en el estilo de vida basándose en el movimiento invisible de la energía que es capaz de ejercer efectos físicos, mentales, emocionales y espirituales.

La terapia china de la **dieta** se basa en el concepto de que "somos lo que ingerimos", determinando la alimentación el estado de salud del individuo.

### *Medicina romana*

Los romanos tomaron los conocimientos de los griegos y mejoraron el uso de la aromaterapia. Utilizaron el sauna y los baños de vapor, transformándose

Roma en la capital mundial de los **baños termales**.

## Medicina árabe- islámica

Durante el imperio árabe- islámico la medicina antigua tuvo su apogeo ya que era promovida por Bagdad, Sevilla, Granada, Toledo, y otras ciudades que comprendían el centro científico y cultural de la región. La medicina no tradicional en la antigua civilización árabe islámica era meramente **metafísica, sobrenatural, popular, económica** y ampliamente aceptada y aprobada por la población. Los médicos afirmaban que tratando los síntomas iniciales de las enfermedades por medios no convencionales, especialmente hierbas, no enmascaraban la enfermedad, sino que por el contrario la tornaban más susceptible al tratamiento convencional. Ellos creían y practicaban la **prevención**.

Las creencias y prácticas médicas de la medicina árabe no convencional era amplia e incluía el estudio de la **fisonomía**, la **adivinación**, la **geomancia**, el **exorcismo**, el uso de **amuletos**, de **piedras preciosas**, la **astrología**, el **horóscopo**, el uso de **ventosas**, la terapia del vapor, el uso de hierbas medicinales, la terapia de la miel, la **quiropaxia**, el **ayuno**, la **circuncisión** masculina y femenina, la **balneoterapia**, la **helioterapia**, la **climato-terapia** y la **hipnoterapia** entre otras.

Según lo expuesto las **diferentes TA** suelen basar sus **orígenes y metodologías** en numerosas civilizaciones de **África, Asia y Medio Oriente**, diseminándose con posterioridad por el resto del mundo y siendo adoptadas universalmente y en especial por los países desarrollados.

## TERAPIAS ALTERNATIVAS VS PLACEBO

Hacia comienzos del siglo XX la respuesta a la mayoría de los tratamientos

indicados por los profesionales de la salud era debido al efecto placebo ya que gran parte de los tratamientos carecían de fundamento científico. En la actualidad, el médico prescribe excepcionalmente un placebo, sin embargo se reconoce su utilidad en numerosas enfermedades.

La definición de **placebo** ha variado con el transcurso del tiempo. Por siglos el término placebo era utilizado para definir toda terapéutica destinada más a confortar que a curar al paciente. Con posterioridad a la introducción de los estudios controlados, hace más de 50 años, se adoptó el término para referirse a toda sustancia o terapia inactiva o inefectiva utilizada en la práctica clínica por su efecto psicológico.

Sin embargo en la actualidad considerar que el placebo no ejerce ningún efecto sobre el paciente es erróneo. Para determinarlo se han diseñado trabajos de investigación que dividen a la muestra en estudio en 3 grupos, el que recibe la droga/ tratamiento en estudio, el que recibe el placebo y un tercer grupo que no recibe intervención alguna. La diferencia de respuesta observada entre el segundo y el tercer grupo determinaría el efecto placebo.

Existen numerosas razones que explican por qué aquellos pacientes que pertenecen al grupo placebo experimentan **efectos beneficiosos**, debiendo considerarse:

1. La remisión espontánea.
2. El efecto de todo procedimiento previo a la instauración del tratamiento, en especial la relación médico paciente.
3. El efecto de participar en un estudio de investigación.
4. El efecto estadístico.

El efecto placebo no es igual en todos los casos y existen circunstancias en las que puede verse incrementado debiéndose considerar:

a- Elementos previos a la instauración del tratamiento:

1. La visión del paciente de encontrarse frente a un profesional experimentado, competente y optimista.
2. La actitud positiva del profesional.
3. La confección de una historia clínica detallada y extensa.
4. La realización de múltiples estudios previos al comienzo del tratamiento.

b- La respuesta individual del paciente:

1. Aquellos pacientes considerados psíquicamente "normales" responden mejor al placebo si éste es administrado con una actitud neutral.
2. Los pacientes neuróticos responden mejor si el placebo es administrado con una actitud francamente positiva.

c- Mecanismos propios del paciente:

1. Algunos pacientes requieren la administración de una medicación (comprimido, etc) como símbolo de la existencia de un tratamiento.
2. Los pacientes refieren que la medicación incrementa su optimismo ante la enfermedad.
3. El color del comprimido puede afectar la respuesta y los resultados del estudio.
4. La forma farmacéutica empleada puede modificar la respuesta, siendo para el paciente la vía sistémica más efectiva que la tópica aunque refieren más efectos adversos.

