

Investigación original

Uso de medicina complementaria y alternativa y su asociación con la relación médico-paciente en enfermos con artritis reumatoide

Diana Padilla-Ortiz^a, Irazú Contreras-Yáñez^b, Claudia Cáceres-Giles^b, Ángel Ballinas-Sánchez^b, Salvador Valverde-Hernández^b, Francisco Merayo-Chalico^b, Daniel Fernández-Ávila^c, Jhon Londoño^a y Virginia Pascual-Ramos^{b,*}

^a Grupo de Investigación Espondiloartropatías, Universidad de La Sabana, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

^c Unidad de Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de diciembre de 2019

Aceptado el 19 de junio de 2020

On-line el 20 de agosto de 2020

Palabras clave:

Relación médico-paciente

Medicina complementaria y alternativa

Artritis reumatoide

Comunicación médico-paciente

RESUMEN

Introducción: El uso de medicina complementaria y alternativa (MCA) en pacientes con enfermedades reumáticas es prevalente pero la comunicación con el reumatólogo suele ser deficiente, lo cual afecta la relación médico-paciente (RMP).

Objetivos: Evaluar la asociación entre el uso de MCA y la RMP en enfermos con artritis reumatoide. Como objetivos adicionales, describir la percepción del paciente sobre la comunicación con su reumatólogo respecto al uso de MCA y el patrón de uso de las diferentes modalidades terapéuticas.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. El uso de MCA y la RMP se evaluaron mediante la autoaplicación de cuestionarios validados (I-CAM-Q y PDRQ-9 respectivamente).

Resultados: Se incluyó a 246 pacientes ambulatorios de una institución de tercer nivel de atención. Se encontró asociación entre una mayor satisfacción con el tratamiento y el no usar MCA, y entre el hecho de informar al reumatólogo sobre el uso de MCA con un mayor grado de acuerdo con el médico sobre el origen de los síntomas y mayor satisfacción con el tratamiento. Las modalidades más frecuentemente utilizadas fueron: quiropraxia, acupuntura y productos herbales. El 78,5% afirmaron estar de acuerdo con comunicar el uso de este tipo de medicación al reumatólogo, sin embargo, solo el 31,3% lo notificó, por temor a represalias (54,4%).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virtichu@gmail.com (V. Pascual-Ramos).

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.06.008>

0121-8123/© 2020 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Conclusiones: Pese a la alta prevalencia de uso de MCA en nuestros pacientes, la mayoría no lo comunicó al reumatólogo. Se encontró asociación entre el uso de MCA y una menor satisfacción del paciente con el tratamiento y entre la comunicación médico-paciente sobre la práctica de MCA y una mejor satisfacción con el tratamiento.

© 2020 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

Association between physician-patient relationship and the use of complementary and alternative medicine in patients with rheumatoid arthritis

A B S T R A C T

Keywords:

Physician-patient relationship
Complementary and alternative medicine
Rheumatoid arthritis
Physician-patient communication
Models of physician-patient relationship

Introduction: Although complementary and alternative medicine (CAM) use among patients with rheumatic diseases is extensive, discussions regarding these treatments occur rarely in the rheumatology setting, directly affecting the physician-patient relationship (PPR).

Objectives: The aim of this study was to evaluate the association between patient-physician relationship and complementary and alternative medicine use. As secondary objectives, to describe the patient's perspective towards CAM use and estimate the prevalence of CAM treatments used in patients with rheumatoid arthritis.

Methods and materials: A descriptive cross-sectional survey was conducted, in which CAM use and physician-patient relationship were assessed by self-reported validated questionnaires (I-CAM-Q and PDQ-9, respectively).

Results: The study included a total of 246 outpatients of a tertiary care hospital. There were no significant differences between CAM users vs. non-users, or informers vs. non-informers in terms of physician-patient relationship measured by PDQR. The most frequent used CAM treatments were: chiropractic, acupuncture, and herbal products. A large majority (78.5%) of the patients expressed agreement to the discussion of CAM use with the rheumatologist, but only 31.3% of total CAM users did so because of fear of retaliation (54.4%).

Conclusion: Despite the extensive practice of CAM among patients with rheumatoid arthritis, most patients did not discuss these treatments with their physicians. Associations were found between MCA use and a lower patient's treatment satisfaction and between physician-patient communication about CAM practice and a higher patient's treatment satisfaction.

© 2020 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U.
All rights reserved.

Introducción

La medicina complementaria y alternativa (MCA) es definida por la Organización Mundial de la Salud como el grupo de intervenciones, recursos y productos de asistencia sanitaria que no forman parte de la tradición propia de un país y no están integrados al sistema de atención en salud¹. Las más frecuentes a escala mundial incluyen las medicinas antroposófica, quiropráctica, homeopática, naturopática y osteopática². El término complementaria implica que este tipo de prácticas se utilizan en asociación con la medicina alópata o convencional, mientras que la medicina alternativa se utiliza en reemplazo de la medicina alópata^{3,4}. La medicina alópata se define como aquella que es ejercida por quienes obtienen titulación de universidades como médicos o profesionales de la salud y que es reconocida por autoridades sanitarias en cualquier parte el mundo; su práctica se basa en el método

científico. Cuando se integra la MCA a la medicina alópata se denomina medicina integrativa⁵.

El uso y la aceptación de la MCA están en aumento a escala mundial y varían en función de la región geográfica y la etnidad, siendo más prevalente en países del este asiático^{6,7}. En la población general, se ha descrito una frecuencia de uso de MCA hasta del 76%⁸. Las enfermedades crónicas y los síndromes de dolor crónico son las condiciones médicas que con mayor frecuencia se asocian al uso de MCA⁹⁻¹². En personas con enfermedades reumáticas, la prevalencia de uso de MCA estimada oscila entre el 60-90%^{13,14}, y específicamente en artritis reumatoide (AR) varía entre el 28-86%¹⁵. Por estudios previos se tiene conocimiento de que en la población mexicana la prevalencia de uso de MCA en AR es del 77%¹⁶ y alcanza un 83%¹⁷ cuando se contemplan todas las enfermedades reumáticas. El uso de MCA se ha asociado con baja adherencia terapéutica, pudiendo resultar en desenlaces en salud desfavorables^{18,19}, lo que justifica en sí mismo la impor-

tancia de la comunicación médico-paciente de este tipo de prácticas.

