



Societat per a l'Estudi i la Difusió de la Teràpia del Dr. Bach de Catalunya

Resultados de la terapia floral en el tratamiento del brote de agudización de la psoriasis

Autor:

[Dr. Elpidio Lora de la Torre](#)^[1]

“Sabemos que algo se agita, pero no sabemos exactamente qué...”

Albert Einstein

Resumen

Tomando como marco de referencia las bondades de la medicina bioenergética y natural se realizó un estudio de intervención, tipo cuasi-experimental, en pacientes con diagnóstico de brote de agudización de psoriasis para demostrar los beneficios de la terapia floral del sistema Bach con respecto a los tratamientos alopáticos utilizados en la misma. Se realizó en la policlínica: “XX Aniversario” de Santa Clara entre agosto 2001-agosto 2002. Se crearon 2 grupos de 30 pacientes cada uno: grupo estudio con terapia floral y grupo control con tratamiento alopático habitual. Los datos de las historias clínicas fueron procesados empleando diferentes métodos estadísticos y se obtuvieron como resultados resaltantes un predominio del color de la piel blanca, los pacientes entre la segunda y quinta décadas de la vida, las lesiones evolucionaron satisfactoriamente en corto período de tiempo en ambos grupos, fueron más efectivas ambas terapias entre los pacientes con pocos años de diagnóstico de la enfermedad. Se concluye que ambas terapias son similarmente efectivas, pero la floral es más beneficiosa por carecer de principios activos.

Introducción

La psoriasis durante siglos ha representado un reto para los dermatólogos y la comunidad científica internacional; numerosas investigaciones se han realizado para determinar su causa pero hasta el presente se considera desconocida.¹

La palabra psoriasis derivada del griego, etimológicamente significa psor: prurito, iasis: estado.² Es una dermatosis inflamatoria crónica, frecuente, no contagiosa, caracterizada por placas bien delimitadas de coloración rosada a salmón, cubierta por escamas poco adherentes, de color típicamente blanco plateado; localizadas en el tronco, articulaciones y cuero cabelludo generalmente aunque puede tomar otras áreas.³

^[1] Especialista en Medicina General Integral, Diplomado en Terapia Floral, Master en Medicina Natural y Tradicional. Policínico “XX Aniversario” de la ciudad de Santa Clara

Tiene un comportamiento bimodal, según: la edad de presentación, los antecedentes genéticos y la evolución clínica. Se clasifican en tipos I y II (forma juvenil y de los adultos). El tipo I (juvenil) aparece más temprano, antes de los 40 años, la edad promedio de su aparición es los 20 años, hay antecedentes familiares, relación con HLA (definitiva con Cw6 [85%] y posible con B13, B17), tiende a ser más generalizada, resistente al tratamiento y grave. El tipo II (del adulto) es de aparición tardía, después de los 40 años, alrededor de los 60 años como promedio, rara vez hay antecedentes familiares, no hay relación con HLA, la evolución clínica es benigna.¹

Aunque se desconocen las causas, múltiples estudios apuntan hacia una patogenia multifactorial, en la que intervienen factores genéticos, inmunológicos, psicosomáticos, ambientales y bacteriológicos.⁴

En el desarrollo embrionario del individuo, el sistema nervioso y la piel se forman de una misma hoja embrionaria (el ectodermo), de ahí que cualquier cambio o lesión en uno vaya a afectar el otro. La psoriasis se encuentra en el grupo de enfermedades de la piel que más frecuentemente están relacionados con estados emotivos anormales, junto a otras como: la neurodermatitis, la hiperhidrosis y ciertos tipos de alopecias.⁵

Clásicamente las lesiones se distribuyen de manera simétrica, en todas las áreas de prominencia o salientes óseos, como codos y rodillas; también en tronco, cuero cabelludo y pliegue interglúteo. Hasta la mitad de los pacientes se afectan las uñas y en algunas ocasiones las palmas de las manos y las plantas de los pies.

Otras variantes menos frecuentes pero que no pueden pasar inadvertidas son:

- La gutata: se desarrollan súbitamente numerosas lesiones papulares pequeñas con escamas de una a tres semanas después de una faringitis estreptocócica.
- La invertida: se desarrollan placas en áreas intertriginosas que carecen de las escamas por la humedad y la maceración.
- La pustulosa: desarrolla pústulas superficiales localizadas o generalizadas acompañada de fiebre y leucocitosis.
- La eritodérmica: forma grave con eritema generalizado y descamación de la totalidad de la piel, se considera una complicación.
- La artropatía psoriásica: forma grave que hace alusión a su nombre, se considera también una complicación⁶

Unos de los aspectos más notables de la epidemiología de esta enfermedad es la diversidad en su prevalencia entre las distintas regiones y poblaciones del mundo. Afecta del 1 al 3 % de la población mundial.⁷ Entre el 1 y el 2% en EUA⁸; entre el 1 y el 3% en España⁹; en Europa supera al 2%. En cambio, en las poblaciones andinas de Sudamérica rara vez se presenta¹⁰. En Cuba afecta al 2% de la población¹¹. Es más frecuente en la raza blanca que en la negra y mongoloide. Se halla por igual en ambos sexos. El pico de edad de su presentación es los 27 años, pero puede aparecer a cualquier edad, desde el nacimiento hasta la vejez¹. El invierno es la estación del año en que se exacerba la enfermedad¹².