A pesar de lo expuesto resulta difícil afirmar si las TA ejercen su efecto vía placebo o no y todo depende de cómo se defina al elemento terapéutico responsable de alcanzar el efecto clínico deseado. Por ejemplo, al considerar a la acupuntura depende de cómo se defina su mecanismo de acción para que el resultado sea previsible o accidental -la acción satisfactoria que pueden presentar algunos pacientes con psoriasis

puede depender del sitio de inyección de las agujas o del efecto relajación y si es este último el que se considera el elemento central y el mecanismo de acción de este tratamiento no podría concluirse que la acupuntura actuaría por efecto placebo-.

En conclusión, **el efecto placebo debe entenderse como el resultado accidental de un determinado tratamiento. La forma en que el médico alcanza el objetivo terapéutico depende más de los factores asociados a la relación médico paciente que al tratamiento en sí basándose en ello más que en cualquier otro aspecto el éxito de las TA.**

## TERAPIAS ALTERNATIVAS EN PSORIASIS

La psoriasis, al igual que muchas otras enfermedades cutáneas, es una dermatosis capaz de ser tratada por múltiples medios tanto convencionales

como alternativos. El hecho de ser una enfermedad crónica que evoluciona por brotes hace que el paciente se encuentre en constante búsqueda de tratamientos para controlarla.

En la actualidad se encuentran múltiples TA disponibles para el manejo de la psoriasis (cuadro I), siendo la efectividad variable entre los distintos países y culturas.

En general se describe que una **TA puede resultar de utilidad en los pacientes con psoriasis que presentan formas leves o moderadas** de la enfermedad (compromiso cutáneo inferior al 10% de la superficie corporal) y sólo excepcionalmente en pacientes con psoriasis severa.

### Acupuntura

La acupuntura es una TA utilizada desde hace siglos para el tratamiento de la psoriasis.

El origen de la palabra deriva del latín *acus* y *punctura*, términos que originalmente se utilizaban para referirse a la aplicación de agujas en lugares específicos del cuerpo. En la actualidad el término tiene un alcance más amplio y se lo utiliza para referirse tanto a la **acupuntura tradicional** (aplicación de agujas filiformes, lancetas, agujas intradérmicas y de pabellones auriculares) como a otros **métodos relacionados** (moxibustión, acupresión, etc). Diferentes agujas se utilizan para diferentes áreas corporales o enfermedades.

En el campo de la dermatología la aguja intradérmica se la utiliza para el tratamiento de las enfermedades crónicas y refractarias como la psoriasis, las neurodermitis y los eccemas. La aguja es aplicada superficialmente sobre la piel sin internarse en el tejido celular subcutáneo, utilizándose también la aguja de 7 puntas que consiste en un mango unido a un dispositivo redondo que posee 7 agujas dispuestas en círculo.

Tradicionalmente la acupuntura es una práctica manual aunque con el avance en el área de la electroestimulación se ha desarrollado la **electroacupuntura** y otras técnicas de estimulación eléctrica transcutánea ideadas para aquellos pacientes no dispuestos a soportar las punciones. Específicamente para el tratamiento de la psoriasis se describen múltiples sitios de punción en diferentes zonas corporales los cuales reciben nombres específicos (por ej: Dazhui, Fengmen, etc) sólo comprensibles para aquellos que dominan la técnica.

El consenso general es que **la acupuntura no resulta eficaz en la psoriasis ni en otras enfermedades dermatológicas.**

### Homeopatía

La homeopatía fue desarrollada por Samuel Hahnemann (1775-1843), médico alemán. Sus fundamentos se basan

MEDICINAS ALTERNATIVAS USADAS EN LA PSORIASIS	
Acupuntura	Homotoxicología
Alta frecuencia	Hipnosis
Aromaterapia	Magia y prácticas étnicas
Apiterapia	Masajes
Biofeedback	Homeopatía
Cristaloterapia	Termalismo
Cromoterapia	Oxigenoterapia
Dermotonía	Reflexología
Electroacupuntura	Shiatsu
Fitoterapia	Yoga
Flores de Bach	Magnetoterapia
Gemoterapia	Terapia de megavitaminas
Ingesta de gorgojos	Terapia sexual
Medicina holística	Mineraloterapia
Medicina cuántica	Músicoterapia
Té de Kombucha	

Cuadro I.

en la ley de los similares y en la ley infinitesimal. La primera asume que ciertos síntomas pueden curarse si se administra una droga que induce los mismos síntomas en sujetos sanos y la segunda ley define que la droga debe ser administrada en altas diluciones, entendiéndose que a mayor dilución mayor efecto terapéutico lo que denominan "potenciación". Sin embargo la física y química moderna demostraron que las diluciones son tan altas que es imposible encontrar una molécula de la sustancia original en la preparación, pero para quienes practican la homeopatía la "esencia" de la sustancia original persiste en el agua y postulan el efecto "memoria del agua" para avalar sus fundamentos.