La comunicación médico-paciente es un componente importante de un fenómeno clínico mucho más complejo que es la relación médico-paciente^{20,21}. Esta última supone, como su nombre lo indica, una relación de comunicación entre 2 partes, el médico y el paciente. Su dinámica de interacción es bidireccional y el intercambio de información es conducido con la finalidad de tomar decisiones sobre un tratamiento, definir metas terapéuticas y ajustar expectativas en el curso de una enfermedad determinada^{22,23}. Es el evento clínico más importante en el ejercicio médico y de este dependen desenlaces en salud de gran relevancia como lo son la calidad de vida y la satisfacción del paciente, la participación del paciente en la toma de decisiones, la adherencia terapéutica y la comunicación médico-paciente. Para todos los factores mencionados, se ha establecido una relación directamente proporcional entre la calidad y la efectividad de la relación médico-paciente, por un lado, y la proporción y el grado de presentación de cada desenlace, por el otro lado^{24,25}.

Se conoce que más del 50% de los pacientes con AR usuarios de MCA no se lo comunican al reumatólogo^{26,27}. Particularmente en México, se ha determinado que el modelo de relación médico-paciente que prefieren los enfermos con padecimientos reumáticos es el paternalista^{23,28}, el cual se caracteriza por un rol pasivo adoptado por los pacientes frente a la toma de decisiones, y por ende, una menor comunicación médico-paciente^{28,29}, que puede extenderse a la comunicación sobre el uso de MCA. Por el contrario, en los modelos de atención centrados en el paciente, la comunicación médico-paciente es más participativa y efectiva, lo cual favorece que se presenten desenlaces en salud tales como la adherencia terapéutica, la satisfacción con la atención y un mejor estado funcional y emocional del paciente^{30,31}.

Hasta la fecha, no existe información acerca de la asociación entre el uso de MCA y la relación médico-paciente en enfermos con AR. Por lo tanto, se condujo un estudio cuyo objetivo principal fue investigar la asociación entre el uso de MCA y la relación médico-paciente en enfermos con AR que acudieron a una institución de tercer nivel de atención. De manera secundaria, se exploró la percepción del paciente en torno a la comunicación con el reumatólogo respecto al uso de MCA y se describieron las frecuencias de uso y las modalidades de MCA más prevalentes en la población de pacientes definida.

Material y métodos

Diseño del estudio y población objetivo

Se condujo un estudio descriptivo de corte transversal, que incluyó a 246 pacientes ambulatorios consecutivos con AR de una institución de tercer nivel de atención ubicada en la Ciudad de México. Se excluyó a pacientes con síndromes de sobreposición de enfermedades autoinmunes (excepto síndrome de Sjögren secundario), pacientes en cuidados paliativos y aquellos con una discapacidad cognitiva que imposibilitara el diligenciamiento de los cuestionarios. La muestra fue por conveniencia y no probabilística.

Intervención e instrumentos de evaluación

Se elaboró una herramienta estandarizada para recabar información sociodemográfica, relacionada con la AR y con otras comorbilidades (tabla 1). Los datos obtenidos fueron corroborados en el expediente clínico de cada paciente. No se contó con el resultado de los títulos de anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado de la totalidad de la población en estudio, puesto que en México este es un examen costoso que no puede ser cubierto por todos los pacientes.

Para determinar la frecuencia de uso y tipos de MCA, la relación médico-paciente, la actividad de la AR y el grado de adherencia al tratamiento, se utilizaron herramientas autoaplicadas que se describirán a continuación. Los aspectos relacionados con la comunicación reumatólogo-paciente sobre el uso de MCA fueron evaluados mediante un instrumento estandarizado, desarrollado por los autores.

Todas las herramientas fueron aplicadas por 2 médicos generales, previamente entrenados y ajenos al Departamento de Inmunología y Reumatología, el mismo día en que los pacientes asistieron a la consulta de reumatología. Se destinó un espacio privado dentro de las instalaciones del área de la consulta externa para el diligenciamiento de los instrumentos. El periodo de desarrollo del estudio fue entre marzo y agosto del 2019.

El cuestionario I-CAM-Q (*International Questionnaire to Measure Use of Complementary and Alternative Medicine*)³², herramienta traducida y adaptada al castellano³³, se compone de 4 módulos que evalúan: 1) consultas a profesionales o expertos, 2) tratamientos prescritos por médicos, 3) uso de medicamentos a base de hierbas y suplementos dietarios, y 4) prácticas personales que promueven el bienestar. Para cada una de las intervenciones se indagó la motivación y frecuencia de uso en los últimos 3 y 12 meses, respectivamente, así como el beneficio percibido, relacionado con la práctica de cada modalidad de MCA.

Para evaluar la relación médico-paciente, se empleó la herramienta PDRQ-9 (*Patient-Doctor Relationship Questionnaire*), adaptada al español, en su versión de 9 preguntas. Consta de 9 ítems mediante los cuales se cuantifica la actitud de disposición de ayuda del médico, desde la perspectiva del paciente. Cada respuesta propone una escala tipo Likert con cinco categorías: 1) nada apropiado, 2) algo apropiado, 3) apropiado, 4) bastante apropiado y 5) muy apropiado³⁴. Este cuestionario no tiene un punto de corte específico. Para cada ítem, la calificación va del 1 al 5, donde 5 equivale a la mejor relación médico-paciente. El puntaje total es un promedio de las calificaciones individuales de cada ítem que compone la herramienta.