En esta enfermedad hay una hiperplasia epidérmica y queratopoyesis acelerada, dicho en otras palabras, la renovación de la epidermis normal ocurre en 27 días, como promedio, mientras que en estos pacientes se renueva cada 3 o 4 días^{1, 13}, se reproduce tan rápidamente que acaba desprendiéndose. Para entender bien este proceso tenemos que recordar que la piel es un órgano complejo formado por diversas estructuras entre ellas:

- Los melanocitos: son estructuras capaces de producir la melanina, que es un pigmento que da protección contra los rayos ultravioletas del sol.
- Las células de Langerhans: son células epidérmicas dendríticas que captan las señales de los antígenos y las comunican a las células linfoides.
- Las células epiteliales escamosas (queratinocitos): son localizaciones fundamentales de la biosíntesis de moléculas solubles llamadas citocinas, juegan un papel importante en la regulación de las células epidérmicas adyacentes y de las células de la dermis.
- Las terminaciones nerviosas y procesos axonales: son los que alertan contra los posibles daños del entorno y regulan las células inmunocompetentes.
- Las glándulas sudoríparas: protegen contra las variaciones lesivas de la temperatura corporal.
- Folículos pilosos: contienen depósitos de células epiteliales primordiales capaces de regenerar las capas superficiales de la piel dañadas.
- Células dendríticas: son las que presentan los antígenos y producen moléculas que intervienen en la curación de heridas o traumas en capas más profundas.

No queremos seguir sin referirnos brevemente a los siguientes términos:

- Mácula: es un área circunscrita de cualquier tamaño, siempre plana que suele diferenciarse de la piel vecina por su color.
- Eritema: es una mácula pero se diferencia de la piel vecina por su color más oscuro.
- Pápula: área sólida y elevada con un diámetro igual o inferior a 5 mm de diámetro.
- Placa: área elevada de superficie plana generalmente mayor de 5mm de diámetro.
- Escama: excrescencia seca, córnea, en forma de placa, que suele ser consecuencia de una queratinización imperfecta.³

En otros países se reporta como una enfermedad asintomática⁴. En Cuba, casi siempre, los pacientes refieren picazón, ya que vivimos en un país tropical, donde predomina el clima cálido, que favorece la colonización por hongos y bacterias de las placas de psoriasis, incrementada por el uso excesivo de esteroides (drogas inmunosupresoras).¹¹

Estamos ante una enfermedad crónica, en la cual la curación definitiva no puede plantearse en ningún caso hasta el presente; la cual evoluciona por recidivas o brotes de agudización⁵. Estos brotes varían de un paciente a otro, así como en la época del año, ya que en invierno son severos. Generalmente el tiempo de duración de los brotes varía de 30 a 60 días en casos menos severos, en aquellos de mayor complejidad hasta 150 días a un año¹⁴.

Para el tratamiento de la psoriasis se han usado medicamentos reductores a partir de breas los cuales datan del siglo XIX, son eficaces pero están en desuso por ser colorantes

y de olor desagradable¹⁵. En la actualidad se usan esteroides tópicos en diferentes formas de presentación que hacen desaparecer las lesiones, pero existe la tendencia a que vayan perdiendo su eficacia por el abuso que se hace de ellos, las recaídas son casi seguras. Se han usado en forma de inyectable en el sitio de las lesiones con la siguiente hipotrofia y atrofia del tejido celular subcutáneo. Preparados de antralina que son irritantes; mercurio amoniacal que es nefrotóxico. Por vía sistémica en los casos más severos se han usados esteroides, así como quimioterapia con su respectiva toxicidad conocida, como son las ciclosporinas y metrotexato¹³. En la actualidad se viene trabajando muy en serio en busca de medicamentos más eficaces y con menos efectos colaterales, ya que hasta los más modernos no están exentos de riesgo, como son los tratamientos (PUVA) fotoquimioterapia, usados en los casos más severos, donde se combina el uso de medicamentos llamados psoralenos y la exposición a radiaciones ultravioletas¹⁶.

Se recogen trabajos como el realizado con extracto de *Polypodium leucotomos* asociado a radiación UVA, siendo un arma eficaz en su tratamiento sin embargo no está exenta de efectos secundarios¹⁷. Nos llegan otros reportes de trabajos como, por ejemplo, el realizado con el uso de un anticuerpo monoclonal (IOR T1) en forma tópica y se han hecho comparaciones con tratamientos habituales como el calcipotriol que muestran resultados un poco más alentadores¹⁸. Se recoge también el uso de un nuevo fármaco llamado Imiquimod (de la familia de las aminas heterocíclicas), que actúa a nivel del sistema inmune, induciendo las citoquinas alfa y beta y un cierto número de interleuquinas endógenas, pero también se reportan efectos adversos a pesar de su corto tiempo en el mercado¹⁹. Además, se describe el uso del dithranol tópico con gran eficacia y menos efectos secundarios que los anteriores²⁰. En la actualidad se venden muchos fármacos, pero se sabe relativamente poco sobre los efectos de cada producto y de un producto comparado con los demás, por lo que se necesita con urgencia ensayos deliberadamente controlados para determinar la eficacia comparativa de los distintos métodos²¹.