**En base a los conceptos actuales no existe evidencia científica que avale el uso de la homeopatía en la psoriasis y el elevado costo del tratamiento contraindica su utilización en esta enfermedad.**

### **Aromaterapia**

La aromaterapia es el uso terapéutico de aceites esenciales aromáticos volátiles extraídos de diferentes plantas. El término aromaterapia fue introducido por el químico francés René Maurice Gattefossé en 1927, quien realizó estudios con aceites esenciales en hospitales durante la Primera Guerra Mundial presentando resultados sorprendentes en el tratamiento de la gangrena y en la curación de heridas. Durante la Segunda Guerra Mundial otro francés, Jean Valnet, trabajando en el sudeste asiático reconoce el efecto antimicrobiano de ciertos aceites esenciales.

**En la actualidad la aplicación transepidérmica de los aceites esenciales se ha tornado la vía de administración de elección.** La aromaterapia ha sido utilizada en un amplio grupo de enferme-

dades físicas y mentales. Su uso en dermatología se sustenta en la aplicación externa de las esencias, las cuales pueden administrarse mediante diferentes técnicas y/o vehículos como los masajes, compresas, geles, pastas, sprays o vapores. El uso tópico de los aceites esenciales ha mostrado según sus cultores similares efectos que el uso sistémico (oral, rectal o vaginal), siendo la primera vía de administración más aceptada.

En la **psoriasis** se han descrito efectos beneficiosos con el uso de **aceites de melisa** (reduciría el prurito y la xerosis cutánea), de **chamomile**, de **bergamota** y de **lavanda**. Sin embargo debe considerarse que el uso inapropiado de los aceites esenciales **puede resultar tóxico**. Se conoce que altas proporciones de aldehídos irritan la piel, los efectos fototóxicos de la administración de aceites de origen cítrico, efectos neurotóxicos producidos por cetonas e incluso efectos carcinogénicos.

### **Otras terapias alternativas**

Las **técnicas de relajación**, la  **cromoterapia** (terapia basada en la visión de los distintos colores), la  **gemoterapia** (aplicación de diferentes piedras preciosas sobre la piel y el efecto que generaría la "vibración" de los minerales sobre la misma mediante la técnica del masaje), la práctica de ritos tradicionales de distintas etnias, la **musicoterapia**, la **magnetoterapia** (aplicación de campos magnéticos externos sobre el cuerpo humano con fines curativos cuya acción sería dependiente de la potencia del magneto, su localización, la distancia entre el magneto y el sitio a tratar y del tiempo en que se expone al paciente al tratamiento) y el **yoga** actuarían según el concepto de **psicoterapia superficial** que se basa en el efecto inconsciente ejercido por el profesional sobre el enfermo y en el autoconvencimiento, modos de acción propios del placebo. En la bibliografía

médica **no existe evidencia científica que demuestre la efectividad de estos tratamientos en la psoriasis.**

El uso de **flores de Bach** (diluciones de esencias florales en alcohol) y la **apiterapia** (tratamiento derivado de las abejas tanto de sus productos -miel, propóleo, etc- como de su picadura) han mostrado excepcionalmente respuestas favorables en los pacientes con psoriasis, pero el riesgo, dentro de los que se incluye el shock anafiláctico, es mayor que los beneficios potenciales.

La **psicoterapia profunda** que incluye el psicoanálisis, múltiples técnicas psicodinámicas orientadas y la hipnosis han sido beneficiosas en el tratamiento de la psoriasis en especial en pacientes con formas leves o moderadas de la enfermedad y excepcionalmente en las formas pustulosas, eritrodérmica o artropática. La psicoterapia profunda resulta de utilidad como tratamiento coadyuvante del tratamiento médico farmacológico y en especial en aquellos pacientes que relacionan sus brotes con factores emocionales desencadenantes.

La fitoterapia, el termalismo y la terapia nutricional merecen consideraciones especiales.

La **fitoterapia**, base de la Medicina China tradicional, ha sido practicada por siglos. El emperador Shen Nang, quien se cree vivió entre los años 2698 y 2598 AC es considerado el fundador de la agricultura en China y también el padre de la medicina herborística china. Se dice que fue él quien aprendió y describió los efectos de las distintas hierbas tras haberlas probado personalmente.

La **medicina tradicional china** clasifica a la psoriasis dentro de 3 síndromes que denominan el calor, la sequedad y el estasis de la sangre:

1. **Síndrome del calor de la sangre:** los pacientes se caracterizan por el comienzo agudo de una erupción de lesiones rojo brillantes en placas o en

gotas. Suele asociarse con intenso prurito.