La actividad de la AR se determinó mediante RAPID 3 (*Routine Assessment of Patient Index Data 3*). Se trata de un instrumento de fácil aplicación, que incluye tres medidas autorreportadas por el paciente: 1) la función física, 2) el dolor y 3) la evaluación global de la enfermedad. Los rangos de puntuación resultantes se interpretan de la siguiente manera: de 0 a 3, remisión de la enfermedad; > 3 a 6, baja actividad; > 6 a 12, actividad moderada y > 12, alta actividad de la enfermedad³⁵.

El grado de adherencia terapéutica fue establecido mediante escala visual análoga (EVA) del 1 al 10, donde 10 traduce una perfecta adherencia terapéutica. Se consideró una

Tabla 1 – Categorías y variables del instrumento estandarizado para recabar datos

Categoría	Variables
Información sociodemográfica	Edad, sexo, años de escolaridad, ocupación, estado civil, lugar de residencia, cobertura social y nivel socioeconómico
Información relacionada con la AR	Positividad del factor reumatoide (FR), tiempo de evolución de la AR, uso de corticoesteroides, número de FARME/paciente
Comorbilidades	Índice de Charlson ²⁷
FARME: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad.	

puntuación de la EVA ≥ 8 como el punto de corte que reflejó una adecuada adherencia al tratamiento.

Análisis de datos

Para obtener información sobre las características basales de la población, se realizó un análisis descriptivo de las variables principales de interés, utilizando frecuencias y porcentajes para variables no continuas y medias con desviación estándar o medianas (Q25-Q75) para variables continuas con distribución normal o no normal, respectivamente.

Las características de los pacientes con y sin uso de MCA fueron contrastadas con la prueba de comparación de χ^2 en el caso de variables categóricas, t de Student para variables continuas y distribución normal y U de Mann-Whitney para variables continuas con distribución no normal. Se consideró como significativo un valor de $p \leq 0,05$, a 2 colas. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS® v21.

Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (Referencia IRE-2901-19-20).

Resultados

Características sociodemográficas de la población de estudio y propias de la enfermedad

En total se incluyó a 246 pacientes, de ellos 90,2% fueron mujeres, con un promedio (\pm DE) de edad de 53 (\pm 14,2) años y con escolaridad de 10,3 (\pm 4,9) años; 59,3% vivían en unión conyugal y 92,6% tenían un nivel socioeconómico medio-bajo.

Con respecto a la AR, el tiempo promedio (\pm DE) de evolución de la enfermedad fue de 16,6 (\pm 10) años y 91,9% de los pacientes tenían factor reumatoide (FR) positivo. El 25,5% de los pacientes estaba bajo medicación con corticoesteroides y el número de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) por paciente fue en promedio de 1,7 (\pm 0,8). Únicamente el 17,1% cumplía criterios de remisión, evaluado por RAPID 3. La adherencia al tratamiento medida por EVA fue de 73,3 (\pm 25,7); 50,3% se consideraron con adecuada adherencia al tratamiento.

Uso de MCA y relación médico-paciente

Se consideró usuario de MCA a todo paciente que contestara al menos una respuesta afirmativa en cualquiera de los 4 módu-

los del cuestionario. No se consideró «rezar por la salud» como MCA, para evitar el sesgo de sobreestimación de la prevalencia. La prevalencia de uso de MCA a los 3 meses fue de 37,4% ($n = 92$) y del 41,5% ($n = 102$) a los 12 meses.

De los 246 pacientes, uno no completó el cuestionario del PDQR-9 ni el instrumento sobre la comunicación médico-paciente respecto al uso de MCA. La puntuación global del PDQR-9 y la de cada ítem de forma individual fueron mayores en el grupo de los no usuarios de MCA, en comparación con aquellos que sí usaron, con una diferencia estadísticamente significativa en el ítem número 8 («estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico») y una tendencia en los ítems 4 («mi médico me entiende») y 9 («encuentro a mi médico muy accesible»). La [tabla 2](#) resume los valores globales e individuales de cada ítem del PDQR-9 en el grupo completo y la comparación entre usuarios y no usuarios de MCA.

Comunicación del uso de MCA entre paciente y reumatólogo

El 78,5% ($n = 193$) de los pacientes con AR respondió estar de acuerdo con informar al reumatólogo sobre el uso de MCA. De los usuarios de MCA, solo una tercera parte de los pacientes respondió haber informado al reumatólogo, siendo la motivación más frecuente para no hacerlo el temor a represalias (54,4%). La [figura 1](#) ilustra la comunicación reumatólogo-paciente con respecto al uso de MCA.

De manera global, los pacientes que usaron MCA e informaron al reumatólogo ($n = 72$) obtuvieron mejores puntuaciones en el PDQR-9, con una diferencia estadística en los reactivos 6 («estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas») y 8 («estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico»), en comparación con aquellos que también usaron MCA pero no se lo comunicaron a su reumatólogo. Los aspectos relacionados con la comunicación reumatólogo-paciente del uso de MCA se describen en la [tabla 3](#).

Modalidades y frecuencias de uso de MCA

Las modalidades de MCA más frecuentemente utilizadas en la población estudiada fueron la quiropraxia, la acupuntura, los productos herbales y, como práctica personal, la meditación. Entre el 50% y el 100% de los pacientes percibió como algo beneficioso el uso de MCA, siendo la acupuntura la modalidad con menor beneficio percibido y las prácticas personales la de mayor beneficio. La descripción de la frecuencia de uso a los 3 y a los 12 meses y los tipos de MCA se presentan en la [tabla 4](#).