Un nuevo camino en el manejo de la psoriasis se está abriendo en el campo de los anticuerpos monoclonales como es el Xanelin, nuevo fármaco que mostró su efectividad en estudios clínicos fase III en EUA. (Es un anticuerpo monoclonal antiCD-11, que pronto saldrá al mercado)²². En Australia crearon una crema genética de fácil aplicación llamada DT1064 que hace que la piel de estos pacientes conserve su crecimiento normal, evitando que se desarrolle la enfermedad²³.

Otro maravilloso campo en el manejo de estos pacientes está ganando el lugar que merece en la comunidad científica internacional en la actualidad; pues desde los albores de la humanidad se vienen usando, son las terapias biológicas. Tal es el caso, que se espera que a finales del 2002 ya esté aprobada en Estados Unidos y en Europa, de una proteína de fusión que bloquea un tipo de linfocitos implicados en esta afección y se lleva a cabo por los laboratorios Biogen estadounidense.²⁴

La margarita tropical es un remedio tradicional indio para tratar la psoriasis, está siendo investigada en el King's College de Londres. Su nombre científico es *Vermonia anthelmintica*, se dice que hallaron una sustancia en su semilla, llamada vernodanol, que inhibía el crecimiento de ciertas células de la piel, que en estos pacientes está en exceso, además que poseía efectos antiinflamatorios muy beneficiosos²⁵. El uso del aceite de

pescado está mostrando resultados alentadores, según reportan estudios realizados en Giesen, Alemania; Otsu, Japón; Buenos Aires, Argentina y Adelaida, Australia, los cuales carecen de reacciones adversas o desagradables ^{26 - 29}. El uso de las aguas y fangos minero medicinales siguen ocupando un lugar importante, junto a los baños de sol, en el manejo integral de estos pacientes en nuestro país y en el mundo.³⁰

En Cuba se viene trabajando con una sustancia llamada coriodermina, es un factor placentario que inhibe el desarrollo del brote psoriásico, regulando la velocidad de reproducción de las células epidérmicas o queratinocitos; se presenta en forma de jalea hidrosoluble que se aplica directo al sitio de la lesión. Se ha usado por un período de dos años con un 78% de efectividad, sin reacciones secundarias¹¹. También se está trabajando en el Centro Nacional de Electromagnetismo Aplicado; con un equipo estimulador local eléctrico se tratan las zonas dañadas con gran efectividad, sin secuelas; por ahora sólo se pueden tratar los casos que presentan formas clínicas localizadas.³¹

Otra de las variantes de la medicina bioenergética que está abriéndose paso en el tratamiento de esta enfermedad es la terapia floral (de la que existen varios sistemas pero sólo usaremos la de Bach, que es la más utilizada en nuestro país).

La terapia floral es un sistema terapéutico creado por el doctor Edward Bach y consiste en el uso de esencias florales para tratar al ser humano y sus dolencias a través de las emociones, posee un cuerpo doctrinal bien estructurado, y es totalmente inocua. Actualmente algunos estudiosos del sistema coinciden en que su mecanismo de acción es vibracional, es decir, energético. Las flores no actúan a través de principios químicos, ni moleculares. La física cuántica actualmente le trata de dar explicación a la curación vibracional.³³

Desde el punto de vista psicológico se plantea que los enfermos que padecen de psoriasis poseen la sensación de estar en carne viva, de haber perdido la protección que la piel brinda, el cambio de la piel puede leerse como un intento de cambio de identidad desde el punto de vista emocional; también presentan una susceptibilidad exacerbada³⁵.

Los *patrones transpersonales* son un complemento a las aplicaciones tradicionales de las esencias florales, no una alternativa terapéutica. Un patrón es un modelo, un punto de referencia estructurado, identificable y más o menos permanente. Es también una secuencia, una forma predeterminada, literalmente significa más allá de lo personal y se refiere a aplicaciones florales que no vienen dadas por la personalidad del receptor.

Las esencias florales que más se indican en la actualidad en el manejo de la psoriasis son:

- Star of Bethlehem: para el trauma que provoca vivir con su enfermedad.
- Walnut: corte, inadaptación.
- Impatiens: para prurito, aceleración en la queratinización epidérmica.
- Crab apple: para depurar, limpiar la piel.
- Beech: para irritación, rechazo de la piel, intolerancia.
- Pine: por la autoagresión, reacción contra el propio organismo.

- Holly: erupción, inflamación aguda, irritación aguda.
- Willow: retención, irritación crónica.
- Vervain, erupción que se extiende, ir hacia fuera, eritema.^{33, 36}

Aunque se recomienda no usar más de 6 esencias en cada prescripción, independientemente de la forma de presentación o la vía de administración que se use³⁷. En estos pacientes es muy recomendable usar la vía tópica, asociada a la vía oral para alcanzar resultados más rápidos. Se sugiere que para esta primera se usen 4 gotas del frasco de stock en 500 ml de agua y poner fomentos o compresas sobre las lesiones mínimo 4 veces por día y en los casos más rebeldes frotárselo por todo el cuerpo aunque también se pueden usar en crema.^{33, 35}

No sólo la física cuántica, sino también la inmunología, la neuroquímica y la psiconeuroinmunología están estudiando la relación entre las emociones y la salud. Todas estas investigaciones vienen a confirmar los descubrimientos del doctor Edward Bach en el sentido de que las emociones juegan un papel fundamental en el comienzo y avance de casi todas las enfermedades.³⁹