2. **Síndrome de sequedad de la sangre:** hace referencia a los estadios crónicos de la enfermedad en los cuales las lesiones son más pálidas, infiltradas y escamosas y en la cual la lengua adquiere un color rosado.

3. **Síndrome del estasis de la sangre:** incluye una fase estática de la enfermedad en la cual las placas son irregulares en forma, duras, escamosas y presentan un borde claramente definido y tienen poca tendencia a la resolución espontánea.

Si bien la lista de sustancias utilizadas en el tratamiento de la psoriasis por la medicina tradicional china es extensa se describen **10 hierbas que producirían efectos beneficiosos en el paciente con psoriasis**. En los últimos años estudios científicos exhaustivos han investigado los mecanismos de acción de estas hierbas (cuadro II).

En un estudio pakistaní que evaluó la respuesta del uso del **aloe vera** (extracto al 0,5% en base crema hidrofílica) en pacientes con psoriasis leve a moderada ha mostrado resultados satisfactorios con 82% de curación vs el 7,9% en pacientes que recibieron placebo.

El **termalismo** ha sido objeto de múltiples estudios científicos en los últimos años. La helio-climato-talasoterapia ha demostrado efectos beneficiosos en el tratamiento de la psoriasis. En su mayoría estos estudios provienen de la región del Mar Muerto en Israel. Los investigadores postulan que el baño en soluciones salinas a diferentes concentraciones mejoraría la efectividad de la terapia ultravioleta. Kugballe y col señalan que la balneoterapia en el Mar Muerto estimula el metabolismo de la vitamina D reduciendo la velocidad de recambio celular incrementada en la psoriasis.

Sin embargo muchos de estos estudios no cuentan con grupos control tratados con radiación ultravioleta exclusivamente (la cual es altamente efectiva como monoterapia en la psoriasis), generándose dudas sobre el efecto de las aguas. Existe un reporte nacional con resultados satisfactorios en pacientes sometidos a termalismo en Copahue, Neuquén.

En conclusión, **no puede confirmarse hasta la fecha el efecto beneficioso ejercido por la balneoterapia exclusiva**, requiriéndose mayor estudio.

La terapia nutricional y la reeducación nutricional han mostrado resultados favorables en pacientes con psoriasis, en especial en sujetos obesos. Sin embargo se cree que es la privación calórica más que la dieta en sí la que disminuye la tasa de proliferación de los queratinocitos. La suspensión del alcohol en pacientes con alto consumo actuaría de igual forma.

Se describe también que la ingesta de **aceites de pescado** que contienen ácidos grasos omega 3 poliinsaturados que intervienen en el metabolismo de los leucotrienos mejoraría la psoriasis. La dosis terapéutica para alcanzar resultados leves a moderados es elevada, de 2 a 14 g/día, lo que equivaldría al consumo de entre 15 y 100 cápsulas diarias de las disponibles en el mercado o a 60 g de aceite de hígado de bacalao al día.

En dosis baja los ácidos grasos poliinsaturados han mostrado ser útiles como suplemento del tratamiento con retinoides o ciclosporina para disminuir la hiperlipidemia o minimizar el daño renal.

Altas dosis de **vitamina A** mejorarían la psoriasis y producirían aún un mejor efecto si se la asocia con vitamina E.

Dosis de **vitamina D3** de 0,5 a 2,5 microgramos/día también poseen efectos beneficiosos en la psoriasis pero las mismas no son consideradas regímenes dietarios sino intervenciones farmacológicas debido a las altas concentraciones requeridas.

HIERBAS CHINAS EN PSORIASIS	
Hierba	Mecanismo de acción
Rhemannia glutinosa (raíz)	T degranulación mastocitos T TNF aT IL1
Angelica sinensis (raíz)	efecto antiinflamatorio
Salvia miltiorrhiza	T degranulación mastocitos T TNF aT IL2
Dictamnus dasycarpus (raíz)	hepatoprotector (útil en combinación con otras hierbas)
Smilax glabra (tronco subterráneo)	T PGE2
Oldenlandia difusa (plantacompleta)	efecto controvertido
Lithospermum erythrorhizon (raíz)	T angiogénesis
Paeonia lactiflora (raíz)	efecto antiinflamatorio (fundamentalmente articular)
Carthamus tinctorius (flor)	T TNF aT IL1T IL6
Glycyrrhiza uralensis (raíz)	gastro y hepatoprotector (útil en combinación con otras hierbas)

Cuadro II.

Se describen otros múltiples enfoques terapéuticos nutricionales en la psoriasis (antioxidantes, vitamina C, betacarotenos, selenio, etc.) pero su falta de eficacia comprobada los tornarían placebo.