Tabla 2 – Relación médico-paciente evaluada por cuestionario PDRQ-9 en pacientes con AR usuarios y no usuarios de MCA

Relación médico-paciente	Población total n = 245	Usuarios de MCA (3 meses) n = 91	Número de usuarios de MCA n = 154	p*
Puntuación PDRQ-9	4,89 (4,2-5)	4,7 (3,9-5)	4,9 (4,4-5)	0,221
PDRQ9-R1 «Mi médico me ayuda»	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,296
PDRQ9-R2 «Mi médico me dedica suficiente tiempo»	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,343
PDRQ9-R3 «Confío en mi médico»	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4,75-5)	0,649
PDRQ9-R4 «Mi médico me entiende»	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,06
PDRQ9-R5 «Mi médico se esfuerza en ayudarme»	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,119
PDRQ9-R6 «Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas»	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,901
PDRQ9-R7 «Puedo hablar con mi médico»	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,110
PDRQ9-R8 «Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico»	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,037
PDRQ9-R9 «Encuentro a mi médico muy accesible»	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,062

Datos presentados como mediana (Q25-Q75).

p* = Significancia asintótica. (bilateral), resultante de la prueba U de Mann-Whitney.

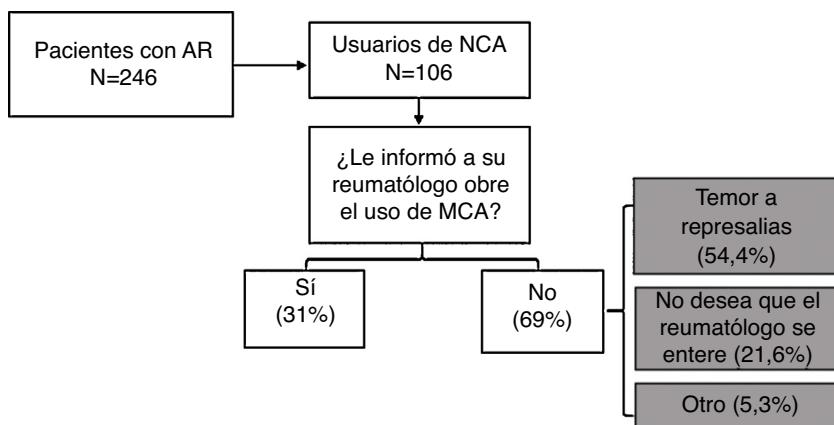


Figura 1 – Comunicación reumatólogo-paciente sobre el uso de MCA.

Discusión

El presente estudio enfatiza que la relación médico-paciente es un evento clínico imprescindible en el buen ejercicio médico y expone una problemática en salud muy frecuente, como lo es la falta de comunicación entre médicos y pacientes con respecto al uso de MCA. Si bien este es altamente prevalente en pacientes con enfermedades reumáticas y hay una mayor divulgación del tema, la información publicada referente a los aspectos relacionados con la comunicación reumatólogo-paciente sobre la práctica de MCA y otros componentes de la relación médico-paciente es escasa²⁰. De la información disponible se conoce que en los Estados Unidos de América más

del 50% de los pacientes con AR no comunican la práctica de MCA a su reumatólogo tratante^{26,36}.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio contó con las siguientes fortalezas: primero, incluyó una muestra representativa de pacientes ambulatorios, consecutivos y no seleccionados con AR de larga evolución. Segundo, respecto a los instrumentos para medir las variables de interés cabe resaltar que, con relación al uso de MCA, se usó la herramienta traducida y adaptada culturalmente al castellano de Argentina³³ y en cuanto a la relación médico-paciente se usó el instrumento PDRQ-9, el cual cuenta con validación al castellano en población española³⁴. Ambos fueron aplicados por personal entrenado, ajeno al Departamento de Inmunología y Reumatología, minimizando así el sesgo de información. Ter-

Tabla 3 – Relación médico-paciente y comunicación reumatólogo-paciente sobre uso de MCA en pacientes usuarios

Relación médico-paciente evaluada por PDRQ-9	Usuarios de MCA que sí informan n = 33	Usuarios de MCA que no informan n = 73	p*
Puntuación promedio PDRQ-9	5 (4,3-5)	4,7 (3,9-5)	0,09
PDRQ9-R1 «Mi médico me ayuda»	5 (3-5)	4,67 (3,8-5)	0,374
PDRQ9-R2 «Mi médico me dedica suficiente tiempo»	5 (4-5)	5 (4-5)	0,281
PDRQ9-R3 «Confío en mi médico»	5 (4-5)	5 (4-5)	0,809
PDRQ9-R4 «Mi médico me entiende»	5 (4-5)	5 (4-5)	0,220
PDRQ9-R5 «Mi médico se esfuerza en ayudarme»	5 (4,5-5)	5 (4-5)	0,108
PDRQ9-R6 «Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas»	5 (5-5)	5 (4-5)	0,012
PDRQ9-R7 «Puedo hablar con mi médico»	5 (4-5)	5 (4-5)	0,129
PDRQ9-R8 «Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico»	5 (4,5-5)	5 (4-5)	0,039
PDRQ9-R9 «Encuentro a mi médico muy accesible»	5 (4-5)	5 (4-5)	0,256

Datos presentados como mediana (Q25-Q75).
p* = Significancia asintótica. (bilateral), resultante de la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 4 – Modalidades de MCA y frecuencias de uso a los 3 y a los 12 meses

	Uso de MCA en los últimos 3 meses n (%)	Uso de MCA en los últimos 12 meses n (%)
Profesionales o expertos	29	64
Quiropráctico	10 (34,5)	25 (39,1)
Homeópata	6 (20,7)	19 (29,7)
Acupunturista	9 (31)	21 (32,8)
Fitoterapeuta	5 (17,2)	14 (21,9)
Sanador espiritual	5 (17,2)	10 (15,6)
Hierbas o suplementos	54	58
Hierbas	35 (64,8)	37 (63,8)
Vitaminas	17 (31,5)	19 (32,8)
Homeopatía	13 (54,1)	17 (29,3)
Prácticas	34*	35*
Meditación	24 (70,6)	25 (71,4)
Yoga	12 (35,3)	13 (37,1)
Chi Kung	0	2 (5,7)
Tai Chi	1 (2,9)	2 (5,71)
Técnica de relajación	12 (35,3)	13 (37,1)
Visualización	2 (5,9)	2 (5,7)
Ceremonia de sanación	5 (14,7)	5 (14,3)

* No incluye «rezar por la salud».

cero, para el diligenciamiento de los cuestionarios se destinó un espacio privado e idóneo que facilitara la comunicación entre ambos integrantes de la relación médico-paciente. Finalmente, se desarrolló una herramienta estandarizada para recabar la información sociodemográfica y relacionada con la enfermedad, de tal modo que se garantizó la obtención homogénea de datos.