Se recogen algunos estudios realizados con terapia floral, en trastornos dermatológicos, donde se usó las siguientes esencias en forma de crema; Larch, Holly, obteniendo resultados satisfactorios al cabo de 1 mes de tratamiento⁴⁰. Se reporta el uso de la crema de Bach en otras patologías como la neurodermatitis, dermatitis solar, escaras del decúbito, en las cuales se obtuvo una mejoría satisfactoria de una forma bastante rápida, sin observarse recidivas⁴¹. En un trabajo descriptivo se observó que las esencias más usadas fueron Crab apple, Mimulus, Impatiens, Hornbeam, Gentian, Gorse, y que todos los pacientes que lo habían usado evolucionaron satisfactoriamente⁴². Así como otro en el que se tomaron un grupo de pacientes con eritema solar, prurigo, herpes, salpullido, etc., en un 75 % desaparecieron las lesiones totalmente y el resto tuvo algún tipo de mejoría.⁴³

Bach mucho antes de cumplir su legado planteó que los medicamentos debían ser: naturales, simples de obtener, no tóxicos, útiles para todos los seres vivos y logró materializarlo dejándole a las generaciones venideras una forma natural y menos agresiva de curación³³. Por lo tanto, en nuestro trabajo nos planteamos el siguiente interrogante: ¿Es más beneficiosa la terapia floral del sistema Bach, en el brote de agudización de la psoriasis que los tratamientos alopáticos habitualmente usados?

Objetivo general:

- Demostrar los beneficios de la terapia floral del sistema Bach en el brote de agudización de la psoriasis con respecto a los tratamientos alopáticos utilizados.

Objetivos específicos:

- Seguir evolutivamente el comportamiento clínico de las lesiones del brote de agudización de la psoriasis con la aplicación de la terapia floral y alopática.
- Precisar la efectividad de ambas modalidades de tratamiento en relación al tiempo de diagnóstico de la enfermedad..

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de intervención tipo cuasi-experimental sobre beneficios de la terapia floral en el brote de agudización de la psoriasis, en la Policlínica “XX Aniversario” de la ciudad de Santa Clara, Villa Clara, a partir del mes de Agosto de 2001 hasta Agosto de 2002.

El universo de trabajo estuvo formado por el total de pacientes que llegaron a la consulta de dermatología (240 pacientes) de la policlínica a quienes el especialista diagnosticó un brote de agudización de la psoriasis; así como los pacientes remitidos por el dermatólogo desde la Policlínica “José R. León Acosta” de la ciudad de Santa Clara, con dicho diagnóstico.

Para la selección de la muestra incluimos a todos los pacientes mayores de 15 años y hasta 75 años de edad, sin tener en cuenta sexo o color de la piel y se excluyeron de la misma a: embarazadas, pacientes con hepatitis asociada, trastornos inmunológicos, SIDA, tuberculosis, formas graves de la enfermedad como (artropatía psoriásica y la psoriasis pustulosa), pacientes con psoriasis y enfermedades crónicas descompensadas (diabetes, hipertensión y asma), discapacitados mentales y aquellos que no desearon participar. Se tomó de forma incidental la muestra con 60 pacientes, dividiéndola en 30 pacientes para el grupo estudio e igual número para el grupo control.

En el grupo estudio tomamos 27 pacientes con forma clínica localizada y 3 pacientes con forma clínica generalizada, mientras que el grupo control 26 pacientes con la localizada y 4 con la generalizada. Así como los factores epidemiológicos: sexo, edad al comienzo del estudio y color de la piel, se dividió de forma que fuera lo más homogéneo posible para cada grupo.

A cada paciente se le pidió un consentimiento por escrito para participar del estudio en presencia de un testigo, que fue archivado en la historia clínica.

Análisis de los resultados

Los datos recolectados fueron llevados a un fichero de datos en SPSS/Windows y se crearon las tablas con la finalidad de relacionar las variables. Se crearon tablas de distribución de frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (por cientos e índice).

Desde el punto de vista inferencial se aplicó la prueba de Chi Cuadrado (X^2) para demostrar independencia o no entre variables; la prueba de t-Student para la edad promedio al comienzo del estudio entre los grupos; la prueba de Chi Cuadrado para bondad de ajuste (X^2BA) para el color de la piel. Calculamos el intervalo de confianza del 95% para la razón de productos cruzados (OR) con el objetivo de valorar si la efectividad era un riesgo, los niveles de significación utilizados fueron del 0,05 y 0,01.

Hipótesis estadística:

H0: la terapia floral es igual a la terapia alopática.

H1: la terapia floral es desigual a la terapia alopática.

En la hipótesis se refiere a igual o desigual, respecto a beneficios. Beneficios se refiere a evolución clínica de las lesiones con el tratamiento, efectividad en relación con el tiempo de diagnóstico y en cuanto a costos.

Se trabajó como variable continua el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y se midió a través de la Historia Clínica quedando como sigue:

Variable

Tiempo de diagnosticada la enfermedad

Definición

Años que conoce que se le diagnosticó la enfermedad

Operacionalización

- 0-10 años
- 11-20 años
- Más de 20 años.

Se trabajó la variable, evolución clínica de las lesiones en el tiempo, también como una variable continua y se midió a través de la historia clínica, quedando como sigue:

Variable

Evolución clínica de las lesiones en el tiempo.