## Terapias alternativas disponibles en la Argentina

En la actualidad el mayor uso y disponibilidad de internet ha tornado el mercado de las TA ampliamente difundido. Es posible encontrar páginas web que proponen múltiples tratamientos para la psoriasis desde aquéllos con fundamento científico comprobado a una vasta oferta de TA de efectividad dudosa.

En la búsqueda realizada en páginas web del país además de las TA ya abordadas se publicitan tratamientos como la medicina cuántica, la alta frecuencia, la ingesta de gorgojos, el consumo de té de Kombucha y el sistema de tratamiento con "minerales". El lenguaje utilizado, muchas veces incomprensible, y el modo en que se ofrecen y "venden" estos tratamientos para la psoriasis es desde la óptica médica sorprendente y ampliamente cuestionable.

## VISIÓN DEL PACIENTE FRENTE A LAS TA

En forma concomitante a la consolidación del modelo científico en los últimos años, diferentes estudios reflejan un aumento significativo del uso de TA tanto en adultos como en niños. Es común que muchos pacientes consulten a profesionales que practican TA, pero la mayoría no lo comenta con su médico de cabecera.

Para la decisión de consultar o realizar una TA existen en el paciente motivaciones positivas como la percepción de efectividad y seguridad, congruencia filosófica, dimensión espiritual, énfasis en el enfoque holístico, contacto con lo

natural, rol activo y control del tratamiento por parte del paciente, mucho contacto humano y poca tecnología, empatía con el terapeuta, fácil acceso y experiencia terapéutica agradable entre otras.

Existen también motivaciones negativas con respecto a la medicina convencional que hacen que un paciente elija una TA como la insatisfacción con algún aspecto del sistema de salud convencional (fallas en la relación médico-paciente, consultas breves, rechazo por la ciencia y la tecnología o incluso desesperación).

En reglas generales, según un estudio realizado en el Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA, el perfil típico del paciente que utiliza TA presenta las siguientes características: mujer, edad inferior a los 45 años, nivel educativo elevado, práctica religiosa activa, tratamientos psicológicos o psiquiátricos previos, dolencia de duración mayor a 6 meses, preocupación relevante por la enfermedad o discapacidad y desconfianza de la medicina tradicional.

**Para comprender por qué un paciente con psoriasis recurre a las TA debemos comprender cuáles son sus creencias y fantasías sobre la enfermedad.** Según un estudio realizado en Inglaterra el 40% de los pacientes con psoriasis están disconformes con los tratamientos que se les ofrecen. Es sabido que la severidad clínica no es un indicador fehaciente de la calidad de vida de los pacientes y la visión propia de cada uno tiene implicancias relevantes en el manejo clínico de la enfermedad.

Estas creencias pueden dividirse en 4 categorías:

1. **Percepción acerca de la etiología de la enfermedad:** si bien la lista de posibles agentes causales es amplia y variada existe en la población de pacientes con psoriasis la creencia de que la enfermedad es el resultado, en princi-

pio, del estrés sobre una base genética, aunque también se describe un sentimiento de culpa ya que más del 30% cree que la enfermedad es consecuencia de su estado de ánimo o de su conducta. No menos importante es la creencia de que su psoriasis es el resultado de maleficios perpetrados por terceros, que es secundaria a la contaminación, la dieta o algún agente infeccioso.

2. **Percepción acerca de la cronicidad o recurrencia:** la idea de cronicidad es bien conocida por los pacientes y más del 80% manifiesta que en caso de poder controlarla continuarán apareciendo brotes, que es más probable que estos últimos sean continuos que temporales y que su duración sea prolongada.

3. **Percepción sobre el control o curación de la enfermedad:** existe un predominio de pacientes con psoriasis que creen ser capaces de determinar el curso de la enfermedad e incluso de lograr la cura de la misma.

4. **Percepción acerca de las consecuencias de la enfermedad en la vida diaria:** aproximadamente el 70% de los pacientes cree que la psoriasis constituye una carga en sus vidas y más del 50% cree que afecta la manera en que se ven como personas, en especial las mujeres, a pesar de presentar cuadros menos severos que los hombres.

## VISIÓN DEL MÉDICO SOBRE LAS TA

En la actualidad las TA son consideradas un negocio altamente rentable tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Como consecuencia de ello no es infrecuente hallar profesionales que deciden apartarse de la medicina científica para abordar variadas alternativas, irracionales en muchos de los casos.

El sentimiento de la comunidad médica en general con respecto a las TA no

es uniforme. Un estudio realizado en Alemania reveló que las TA eran practicadas por el 30% de los profesionales, que el 50% de la comunidad médica proponía incluirlos dentro de los planes de salud y que el 75% consideraba que debía incorporarse su enseñanza dentro de los curriculums de estudio de las facultades de medicina.

En Inglaterra se considera que en la actualidad el 30% de los médicos practica algún tipo de TA en el contexto de su actividad médica y que el 40% deriva a sus pacientes para la realización de TA, con un predominio de mujeres jóvenes que adoptan esta conducta.