Las características sociodemográficas presentes en la mayoría de los pacientes evaluados, entre las que destacan la mayor representación del sexo femenino, el nivel medio de educación de la población estudiada, el bajo nivel socioe-

nómico y la pobre cobertura en salud, representan el perfil de pacientes latinoamericanos con AR³⁷, por lo que consideramos que nuestros resultados se pueden extrapolar a poblaciones similares.

El primer resultado destacable del estudio fue la asociación entre una menor calificación en ciertos reactivos de la relación médico-paciente y la práctica de MCA. En un segundo escenario clínico, que incluyó a los pacientes que usaban MCA, también encontramos una asociación entre la comunicación al respecto con el reumatólogo y una mejor calificación en ciertos reactivos de la relación médico-paciente.

Si bien el PDRQ-9 es un instrumento que evalúa la calidad de la relación paciente-médico experimentada por el paciente, desde un constructo unidimensional, los reactivos incluidos responden a distintos aspectos involucrados en este complejo fenómeno. Dichos aspectos permiten cuantificar, de forma independiente, la opinión del paciente con respecto a la comunicación, la satisfacción y la accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento por seguir. Desde esta perspectiva, pudimos identificar que los ítems del PDQR-9 con los cuales se encontró asociación fueron aquellos relacionados con la percepción de comprensión y accesibilidad al médico en el primer escenario clínico (la totalidad de pacientes con AR), el grado de acuerdo con el médico sobre el origen de los síntomas en el segundo escenario (pacientes con AR que usaban MCA) y el grado de satisfacción con el tratamiento en ambos escenarios.

Para el primer contexto clínico no identificamos información en la literatura que haya establecido una asociación similar. Frente a este hallazgo, los autores hemos planteado las siguientes consideraciones: por una parte, es probable que a mayor satisfacción con el tratamiento convencional indicado por el reumatólogo, es menos probable que el paciente busque opciones terapéuticas diferentes o adicionales. Por otra parte, a mayor percepción de accesibilidad al médico reumatólogo y comprensión por parte de este, se puede sugerir que el paciente tenga una relación médico-paciente más participativa y alineada con el médico tratante (en términos de objetivos y preferencias de tratamiento), haciendo menos factible la búsqueda de opciones de tratamiento alternativas.

Para el segundo contexto clínico, que involucra a los pacientes que usaron MCA e informaron (o no) de su uso al reumatólogo, sugerimos que a menor percepción (por parte del paciente) de un acuerdo con el médico tratante sobre la causa de los síntomas, aunado a una menor satisfacción con el tratamiento, es más factible que los pacientes no informen sobre el uso de MCA. En la literatura se han descrito otros factores que influyen en la comunicación médico-paciente sobre el uso de MCA. A efectos del presente estudio, tales factores no fueron evaluados, o bien no se encontró una asociación significativa. Entre ellos destacan el sexo, la edad, el número de terapias de MCA utilizadas, el tipo de enfermedad e inclusive la especialidad del médico tratante³¹. Así, los pacientes jóvenes, las mujeres, aquellos con comorbilidad del tipo fibromialgia y quienes usan más de una terapia de MCA tienden a comunicar más el uso de MCA al reumatólogo^{38,39}.

Por otra parte, en ciertas especialidades médicas, como la medicina familiar, se ha documentado una mayor comunicación sobre el uso de MCA en pacientes con artritis y dolor musculoesquelético; el porcentaje de pacientes que sí informaron supera el 70%, hecho que se atribuyó al desarrollo de un modelo de relación médico-paciente centrado en el paciente, el cual se caracteriza por una mayor inclusión de este en la toma de decisiones³¹.

El segundo resultado relevante de nuestro estudio fue la gran proporción de pacientes que no informaron del uso de MCA al reumatólogo (69%) por temor a represalias, pese a que la mayoría de los encuestados estuvo de acuerdo con comunicarlo. Además y de manera sorprendente, la calificación general de la relación médico-paciente evaluada por el PDQR-9 fue muy alta en la mayoría de los casos. Lo anterior suscita

un gran interrogante sobre la percepción de los pacientes de lo que significa una «relación médico-paciente apropiada», y pone de manifiesto de manera indirecta dos fenómenos sociales que determinan la relación médico-paciente: el primero, una distancia de poder alta, y el segundo, el paternalismo médico como práctica predominante en nuestras instituciones. Otra explicación de la falta de comunicación médico-paciente sobre el uso de MCA pudo haber sido que el reumatólogo no haya preguntado activamente al respecto y el paciente, por tanto, haya olvidado/obviado mencionarlo.

La distancia de poder describe un fenómeno de la psicología médica en el cual se acepta una distribución jerárquica, no igualitaria del poder, por los miembros de una sociedad determinada⁴⁰. En el escenario clínico, la distancia de poder influye en los aspectos relacionados con la comunicación médico-paciente, el intercambio de información, el grado de conformidad del paciente y la toma de decisiones. Una distancia de poder baja significa que se acepta que las relaciones de poder sean democráticas y, por consiguiente, que médicos y pacientes sean considerados iguales⁴¹. Por el contrario, una distancia de poder alta significa que el paciente acepta la superioridad jerárquica del médico y con ello se admite el rol pasivo y la condición de subordinación de los pacientes respecto a la toma de decisiones, haciendo menos participativa la interacción médico-paciente^{36,42,43}. Estas últimas son características distintivas del modelo de relación médico-paciente de estilo paternalista.

