

Utilización de medicinas alternativas en la consulta reumatológica en la ciudad de Barranquilla

Carlo Vinicio Caballero Uribe¹, Hilda Wilches², Katia Wilches²,
Julián Rojas³, José Salas Siado⁴, Elías Forero⁵, Rafael Tuesca⁶

Resumen

Se describe la utilización de medicinas alternativas (MA) en pacientes que acuden con regularidad a la consulta reumatológica particular y de hospitales de tercer nivel de la ciudad de Barranquilla. Los pacientes llenaron de forma anónima un cuestionario con 23 preguntas sobre utilización de diferentes modalidades de MA. Se incluyeron 92 pacientes, 51 de la práctica privada y 41 de instituciones. Aunque eran pacientes que regularmente acudían a consulta reumatológica y tenían diagnósticos definidos según el ACR, una tercera parte de los pacientes había utilizado MA en el año previo al estudio. La mayoría (44%) remedios herbales y habían sido utilizados por cortos períodos de tiempo, sin conocimiento del médico tratante y por recomendación de terceros (vecinos, amigos y familiares). El 64% de los pacientes no refirió mejoría con estos medicamentos. El médico tratante desconocía la utilización de MA en el 86,2% de los casos. Algunos productos utilizados fueron balsamina, orégano, chuchuguaza, cola de caballo, romero, uña de gato, llantén, guaranda, zarzaparrilla, clorofila y manzanilla.

Palabras clave: Medicinas alternativas, Enfermedades reumáticas.

Summary

We included 92 rheumatic patients, according ACR criteria, that have assisted to our primary care private rheumatologic center (51 patients) or to public institutions (41 patients) at least 3 times during last year. Patients agreed to participate and filled an anonymous questionnaire of 23 questions about unconventional remedies without knowledge of treating doctor. Most used different herbal remedies (44,3%). They refer to have used AM at least one time (37,9%), twice (13,8%), three times (10,3%), four times (3,4%) or 5 or more times (34,5%). 75% used remedies less than six months. They never mentioned the use of AM to their treating doctor in 86,2% of cases. Most patients (64,3%) referred no improvement on its symptoms. Some products used were "balsamina, orégano, chuchuguaza, cola de caballo, romero, uña de gato, llantén, guaranda, zarzaparrilla, clorofila and manzanilla".

Key Words: Alternative Medicine, Rheumatic Diseases.

Introducción

No hay un consenso actual acerca de la mejor definición de las medicinas alternativas (MA). Eisenberg, en su estudio pionero sobre las características de utilización de procedimientos no convencionales en la población de USA¹, las describió como "intervenciones médicas no enseñadas ampliamente en las escuelas de medicina y que usualmente no están disponibles en los hospitales americanos". Quizás hoy en día sea más apropiado llamarla "medicina no convencional" don-

1 Internista Reumatólogo. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Profesor de las Universidades del Norte y Libre de Barranquilla. Director Centro de Artritis y Osteoporosis (CAO). carvica@celcaribe.net.co
2 Estudiantes de IX semestre de medicina. Universidad del Norte.
3 Médico general.
4 Reumatólogo. Universidad Libre. Hospital de Barranquilla y Clínica General del Norte.
5 Internista-Reumatólogo. Barranquilla.
6 Epidemiólogo. Universidad del Norte.

de hay lugar para los términos de alternativo, no ortodoxo, irregular, no probado científicamente, no basado en la evidencia y naturopático; en franca contraposición con lo convencional, ortodoxo, regular, científico, basado en la evidencia, alopático, moderno y occidental que representa la medicina que aprendimos, enseñamos y ejercemos².

Panush^{3, 4} menciona 3 tipos diferentes de terapias alternativas: la “genuina” (para la que existe alguna evidencia científica y es segura: Ej. (Acupuntura); la “cuestionable”, que básicamente se refiere a aquellas terapias no probadas satisfactoriamente desde el punto de vista científico; y las “fraudulentas”, que corresponden a terapias falsas, charlatanería y estafas terapéuticas.

En los pacientes con enfermedades crónicas, en especial reumática, se ha reportado una alta prevalencia de utilización de MA. En los Estados Unidos, en el año de 1990, se calculó que se habían realizado 388 millones de consultas médicas de atención primaria durante ese año. Lo sorprendente es que el número de consultas “alternativas” el mismo año fue de 422 millones. El gasto en salud por medicinas alternativas es de 13.500 millones de dólares anuales, de los cuales el 75% es pagado por los pacientes. En la mayoría de los casos (89%) estas visitas no las prescribió un doctor y el 72% de los pacientes no discutieron sus visitas a MA con el profesional a su cargo^{1, 2}. Los gastos calculados por atención alternativa en Australia son alrededor de 930 millones de dólares australianos⁵.

El 34% de la población general en USA¹, la mitad de la población australiana⁵ y el 66% de los pacientes reumáticos canadienses que asistían a una clínica reumatológica⁶ han utilizado diferentes tipos de MA en el año previo a los estudios realizados.

En Latinoamérica tenemos informes de México con 83% de prevalencia en pacientes reumáticos de un hospital de tercer nivel del Instituto de Seguros Sociales y en Cuba con 26,3% en una población comunitaria^{7, 8} evaluadas a través del instrumento o cuestionario COPCORD que aplica PANLAR para la detección de problemas reumáticos en la población general⁹.