Sin embargo en términos generales los médicos ingleses consideran que:

1. Las TA deben ser sometidas a mayores investigaciones científicas antes de ser aceptadas y adoptadas.
2. Es erróneo el concepto de que las TA producen remisiones más prolongadas o mayor tasa de curación que la medicina científica.
3. Las TA pueden ser peligrosas y demorar un tratamiento efectivo.
4. Las TA actúan mediante el efecto placebo.
5. Las TA no deben incluirse dentro del sistema de salud.

Resulta igualmente llamativo que en este estudio las TA no hayan sido consideradas por los participantes como: un medio con fines económicos, una opción a ofrecer sólo cuando la medicina científica no tiene otras alternativas o una moda transitoria.

En **nuestro país**, un estudio realizado en un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires reveló que el **13% de los profesionales médicos se habían sometido personalmente a TA** en algu-

na oportunidad, declarando el 72% de los mismos que la consulta la habían efectuado ya siendo médicos. El 8% de los médicos entrevistados había derivado pacientes para tratamiento con TA y el 40% opinó que las TA deberían enseñarse en las facultades de medicina. En este estudio la actitud hacia las TA resultó más favorable en los hombres y en los médicos de planta que en los residentes y el motivo para aceptar la continuidad del tratamiento con TA fue que no se suspendiera el tratamiento indicado por el médico de cabecera. Cuando se indicó la suspensión de la TA los motivos más frecuentes fueron el desconocimiento, la ineficacia y el temor a la interferencia con el tratamiento indicado. El autor concluye que a diferencia de los países más desarrollados las TA tienen una menor penetración entre los médicos de nuestro medio.

**En la comunidad médica se esgrimen múltiples argumentos a favor y en contra de las TA.** Quienes se oponen a su utilización postulan que las TA carecen de justificación racional, que su efectividad depende del poder de la sugestión, que a diferencia de lo que postulan sólo raramente son "métodos naturales", que la diferencia en respuesta entre distintos individuos se debe a que las doctrinas son impuestas por un "maestro" en quien el paciente debe confiar, que las TA no admiten estudios controlados a diferencia de la medicina científica, que sus fundamentos resultan abstractos y la posibilidad de reproducir sus hallazgos infrecuente. El enfoque metafísico utiliza un lenguaje con términos como holístico, energía vital, energía espiritual entre otros, términos empleados generalmente por las religiones para explicar lo inexplicable.

Existen otros aspectos que no deben dejarse de lado como son la seguridad

del tratamiento alternativo y las consecuencias del mismo en cada paciente ya que se conoce que ciertas TA son capaces de inducir cuadros de psicosis en pacientes susceptibles.

Entonces ante la consulta del paciente que desea realizar una TA el médico de cabecera debe considerar:

1. ¿Existe evidencia en la literatura médica que la TA a la que se someterá el paciente carece de beneficios o es riesgosa para su salud?
2. ¿Tengo conocimiento o experiencia personal para creer que el "terapeuta" es incompetente o falto de ética?
3. ¿Es coherente aceptar la inquietud y derivación para efectuar una TA en este caso?

Si las respuestas a la primera y segunda pregunta es "no" y a la tercera "sí" la decisión profesional no puede ser considerada negligencia médica desde el punto de vista jurídico.

## CONCLUSIÓN

El auge y aceptación cada vez mayor de las TA para el tratamiento de la psoriasis como de otras enfermedades obliga a replantearnos si ha disminuido el poder terapéutico de la medicina convencional o si ésta no acompaña los cambios y expectativas de la sociedad actual.

La medicina moderna se ve enfrentada al dilema de la superespecialización, alta tecnología y elevados costos.

Si los médicos que ejercemos la medicina convencional deseamos revalorizar nuestra práctica y proteger a nuestros pacientes del charlatanismo médico tal vez debemos tener presente el proverbio francés que dice "curar a veces, aliviar frecuentemente y confortar siempre". □