Definición

Tiempo que desaparecen o mejoran las lesiones después de comenzar el tratamiento o nota cambios en las mismas.

Operacionalización

- Hasta 30 días
- de 31- 60 días
- Más de 60 días

También se trabajó la variable efectividad, como una variable cualitativa ordinal, la cual fue medida por la observación, auxiliándonos por el especialista en Dermatología y se recogió en la historia clínica quedando como sigue:

Variable

Efectividad

Definición

Lograr lo propuesto, en la práctica

Operacionalización

Efectiva: que desaparezcan las máculas y las escamas o desaparezca una y se modifique la otra con el tratamiento.

Inefectiva: que se modifique una sola lesión y la otra no o que no se modifiquen a pesar del tratamiento.

Posteriormente se le aplicó al grupo de control, en presencia del dermatólogo, tratamiento convencional habitual, en nuestro país consistente en: Vitamina A, 2 tabletas al día por vía oral a los 30 pacientes; Clorodiazepóxido, 2 tabletas al día por vía oral a la totalidad, Champú de placenta, para los casos que tenían lesiones en cuero

cabelludo, sólo 22 pacientes: Prednisona por vía oral a aquellos que presentaron la forma clínica generalizada de la siguiente forma (30mg) 6 tabletas al día los 3 primeros días, después (20mg) 4 tabletas al día por 3 días más, posteriormente (10mg) 2 tabletas al día por 3 días más y finalmente (5mg) 1 tableta al día por 3 días más. Por último Clobetazol en crema, de forma tópica 2 veces al día a los 30 pacientes.

Al grupo estudio se le aplicó la terapia floral siguiendo el esquema de los Patrones Transpersonales, de la siguiente forma:

- Por vía oral se indicaron, Star of Bethlehem, Walnut e Impatiens; 4 gotas sublinguales 4 veces al día para totalidad de los pacientes.
- Por vía tópica se indicaron las siguientes esencias, Crab Apple, Beech, Pine, Holly, Willow, Vervain, de esta forma, agregar 20 gotas en un vaso de agua fresca, que no tenía que ser hervida, embeber un apósito o similar y poner fomentos o friccionarse dicha disolución por todas las zonas afectadas, incluyendo cuero cabelludo y dejarlo secar sólo sin usar toallas.

Se seleccionaron estas esencias florales, porque fueron las más recomendadas por varios autores^{33, 35 - 37}.

Se realizó la historia clínica individual, como método de observación documental, con todos los datos, haciendo énfasis en el tiempo que lleva con diagnóstico de psoriasis.

En la primera consulta, una vez realizado el diagnóstico y la historia clínica se puso uno u otro tratamiento según grupo, se citaron a los 15 días y se anotaron los cambios en los pacientes que se habían producido, siempre junto al dermatólogo, se siguieron citando sucesivamente cada 15 días hasta los 3 meses de tratamiento. Después de transcurrido este tiempo los casos que no evolucionaron satisfactoriamente con la terapia floral, salieron del estudio y se les puso tratamiento convencional por el especialista de Dermatología, mientras que los que evolucionaron satisfactoriamente se les dejó el tratamiento, aunque salieron del estudio.

Con el grupo control, si evolucionaron satisfactoriamente transcurridos los 3 meses aunque salieron del estudio, se les dejó el tratamiento y los de evolución menos favorable después de este tiempo, salieron del estudio y se valoraron integralmente. Posteriormente se fueron incluyendo nuevos casos según llegaron a la consulta y se siguieron por igual intervalo de tiempo.

Al analizar la distribución de los grupos, puede apreciarse que en el grupo estudio el 53,3% de los pacientes pertenecían al sexo masculino y un 46,7% al femenino, mientras que en el grupo control el 56,7% al masculino y el 43,3% al femenino. Existe independencia estadística ($p > 0.05$) del sexo respecto al grupo. En esto coincidimos con el estudio del Dr. Alfonso Trujillo I¹ al plantear que esta dermatosis afecta por igual a ambos sexos.

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES POR SEXO SEGÚN GRUPOS

Sexo	Grupo Estudio		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
Masculino	16	53,3	17	56,7
Femenino	14	46,7	13	43,3
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Historia Clínica $\chi^2 = 0,67$ $p > 0,05$

En cuanto a la distribución del color de la piel según grupos, se aprecia en el grupo de estudio un 90 % del color de la piel blanca, mientras que sólo un 10 % para el no blanca. En el grupo control un 93,3 % para la blanca y 6,7 % para la no blanca. Por tanto apreciamos que hay mas pacientes de color de la piel blanca que no blanca en ambos grupos, según la prueba de Chi Cuadrado para bondad de ajuste, coincidiendo también con el estudio del Dr. Alfonso¹, ya que él plantea que esta patología predomina en personas blancas, es rara en negros y casi no se reporta en mongoloides.

Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES POR EL COLOR DE LA PIEL SEGÚN GRUPOS

Color de la Piel	Grupo Estudio		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
Blanca	27	90,0	28	93,3
No Blanca	3	10,0	2	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Historia Clínica χ^2 (BA) blanca = 7,701 $p > 0,01$
 χ^2 (BA)no blanca = 9,988 $p < 0,01$

En lo referente a la edad al comienzo del estudio según grupos vimos cómo en el grupo estudio el mayor número de pacientes lo aportó los grupos de 15 a 60 años al igual que en el grupo control mientras que los pacientes de mas de 60 años aportaron un por ciento muy bajo en ambos grupos. No hay diferencias estadísticas de edad media entre ambos grupos ($p > 0,05$), según la prueba de t-Student, coincidiendo también con el Dr. Alfonso Trujillo¹. La edad media en el grupo estudio es de 36,5, mientras que en el grupo control es 39,3 años.