Por otra parte, en el modelo de relación médico-paciente paternalista se ha descrito una menor probabilidad de comunicación sobre de uso de MCA, lo que puede favorecer desenlaces clínicos negativos, tales como la insatisfacción del paciente con la atención médica, un mal entendimiento o error diagnóstico y la falta de adherencia terapéutica^{44,45}. Si bien en este estudio no se caracterizó el modelo de relación-médico paciente, las características demográficas de la población evaluada (predominio de mujeres, con medio-bajo nivel educativo y comorbilidad), aunadas a la distancia de poder alta, sugieren la existencia de un modelo de relación médico-paciente tendiente al paternalista, que se tiene documentado en el caso de México, particularmente en el contexto del sistema público de atención a la salud²⁹.

El tercer resultado que resaltamos fue la menor prevalencia de uso de MCA en nuestros pacientes con AR (37,4% y 41,5%, a los 3 y a los 12 meses, respectivamente), comparada con la encontrada en otras cohortes internacionales y nacionales, en las cuales la frecuencia de uso reportada ha sido hasta del 90%⁴⁶. Consideramos que la diferencia en las frecuencias de uso de MCA entre nuestro estudio y lo reportado en la literatura puede deberse a la heterogeneidad de la definición y los términos utilizados para definir MCA, a la diversidad cultural, sociopolítica y religiosa de las poblaciones estudiadas, a la diferente disponibilidad de MCA en cada país (es mayor en los países orientales⁴⁷) y a la heterogeneidad de los instrumentos de evaluación de MCA. A este respecto, cabe mencionar que es frecuente la aplicación de cuestionarios no validados. Destacamos que nuestro estudio es el único en México en el cual se ha empleado un instrumento validado (I-CAM-Q).

Para el análisis de los datos presentados no se tomó en consideración la práctica de rezar por la salud (incluida en el

cuestionario), para evitar sobredimensionar la prevalencia de uso de MCA (ascendía al 82,1% y al 83,7%, a los 3 y a los 12 meses, respectivamente). En México, un 95,1% de la población profesa alguna religión⁴⁸, y por consiguiente, el rezo se convierte en una práctica muy popular. Cabe mencionar que los análisis se repitieron incluyendo la modalidad de rezar por la salud y los resultados fueron similares.

Finalmente, y con respecto a las diferentes modalidades de MCA, se encontró que las más frecuentemente utilizadas fueron la quiropraxia, la acupuntura y el consumo de productos herbales, hallazgos concordantes con lo evaluado en otras cohortes^{36,49}.

Dentro de las limitaciones de este estudio destacamos, en primer lugar, su diseño transversal que impide establecer relaciones de causalidad entre la relación médico-paciente y el uso de MCA. Además, no se evaluaron todas las potenciales variables confusoras que determinan la propia relación médico-paciente, como es el sexo del médico tratante. Por otra parte, la herramienta PDQR-9 no contempla otras dimensiones de la relación médico-paciente como son las características propias del discurso, el lenguaje no verbal o el grado de participación del paciente en la toma de decisiones. Tampoco incluye la perspectiva del médico.

El comportamiento de las puntuaciones de este instrumento en la población de estudio parece indicar un efecto techo, ya reportado previamente como una característica de esta herramienta. La alta proporción de pacientes en las máximas puntuaciones quizás limite la capacidad de discriminar quiénes pudieran estar más allá del rango superior del instrumento e impida una representación exacta de la desviación más allá de este punto. Por último, ambos cuestionarios (I-CAM-Q y PDRQ-9) carecen de validación en nuestro país, lo cual tal vez afecte su desempeño.

El uso de MCA sigue siendo un campo de la práctica clínica aún por explorar, especialmente en el mundo occidental. Existe la necesidad de investigar y profundizar aún más en temas tales como la caracterización del perfil del usuario de MCA, los patrones de uso, los factores asociados con la relación médico-paciente y su relación con la adherencia a terapia farmacológica convencional. Con el advenimiento de nuevo conocimiento, será más fácil identificar al paciente usuario de MCA y con ello llevar a cabo una intervención oportuna, procurando la participación activa del paciente en la toma de decisiones, una mejor adherencia terapéutica y una comunicación médico-paciente asertiva.

Conclusiones

Más de una tercera parte de la población estudiada con AR reportó el uso de MCA. La mayoría de los pacientes refirieron estar de acuerdo con informarlo a su reumatólogo, pero sólo 1 de cada 3 usuarios lo hizo; alegaron el temor a represalias como justificación para la falta de comunicación con su reumatólogo tratante. Pese a lo anterior, la calificación global de la relación médico-paciente fue cercana a la mejor calificación posible. Si bien no se estableció una asociación entre el uso de MCA y la relación médico-paciente evaluada por PDRQ-9, sí se encontró una asociación con ciertos ítems, en particular con el ítem que evalúa la satisfacción del paciente con el

tratamiento. Esta asociación se reprodujo en el subgrupo de pacientes usuarios de MCA que informaron al reumatólogo.

La falta de comunicación con respecto al uso de MCA en nuestra población sugiere una distancia de poder alta y un modelo de relación médico-paciente de tipo paternalista. Es imprescindible favorecer espacios de participación en la consulta de reumatología e indagar activamente sobre la práctica de este tipo de intervenciones, especialmente para detectar aquellas que puedan ser perjudiciales porque interfieran con la terapia convencional prescrita (por interacción medicamentosa) o bien por estar contraindicadas⁵⁰. Finalmente, los reumatólogos debemos esforzarnos por incluir en nuestra práctica diaria modelos de atención centrados en los pacientes, que busquen una mayor participación de estos y por ende un mayor compromiso con su propio estado de salud.