## BIBLIOGRAFÍA

- Abels DJ, Even-Paz Z, Efron D. Bioclimatology at the Dead Sea in Israel. *Clin Dermatol* 1996;14: 653-658.
- Abels DJ, Kipnis V. Bioclimatology and balneology in dermatology: a Dead Sea perspective. *Clin Dermatol* 1999;16:695-698.
- Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol* 1994;130: 199-203.
- Altomare GF, Capella GL. "Bee sting therapy": the revival of a dangerous practice. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1994;76: 409.
- Andreassi L, Flori L. Mineral water and spas in Italy. *Clin Dermatol* 1996;14: 627-632.
- Astin J. Why patients with psoriasis use alternative medicine. *JAMA* 1998;279:1548-1553.
- Barfod TS. Placebo therapy in dermatology. *Clin Dermatol* 1999;17: 69-76.
- Bedi MK, Shenefelt PD. Herbal therapy in dermatology. *Arch Dermatol* 2002;138: 232-242.
- Ben-Arye E, Ziv M, Frenkel M, Lavi I, Rosenman D. Complementary medicine and psoriasis: linking the patient's outlook with evidence-based medicine. *Dermatology*. 2003;207(3):302-307.
- Bernstein JE, Parish LC, Rapaport M, Rosenbaum MM, Roenigk HH Jr. Effects of topically applied capsaicin on moderate and severe psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1986;15: 504-507.
- Bilkis MR, Mark KA. Mind-body medicine. Practical applications in dermatology. *Arch Dermatol* 1998;134: 1437-1441.
- Bocci V. Ossigeno-ozono terapia. Milan: CEA, 2000:234-235.
- Boer J. The influence of mineral water solutions in phototherapy. *Clin Dermatol* 1996;14: 665-673.
- Breen KJ. The patient-doctor relationship in the new millennium: adjusting positively to commercialism and consumerism. *Clin Dermatol* 2001;19: 19-22.
- Brescia S. Actitud y opinion de los pediatras ante las medicinas alternativas. *Arch argent pediatr* 2004;102:88-95.
- Brown DJ, Dattner AM. Phytotherapeutic approaches to common dermatologic conditions. *Arch Dermatol* 1998;134: 1402-1404.
- Capella GL, Finzi AF. Complementary therapy for psoriasis. *Dermatol Ther* 2003;16:164-174.
- Capella GL, Finzi AF. Psoriasis, lichen planus, and disorders of keratinization: unapproved treatments or indications. *Clin Dermatol* 2000;18: 159-169.
- Chen CH, Yu H. Acupuncture, electrostimulation, and reflex therapy in dermatology. *Dermatol Ther* 2003;16:87-92.
- Cotterill JA, Millard LG. Psychocutaneous disorders. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. *Rook/Willkinson/Ebling textbook of dermatology*, 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1998:2785-2813.
- Dattner AM. Nutritional dermatology. *Clin Dermatol* 1999;17: 57-64.
- Elpern DJ. Beyond complementary and allopathic medicine. *Arch Dermatol* 1998;134: 1473-1476.
- Ernst E. Adverse effects of herbal drugs in dermatology. *Br J Dermatol* 2000;143: 923-929.
- Ernst E. The usage of complementary therapies by dermatological patients: a systematic review. *Br J Dermatol* 2000;142: 857-861.
- Fleischer AB, Feldman SR, Rapp SR, Reboussin DM, Lyn Exum M, Clark AR. Alternative therapies commonly used within a population of patients with psoriasis. *Cutis* 1996;58: 216-220.
- Fortune D, Richards H, Main Ch, Griffiths Ch. What patients with psoriasis believe about their condition. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:196-201.
- Franco J, Pecci C. La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *Medicina* 2003;62:111-118.
- Furnham A. Attitudes towards homoeopathy in particular and beliefs about complementary medicines in general. *Psychol Health Med* 2000;5: 327-343.
- Gaston L, Crombez JC, Lassonde M, Bernier-Buzzanga J, Hodgins S. Psychological stress and psoriasis: experimental and prospective correlational studies. *Acta Derm Venereol*
- Griffiths CE, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001 ;26:338-342.
- Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Ellis CN. Alcohol intake and treatment responsiveness of psoriasis: a prospective study. *J Am Acad Dermatol* 1993;28: 730-732.
- Happle R. The essence of alternative medicine. A dermatologist's view from Germany. *Arch Dermatol* 1998;134:1455-1460.  
<http://www.buenasiembra.com.ar>  
<http://www.cenmec.com.ar>  
<http://www.e-morales.com.ar>  
<http://www.formarse.com.ar>  
<http://www.fundcvmejor.com.ar>
- Iliev E. Acupuncture in dermatology. *Clin Dermatol* 1998;16: 659-688.
- Jensen P. Use of alternative medicine by patients with atopic dermatitis and psoriasis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1990;70: 421-424.
- Kirsch I. Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo: empirically derived techniques. *Am J Clin Hypn* 1994;37: 95-106.
- Koblentz CS. Psychotherapy for intractable inflammatory dermatoses. *J Am Acad Dermatol* 1995;32: 609-612.
- Koo J, Arain S. Traditional Chinese medicine in dermatology. *Clin Dermatol* 1999;17: 21-27.
- Koo J, Desai R. Traditional Chinese medicine in dermatology. *Dermatol Ther*. 2003;16(2):98-105.
- Kragballe K, Avrach WW, Politi Y, Landau M, Brenner S. Climatotherapy at the Dead Sea stimulates vitamin D3 metabolism [letter]. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1996;76:324-325.
- Levin C, Maibach H. Exploration of "alternative" and "natural" drugs in dermatology. *Arch Dermatol*. 2002 Feb;138(2):207-11.
- Lewith G, Hyland M, Gray S. Attitudes to and use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. *Complement Ther in Med* 2001;9:167-172.
- Li VW, Jaffe MP, Li WW, Haynes HA. Off-label dermatologic therapies. Usage, risks, and mechanisms. *Arch Dermatol* 1998; 134: 1449-1454.
- Long L, Huntley A, Ernst E. Which complementary and alternative therapies benefit which conditions? A survey of the opinions of 223 professional organizations. *Complement Ther Med* 2001;9: 178-185.