Tabla 3. EDAD AL COMIENZO DEL ESTUDIO SEGÚN GRUPOS

Edad (en años)	Grupo Estudio		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
15- 30	12	40,0	10	33,3
31-45	10	33,3	9	30,0
46 –60	6	20,0	8	26,7
+ de 60	2	6,7	3	10,0
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Historia Clínica

$p > 0,05$

Al analizar el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, se aprecia que en el grupo estudio predominó aquellos pacientes que tenían poco tiempo de diagnosticada su enfermedad (10 años o menos) aportando el 66.7 % mientras que aquellos que tenían más de 20 años de diagnóstico aportaron un 10 %. En el grupo control sucedió similar, 70 % menor o igual a 10 años y un 3,3 % para aquellos con más de 20 años de diagnosticada su enfermedad; la prueba de Chi Cuadrado demostró que existe independencia estadística ($p > 0,05$) en el tiempo de diagnóstico entre grupos.

Tabla 4. TIEMPO DE DIAGNOSTICADA LA ENFERMEDAD

Tiempo (en años)	Grupo Estudio		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
Hasta 10	20	66,7	21	70,0
11- 20	7	23,3	8	26,7
Más de 20	3	10,0	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente : Historia Clínica

$X^2 = 1,091$

$p > 0,05$

En lo referente a la evolución clínica de las lesiones del brote de agudización de la psoriasis, puede apreciarse con el tratamiento floral y alopático, que en el grupo estudio el 63,3% de los pacientes alcanzaron la mejoría en un tiempo menor o igual a los 30 días, un 26,7 % alcanzó alguna mejoría entre los 31-60 días y sólo un grupo pequeño que correspondió al 10 % mostró pequeña mejoría o no mejoró pasando los dos meses de tratamiento. Con el grupo control sucedió similar en un período menor o igual a 30 días, el 76,7 % de los pacientes alcanzó la mejoría entre 31-60 días, alguna mejoría un 16,7%, mostrando independencia entre el tiempo de mejoría y los grupos ($p>0,05$). Coincidiendo con Domonkos¹³ y Ziukovic,¹⁴ al plantear que los casos tratados con terapia convencional o alopática generalmente alcanzan la mejoría en un breve período de tiempo no pudimos comparar la terapia floral por no encontrar estudios similares.

Tabla 5. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS LESIONES DEL BROTE DE AGUDIZACIÓN DE LA PSORIASIS CON TERAPIA FLORAL Y ALOPÁTICA

Tiempo (en días)	Grupo Estudio		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
Hasta 30	19	63,3	23	76,7
De 31- 60	8	26,7	5	16,7
Más de 60	3	10,0	2	6,6
Total	30	100,0	30	100,0

Fuente: Historia Clínica $\chi^2 = 1,273$ $p > 0,05$

Un aspecto de suma importancia es, sin lugar a dudas, la valoración de la efectividad de ambas modalidades de tratamiento en relación al tiempo de diagnóstico de esta enfermedad, se observa cómo aquellos pacientes con poco tiempo de diagnóstico de su enfermedad menor o igual a 10 años, fue efectiva en un 60 % para el grupo estudio, no mostrando ineffectividad para el grupo control. En aquellos pacientes con tiempo de diagnóstico entre 11 y 20 años mostró un 16,7 % de efectividad en ambos grupos mientras que fue ineffectiva para un 6,7 % en el grupo estudio y un 10 % en el grupo control y aquellos pacientes con más de 20 años de diagnosticada la enfermedad fue ineffectiva en todos los que se encontraban en ese tiempo de diagnóstico, en ambos grupos.

Estos resultados coinciden con varias bibliografías consultadas como la del Alfonso,¹ Falabella,² Domonkos¹³ y Arenas,⁴ para la terapia alopática no para la terapia flora, pues los pacientes con 20 años de diagnosticada su enfermedad han hecho uso de una gran variedad de medicamentos, entre ellos los esteroides de los cuales se han abusado y van desarrollando resistencia a casi todas las modalidades empleadas; mientras que los pacientes con menos tiempo de diagnosticada la enfermedad han sido menos manipulados con medicamentos y responden mejor a los tratamientos.

Se debe destacar que en 7 pacientes la terapia floral resultó inefectiva, 3 de ellos pertenecía al grupo de más de 20 años de diagnóstico; 2 al grupo entre 11 y 20 años y 2 al de menos de 10 años. Los 7 pacientes que no resolvieron o mejoraron las lesiones con esta terapia tenían forma clínica localizada, los 3 pacientes de psoriasis generalizada de este grupo sí resolvieron o fue efectiva la terapia en ellos, y se encontraban en los que llevaban menos de 10 años con el diagnóstico de la misma. Mientras que en el grupo control los 4 casos que no resolvieron, sólo 1 presentaba la forma generalizada y coincidió que llevaba más de 20 años con su enfermedad mientras que los otros 3 casos que presentaron la forma generalizada, si mostraron mejoría con la terapia convencional y se encontraban también en el grupo de poco tiempo de evolución (menos de 10 años).