Financiación

La Dra. Diana Padilla Ortiz recibió apoyo de la Asociación Colombiana de Reumatología para la realización de un proyecto relacionado con el uso de medicina complementaria y alternativa en pacientes con artritis reumatoide en México; los demás autores no recibieron financiamiento externo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saydah SH, Eberhardt MS. Use of complementary and alternative medicine among adults with chronic diseases: United States 2002. *J Altern Complement Med.* 2006;12:805-12, <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2006.12.805>.
2. Rhee TG, Marottoli RA, Van Ness PH, Tinetti ME. Patterns and perceived benefits of utilizing seven major complementary health approaches in U.S. older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2018;73:1119-24, <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/gly099>.
3. Zezos P, Nguyen GC. Use of complementary and alternative medicine in inflammatory bowel disease around the world. *Gastroenterol Clin North Am.* 2017;46:679-88, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2017.08.001>.
4. Ng JY, Boon HS, Thompson AK, Whitehead CR. Making sense of «alternative», «complementary», «unconventional» and «integrative» medicine: exploring the terms and meanings through a textual analysis. *BMC Complement Altern Med.* 2016;16:134, <http://dx.doi.org/10.1186/s12906-016-1111-3>.
5. Okoro CA, Zhao G, Li C, Balluz LS. Has the use of complementary and alternative medicine therapies by U.S. adults with chronic disease-related functional limitations changed from 2002 to 2007? *J Altern Complement Med.* 2013;19:217-23, <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2012.0009>.
6. Thomas KJ, Coleman P, Nicholl JP. Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995-2001 results from a follow-up national survey. *Fam Pract.* 2003;20:575-7, <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmg514>.
7. Roy V, Gupta M, Ghosh RK. Perception, attitude and usage of complementary and alternative medicine among doctors and patients in a tertiary care hospital in India. *Indian J*

- Pharmacol. 2015;47:137–42, <http://dx.doi.org/10.4103/0253-7613.153418>.
8. Phang JK, Kwan YH, Goh H, Tan VIC, Thumboo J, Østbye T, et al. Complementary and alternative medicine for rheumatic diseases: a systematic review of randomized controlled trials. *Complement Ther Med.* 2018;37:143–57, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2018.03.003>.
 9. Yang L, Sibbitt D, Adams J. A critical review of complementary and alternative medicine use among people with arthritis: a focus upon prevalence, cost, user profiles, motivation, decision-making, perceived benefits and communication. *Rheumatol Int.* 2017;37:337–51, <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-016-3616-y>.
 10. Mertz M. Complementary and alternative medicine: the challenges of ethical justification. A philosophical analysis and evaluation of ethical reasons for the offer, use and promotion of complementary and alternative medicine. *Med Health Care Philos.* 2007;10:329–45, <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-007-9050-x>.
 11. Corp N, Jordan JL, Croft PR. Justifications for using complementary and alternative medicine reported by persons with musculoskeletal conditions: a narrative literature synthesis. *PLoS One.* 2018;13:e0200879, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0200879>.
 12. Ng JY, Azizudin AM. Rheumatoid arthritis and osteoarthritis clinical practice guidelines provide few complementary and alternative medicine therapy recommendations: a systematic review. *Clin Rheumatol.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-020-05054-y>.
 13. Kumar G, Srivastava A, Sharma SK, Rao TD, Gupta YK. Efficacy & safety evaluation of Ayurvedic treatment (Ashwagandha powder & Sidh Makardhwaj) in rheumatoid arthritis patients: a pilot prospective study. *Indian J Med Res.* 2015;141:100–6, <http://dx.doi.org/10.4103/0971-5916.154510>.
 14. Fernández-Llano Comella N, Fernández Matilla M, Castellano Cuesta JA. Have complementary therapies demonstrated effectiveness in rheumatoid arthritis? *Reumatol Clin.* 2016;12:151–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.10.011>.
 15. Callahan LF, Wiley-Exley EK, Mielenz TJ, Xiao C, Currey SS, Sleath BL, et al. Use of complementary and alternative medicine among patients with arthritis. *Prev Chronic Dis.* 2009;6:A44.
 16. Alvarez-Hernández E, César Casasola-Vargas J, Lino-Pérez L, Burgos-Vargas R, Vázquez-Mellado J. [Complementary and alternative medicine in patients attending a rheumatology department for the first time. Analysis of 800 patients]. *Reumatol Clin.* 2006;2:183–9, [http://dx.doi.org/10.1016/S1699-258X\(06\)73044-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73044-3).
 17. Ramos-Remus C, Gamez-Nava JI, Gonzalez-Lopez L, Skeith KJ, Perla-Navarro AV, Galvan-Villegas F, et al. Use of alternative therapies by patients with rheumatic disease in Guadalajara, Mexico: prevalence, beliefs, and expectations. *Arthritis Care Res.* 1998;11:411–8, <http://dx.doi.org/10.1002/art.1790110513>.
 18. Farrukh MJ, Makmor-Bakry M, Hatah E, Tan HJ. Use of complementary and alternative medicine and adherence to antiepileptic drug therapy among epilepsy patients: a systematic review. *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:2111–21, <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S179031>.
 19. Lakatos PL, Czegledi Z, David G, Kispal Z, Kiss LS, Palatka K, et al. Association of adherence to therapy and complementary and alternative medicine use with demographic factors and disease phenotype in patients with inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis.* 2010;4:283–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2009.11.011>.
 20. Adler SR. Relationships among older patients CAM practitioners, and physicians: the advantages of qualitative inquiry. *Altern Ther Health Med.* 2003;9:104–10.
 21. Hoff T, Collinson GE. How do we talk about the physician-patient relationship? What the nonempirical literature tells us. *Med Care Res Rev.* 2017;74:251–85, <http://dx.doi.org/10.1177/1077558716646685>.
 22. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007;5:57–65, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijsu.2006.01.005>.
 23. Colmenares-Roa T, Huerta-Sil G, Infante-Castañeda C, Lino-Pérez L, Alvarez-Hernández E, Peláez-Ballestas I. Doctor-patient relationship between individuals with fibromyalgia and rheumatologists in public and private health care in Mexico. *Qual Health Res.* 2016;26:1674–88, <http://dx.doi.org/10.1177/1049732315588742>.
 24. Georgopoulou S, Prothero L, D'Cruz DP. Physician-patient communication in rheumatology: a systematic review. *Rheumatol Int.* 2018;38:763–75, <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-018-4016-2>.
 25. Fawole OA, Dy SM, Wilson RF, Lau BD, Martinez KA, Apostol CC, et al. A systematic review of communication quality improvement interventions for patients with advanced and serious illness. *J Gen Intern Med.* 2013;28:570–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-012-2204-4>.
 26. Sleath B, Rubin RH, Campbell W, Gwyther L, Clark T. Ethnicity and physician-older patient communication about alternative therapies. *J Altern Complement Med.* 2001;7:329–35, <http://dx.doi.org/10.1089/107555301750463206>.
 27. Stubbe DE. Complementary and alternative medicine: if you don't ask, they won't tell. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2018;16:60–2, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.focus.20170052>.
 28. Lazcano-Ponce E, Angeles-Llerenas A, Alvarez-del Río A, Salazar-Martínez E, Allen B, Hernández-Avila M, et al. Ethics and communication between physicians and their patients with cancer, HIV/AIDS, and rheumatoid arthritis in Mexico. *Arch Med Res.* 2004;35:66–75, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcmed.2003.06.007>.
 29. García-González A, González-López L, Gamez-Nava JI, Rodríguez-Arreola BE, Cox V, Suárez-Almazor ME. Doctor-patient interactions in Mexican patients with rheumatic disease. *J Clin Rheumatol.* 2009;15:120–3, <http://dx.doi.org/10.1097/RHU.0b013e31819d89bf>.
 30. Voshaar MJ, Nota I, van de Laar MA, van den Bemt BJ. Patient-centred care in established rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015;29:643–63, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bepr.2015.09.007>.
 31. Stefaní I, Tetí O, Mazzone A. Person-centred analysis in physician-patient relationship. *Eur J Intern Med.* 2017;43:e26–7.
 32. Quandt SA, Verhoef MJ, Arcury TA, Lewith GT, Steinsbekk A, Kristoffersen AE, et al. Development of an international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-Q). *J Altern Complement Med.* 2009;15:331–9, <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2008.0521>.
 33. Esteban S, Vázquez Peña F, Terrasa S. Translation and cross-cultural adaptation of a standardized international questionnaire on use of alternative and complementary medicine (I-CAM - Q) for Argentina. *BMC Complement Altern Med.* 2016;16:109, <http://dx.doi.org/10.1186/s12906-016-1074-4>.
 34. Mingote Adán J, Moreno Jiménez B, Rodríguez Carvajal R, Gálvez Herrero M, Ruiz López P. Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37:94–100.
 35. Pincus T, Swearingen CJ, Bergman M, Yazici Y. RAPID3 (Routine Assessment of Patient Index Data 3), a rheumatoid arthritis index without formal joint counts for routine care: proposed severity categories compared to disease activity score and clinical disease activity index categories. *J*