- Micozzi M. Historical aspects of complementary medicine. *Clin Dermatol* 1998;16:651-658.
- Neldner KH. Complementary and alternative medicine. *Dermatol Clin* 2000;18: 189-193.
- O'Sullivan RL, Lipper G, Lerner EA. The neuro-immunocutaneous-endocrine network: relationship of mind and skin. *Arch Dermatol* 1998;134: 1431-1435.
- Oumeish Y. The philosophical, cultural, and historical aspects of complementary, alternative, unconventional, and integrative medicine in the old world. *Arch Dermatol* 1998;134:1373-1386.
- Panconesi E, Gallassi F, Sarti MG, Bellini MA. Biofeedback, cognitive-behavioral methods, hypnosis: "alternative psychotherapy"? *Clin Dermatol* 1998;16: 709-710.
- Polenghi MM, Gala C, Citeri A, et al. Psychoneurophysiological implications in the pathogenesis and the treatment of psoriasis. *Acta Derm Venereol* 1989;69: (suppl 146): 84-86.
- Polenghi MM, Molinari E, Gala C, Guzzi R, Garutti C, Finzi AF. Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatologic clinic. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1994;74: (suppl 186): 65-66.
- Rackett SC, Rothe MJ, Grant-Kels JM. Diet and dermatology. The role of dietary manipulation in the prevention and treatment of cutaneous disorders. *J Am Acad Dermatol* 1993;29: 447-461.
- Roy V, Roy T. Placebos: current status. *Indian J Pharmacol* 2001;33: 396-409.
- Seville RH. Psoriasis and stress I. *Br J Dermatol* 1978;97:297-302.
- Seville RH. Psoriasis and stress II. *Br J Dermatol* 1978;98:151-153.
- Shelley WB, Shelley ED. *Advanced dermatologic therapy*. Philadelphia: WB Saunders, 1987:420-421.
- Shenefelt PD. Hypnosis in dermatology. *Arch Dermatol* 2000;136: 393-399.
- Siegel DM. Opening the doors to perception. Complementary approach to dermatologic disease. *Arch Dermatol* 2002;138: 251-253.
- Smole J. Homeopathy in dermatology. *Dermatol Ther* 2003;16:93-97.
- Stevensen CJ. Aromatherapy in dermatology. *Clin Dermatol* 1998;16: 689-694.
- Stibbe JR. Homeopathy in dermatology. *Clin Dermatol* 1999;17: 65-68.
- Studdert D, Eisenberg D, Miler F, Curto D, Kaptchuk T, Brennan T. Medical malpractice implications of alternative medicine. *JAMA* 1998;280:1610-1615.
- Stüttgen G. Reflex therapy in dermatology. *Clin Dermatol* 1999;17: 77-91.
- Sugarman J. Physicians' ethical obligations regarding alternative medicine. *JAMA* 1998;280:1623-1625.
- Syed TA, Ahmad SA, Holt AH. Management of psoriasis with Aloe vera extract in a hydrophilic cream: a placebo-controlled, double-blind study. *Trop Med Int Health*. 1996;1:505-509.
- Tausk FA. Alternative medicine. Is it all in your mind? *Arch Dermatol* 1998: 134: 1422-1425.
- Terr AI. Unconventional theories and unproved methods in allergy. In: Middleton E Jr, Ellis EF, Yunginger JW, Reed CE, Adkinson NF Jr, Busse WW, eds. *Allergy: principles and practice*, 5th ed. St. Louis: Mosby, 1998:1235-1249.
- Thomsen RJ. Spirituality in medical practice. *Arch Dermatol* 1998;134: 1443-1446.
- Ubogui J, Stengel F, Kien M, Sevinsky L, Rodríguez Lupo L. Thermalism in Argentina: alternative or complementary dermatologic therapy. *Arch Dermatol* 1998;134:1411-12.
- Wang G, Liu Y. Traditional Chinese medicine is effective and safe in the treatment of psoriasis. *Int J Dermatol*. 2004 Jul;43(7):552.

Una vida sencilla lleva en sí su propia recompensa.

G. SANTAYANA