Los otros 3 pacientes que no resolvieron con el tratamiento, presentaban formas clínicas localizadas pero tenían entre 11 y 20 años de evolución con su enfermedad. Concluyendo, se demostró en nuestro estudio que la relación a la efectividad de ambas terapéuticas es la influencia inversa del tiempo de diagnosticada la enfermedad sobre ésta (a mayor tiempo de diagnóstico menor efectividad). No así, la forma clínica o grado de superficie corporal afectada por las lesiones, que no mostró ninguna influencia sobre la efectividad.

Tabla 6. EFECTIVIDAD DE AMBAS MODALIDADES EN RELACIÓN AL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE ESTA ENFERMEDAD

Efectividad	Tiempo de diagnóstico (en años)											
	Hasta 10				11 – 20				Más de 20			
	GE		GC		GE		GC		GE		GC	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Efectiva	18	60,0	21	70,0	5	16,7	5	16,7	0	-	0	-
Inefectiva	2	6,7	0	-	2	6,7	3	10,0	3	10,0	1	3,3
Total	20	66,7	21	70,0	7	23,4	8	26,7	3	10,0	1	3,3

Fuente: Historia Clínica Leyenda: GE = Grupo Estudio, GC = Grupo Control

Al contrastar la efectividad de la terapia floral con el tratamiento alopático, observamos que en el grupo estudio fue efectiva en 23 pacientes, para un 76.7 % e inefectiva en 7 pacientes, para un 23.3%; mientras que en el grupo control fue efectiva en 26 pacientes, para un 86.7 % e inefectiva en 4 pacientes, para un 13.7 %. Estadísticamente son

independientes la efectividad del grupo ($p > 0,05$) OR (0.13;1.9), la razón de productos cruzados y su intervalo de confianza del 95%, señala que no constituye un factor de riesgo para la efectividad pertenecer a un grupo u otro; por ser ambas similarmente efectivas. Estos coinciden con los porcentajes mostrados por estudios como los de Miyares Cao,¹¹ pero con otra terapia. Lo que demuestra que se está ante una terapéutica efectiva con resultados muy similares a la terapia convencional o alopática, pero sin los efectos adversos de esta última.

Tabla 7. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON TERAPIA FLORAL CONTRA EL ALOPÁTICO

Efectividad	Grupo Estudio		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
Efectivo	23	76,7	26	86,7
Inefectivo	7	23,3	4	13,7
Total	30	100,0	30	100,0
Fuente Historia Clínica		$X^2 = 1,002$ OR (0.13;1.9)	$p > 0.05$	

Conclusión

- **En nuestro estudio se constató que la terapia floral mostró una efectividad muy similar a la de los tratamientos alopáticos, sobre todo en aquellos pacientes con pocos años de diagnosticada la enfermedad.**

Recomendaciones

1. Realizar estudios en pacientes con largo tiempo de evolución de su enfermedad, con terapia floral, pero de forma personalizada, asociada a los patrones transpersonales.
2. Realizar estudios con mayor tiempo de seguimiento de estos enfermos, donde se puedan evaluar recaídas e incluso poder comparar con otras terapéuticas.

Referencias Bibliográficas

1. Alfonso Trujillo I, Días García MA, Sagaro Delgado B, Alfonso Trujillo Y. Patogenia de la psoriasis a la luz de los conocimientos actuales. Rev Cubana Med 2001; 40(2): 122-34 disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol40-2-01/med07201.htm>.
2. Falabella R, Escobar CE, Giraldo N. Fundamentos de medicina. Dermatología. 5ed. Medellín: Ediciones rojo, CIB; 1997.