- Rheumatol. 2008;35:2136-47,
<http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.080182>.
36. Rao JK, Mihaliak K, Kroenke K, Bradley J, Tierney WM, Weinberger M. Use of complementary therapies for arthritis among patients of rheumatologists. Ann Intern Med. 1999;131:409-16,
<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-131-6-199909210-00003>.
37. da Mota LM, Brenol CV, Palominos P, Pinheiro Gd R. Rheumatoid arthritis in Latin America: the importance of an early diagnosis. Clin Rheumatol. 2015;34:S29-44,
<http://dx.doi.org/10.1007/s10067-015-3015-x>.
38. Langhorst J, Häuser W, Lauche R, Perrot S, Alegre C, Sarzi Puttini PC. Complementary and alternative medicine for the treatment of fibromyalgia. Evid Based Complement Alternat Med. 2014;2014:408436.
39. Alwhaibi M, Bhattacharya R, Sambamoorthi U. Type of multimorbidity and complementary and alternative medicine use among adults. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:362582, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/362582>.
40. Ge G, Burke N, Somkin CP, Pasick R. Considering culture in physician-patient communication during colorectal cancer screening. Qual Health Res. 2009;19:778-89,
<http://dx.doi.org/10.1177/1049732309335269>.
41. Meeuwesen L, van den Brink-Muinen A, Hofstede G. Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? Patient Educ Couns. 2009;75:58-66, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.015>.
42. Crock RD, Jarjoura D, Polen A, Rutecki GW. Confronting the communication gap between conventional and alternative medicine: a survey of physicians' attitudes. Altern Ther Health Med. 1999;5:61-6.
43. Matusitz J, Spear J. Effective doctor-patient communication: an updated examination. Soc Work Public Health. 2014;29:252-66,
<http://dx.doi.org/10.1080/19371918.2013.776416>.
44. Adler SR, Fosket JR. Disclosing complementary and alternative medicine use in the medical encounter: a qualitative study in women with breast cancer. J Fam Pract. 1999;48:453-8.
45. Perlman AI, Eisenberg DM, Panush RS. Talking with patients about alternative and complementary medicine. Rheum Dis Clin North Am. 1999;25:815-22,
[http://dx.doi.org/10.1016/s0889-857x\(05\)70102-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0889-857x(05)70102-2).
46. Efthimiou P, Kukar M, Mackenzie CR. Complementary alternative medicine in rheumatoid arthritis: no longer the last resort! HSS J. 2010;6:108-11,
<http://dx.doi.org/10.1007/s11420-009-9133-8>.
47. Alrowais NA, Alyousefi NA. The prevalence extent of Complementary and Alternative Medicine (CAM) use among Saudis. Saudi Pharm J. 2017;25:306-18,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jps.2016.09.009>.
48. Hoffman S, Marsiglia FF. The impact of religiosity on suicidal ideation among youth in central Mexico. J Relig Health. 2014;53:255-66, <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-012-9654-1>.
49. Kronenfeld JJ, Wasner C. The use of unorthodox therapies and marginal practitioners. Soc Sci Med. 1982;16:1119-25,
[http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90114-9](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(82)90114-9).
50. Ge J, Fishman J, Vapiwala N, Li SQ, Desai K, Xie SX, et al. Patient-physician communication about complementary and alternative medicine in a radiation oncology setting. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2013;85:e1-6,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2012.08.018>.