3. Murphy GF, Mihn MC. La piel. En; Cotram RS, Kumar V, Collins T. Robbins. Patología estructural y funcional. 6ed. Madrid: Mc Grau-Hill-Interamericana; 2000.
4. Arenas R. Dermatología. Atlas. Diagnostico y tratamiento. 2ed. México. Mc Grau-Hill-Interamericana; 1996.
5. Fernández Hernández-Baquero G. Dermatología. Ciudad de la Habana: Editorial Científico- técnica ;1986.
6. Parker F. Enfermedades de la piel de importancia general. En: Bennet JC, Plum F. Cecil Tratado de medicina interna. Vol 3.20ed, México: Mc Grau-Interamericana ; 1998. p. 2543-2571.
7. Tribó B. Psoriasis: actualización terapéutica. Acta Dermatol 1998; 35-41.
8. Pérez M E, Miquilarena SM. Psoriasis: revisión actualizada. Dermatol Venez 1993; 31(1): 3-10.
9. Puig LI. Psoriasis infantil. Madrid: Ediciones Sheriag; 1995. (Biblioteca de Dermatología Pediátrica).
10. Steru RS. Epidemiología de la psoriasis. Clin Dermatol 1995; 4: 779-83
11. Miyares Cao C. Tratamiento de la psoriasis. Centro de Histoterapia Placentaria disponible en: <http://www.sld.cu/instituciones/placenta/clinicapso.htm>. 06-03-2001
12. Sousa A, Miguelote M. Algunos reflexões sobre incidencia e custo da psoriase. Arigo. origina. Psoriase em revista. Lisboa: Ediciones medisa Porto; 1994.
13. Domonkos AM. Tratado dermatología. 5 ed. La Habana: Científica Técnica; 1985
14. Zivkovic D. Psoriasis: a dermatología enigma. Acta Med Croat 1998; 52 (4-5):199-202.
15. Ferrándiz C, Rivera M. Dermatología. Madrid: Doyma; 1996
16. Weinstein GD, White GM. An approach to the treatment of severe psoriasis with rotational therapy. J Am Acad dermatol 1993; 28: 454-59.
17. De los Heros ME, Ledo E, González S, Rocamora A. El extracto de Polipodium Leucotomos (DIFUR) como adyuvante a Puvaterapia en el tratamiento de la Psoriasis. Med Cutánea 1997; 25 (2): 20-6.
18. Morera CY, Delgado GJ. Estudio comparativo del Calcipotriol y Anticuerpo monoclonal (IOR T 1) tópico en pacientes con psoriasis. Rev CENIC Cien Biol. 2002; 31 (2): 20-6.
19. A review of applications of imiquimod: a novel immune response modifier. Expert Opin Pharmacol Ther May 2001; 2(5): 877-82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/estrez/utills/fref.fcgi?>
20. www.ashley-pub.com/rpsv/cgi-hinker?
21. Agarwal R, Saraswat a, Kaur I, Katare OP, Kumar Banovellipesomal Formulation of dithranol for psoriasis: preliminary results. J Dermatol 2002 Aug;29(8):529-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?>
22. Manejo de la Psoriasis. Drug Ther Bull 1996; 34(3): 14-17
23. Revelan efectividad de nuevo fármaco contra la psoriasis. Fuente: Washington, mayo 24 /2001 (PL). Disponible en: <http://aldía.sld.cu/egi-bin/al día/user search-egi>.
24. Descubren molécula que permitirá curar definitivamente la psoriasis. Fuente: Melbourne (Australia), mayo 03/2000 (EFE). Disponible en: <http://www.aldía.sld.cu/egi-biu/aldía/usersearch.egi>.

25. La terapia biológica una esperanza en el alivio de la psoriasis. fuente : Madrid, agosto 17/2002(EFE).disponible en : <http://www.aldía.sld.cu/egi-biu/aldía/usearsearch.egi>
26. Enfermedad de la piel podría tratarse con una flor, la margarita tropical. Fuente Londres,Septiembre 24 /2002(Reuters). disponible en : <http://aldía.sld.cu/egi-biu/aldía/usersearch.egi>
27. Mayser P.Omega –3 Fatty acid- based lipid infusion in patients with chronic plaque psoriasis: results of a double –blind, randomized, placebo – controlled, multicenter trial. J Am Acad Dermatol 1998 April; 38: 539-47.
28. Danno K, Surgie N Combination therapy with low- dose etretinate and escosa pentaric acid for psoriasis vulgaris. J Dermatol 1998; 25: 703-5.
29. Escobar SO. Tropical fish oil in psoriasis : controlled and blind study. Clin Exp Dermatol; 1992: 159-62
30. Cleland LG. Linoleate inhibits EPA incorporation from dietary fish-oil supplements in human subjects. Am J Clin Nutr 1992 feb; 55: 395-99.
31. Lagarto Parra A; Bernal Sologuren I Utilización terapéutica de las aguas y fangos mineromedicinales, Rev Cubana Farm 2002; 36(1): 62-8. disponible en: <http://bvs.sld.cu/resvitas/far/vol 36-1-02/far 09102.htm>.
32. Bereguer Maurant A. Electromagnetismo y psoriasis. Avances Med Cuba 2001; 8(28): 10-11.
33. Barnard J, Barnard M. Las plantas sanadoras de E. Bach.3 ed. Great Britain: Hereford; 1999.
34. Orozco R. Flores de Bach: Manuel para terapeutas avanzados. Barcelona: Índigo; 1996.
35. Orozco R Patrones Transpersonales. Curso. Santa Clara: I.S.C.M 2001
36. Grecco E H. Las dermatosis En: A flor de la piel (enfermedades de la piel y terapia floral. Barcelona): Editorial Índigo; 2000. p. 66-122.
37. Stern C. Todo lo que las flores de Bach pueden hacer por ti. Barcelona: Editorial TIKAL; 1998.
38. Scheffer M. Manual practico de flores de Bach. Barcelona: Ed. Urano; 1994.
39. Fabrocini Ch. Guía de las flores de Bach. España: Ed. De Vecchi; 1997.
40. Kramer D. Nuevas terapias florales de Bach. España: Ed Sirio; 2000.
41. Reyes G. Un caso de psoriasis. Sedibac Bol 1999; (3): 12-13.
42. Fernández Gallinat E, Iglesias Fuerte JM. Tratamiento floral en afecciones dermatológicas. En: Rodríguez BC. Terapia Floral y estimulación psicosensoial en el niño con deficiencia psíquica. Barcelona: Índigo; 2001. p.180-1.
43. Ferra Torres TM. Uso de las esencias florales en dermatología. En: Rodríguez BC. Terapia Floral y estimulación psicosensoial en el niño con deficiencia psíquica. Barcelona: Índigo; 2001. p. 186 –7
44. Stable Salazar RA. Afecciones dermatológicas tratadas mediante las esencias Florales de Bach. En: Rodríguez BC. Terapia Floral y estimulación psicosensoiales en el niño con diferencias psíquicas. Barcelona, Índigo; 2001. p. 197.