Los factores que parecen impulsar el empleo de terapias alternativas en los pacientes con enfermedades crónicas son variables¹⁰ (tabla 1).

Tabla 1. Por qué se utilizan las medicinas alternativas

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a) El deseo de evitar la toxicidad y efectos colaterales de la terapéutica convencional. b) Insatisfacción con la actitud de los facultativos de la medicina convencional. c) Fracaso diagnóstico. d) Fracaso de la terapia convencional. e) Enfermedades graves de mal pronóstico (esperanza de curación). f) Herencia cultural. g) Enfermedades para las cuales no hay tratamiento o éste es decepcionante. h) Razones filosóficas (nueva era, preferencia por lo “natural”). |
|--|

Estas razones son importantes para considerar que el uso de MA continuará de una forma sostenida, sobre todo en aquellos pacientes con enfermedades crónicas. Por los costos asociados a su utilización, la falta de pruebas contundentes acerca de su utilidad y la posibilidad de ser potencialmente peligrosas o tener interacciones con las terapias usuales de nuestros pacientes, se constituyen en un problema de salud pública importante^{1, 2, 11-12}.

El objetivo de este estudio es reportar la frecuencia y características de la utilización de las MA por parte de los pacientes reumáticos en la población de Barranquilla.

Pacientes y métodos

Se escogieron pacientes que acudían a un centro reumatológico de atención primaria que ve pacientes de régimen de medicina prepagada o particulares (CAO), y a instituciones públicas o de atención del POS (Hospital de Barranquilla, Universitario y Clínica General del Norte) de la ciudad de Barranquilla. Como criterio de inclusión se seleccionaron pacientes que acudían consecutivamente a la consulta y que desearon participar en el estudio. Los pacientes debían tener un diagnóstico reumático conocido de acuerdo con los criterios del Colegio Americano de Reumatología u otro bien establecido¹³, el cual había sido realizado por un

reumatólogo (CVC en el CAO), EF (HU) y JSS (HB; CGN) y que hubiesen acudido por lo menos en tres oportunidades durante el año anterior a los centros donde se realizaron los estudios. Los pacientes llenaron en forma anónima, con desconocimiento de su médico reumatólogo tratante, un cuestionario sobre Medicinas Alternativas. Cuando se requirió, por alguna duda o aclaración, tuvieron asistencia de los estudiantes a cargo de aplicar los formularios (H y K Wilches).

El cuestionario aplicado es una versión acortada y modificada del que utilizaron en México Ramos-Remus y colaboradores⁷. Este cuestionario fue elaborado en varios pasos: se realizó una encuesta exploratoria para evaluar uso de terapias alternativas en sus pacientes, luego se le aplicó a pacientes reumáticos no incluidos en su estudio de una forma autoadministrada y el cuestionario final de 35 puntos con datos demográficos, características de la enfermedad y evaluaciones funcionales se aplicó en forma personal a 300 pacientes que acudían a su centro. El cuestionario se consideró aplicable en nuestro medio con algunas modificaciones de forma y no de fondo, con base en la experiencia del autor principal el cual se formó en México como especialista durante 5 años. Básicamente se excluyeron preguntas sobre las características clínicas de los pacientes y la evaluación funcional, ya que consideramos el estudio como una evaluación preliminar. El cuestionario final fue de 23 preguntas.

En análisis estadístico se utilizaron la prueba de Chi cuadrado y la T de student para hacer comparaciones simples entre los pacientes del centro privado y de las IPS.

Resultados

Se incluyeron 92 pacientes, 51 pacientes (55,43%) pertenecían al Centro de Artritis y Osteoporosis (CAO) y 41 (44,57%) pacientes a las diferentes instituciones públicas (IPS). No hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos de pacientes ($p: 0,6$) por lo cual se realizó el análisis de los 92 pacientes como grupo. Eran mujeres en el 96,3% (promedio de edad 54 años) de los casos. La mayoría eran procedentes de Barranquilla (72,8%) y pertenecían a más de 17 barrios diferentes de la ciudad, casi todos del centro y sur. Los principales diagnósticos de los pacientes fueron artritis reumatoide (37%), artrosis degenerativa (19,7%), osteoporosis (18,5%) y lupus eritematoso

(9,9%). La enfermedad no reumática más frecuentemente reportada fue la hipertensión arterial (46%).

El 70,4% de los pacientes dicen conocer las MA, pero sólo el 31,5% (29 pacientes) las ha utilizado alguna vez durante el último año. Las principales terapias utilizadas fueron las hierbas naturales (44,3%), seguidas de la utilización de acupuntura o terapia neural (6,29%) (tabla 2). Otro 41,3% de las personas que utilizaron MA no sabe qué tipo de productos utilizaron y refieren que básicamente no fueron informados acerca de la naturaleza del producto. En relación con los patrones de utilización durante el último año refieren haberla utilizado al menos una vez (37,9%), dos veces (13,8%), tres veces (10,3%), 4 veces (3,4%) y 5 veces (34,5%). Con relación al tiempo de utilización 13 pacientes (44,8%) refirieron utilizarlas menos de 3 meses, 9 (31%) de 3-6 meses, 3 (17,2%) de 6-12 meses y 2 (6,9%) más de 12 meses. El tratamiento alternativo fue recomendado la mayoría de veces por indicación de un tercero (75,9%). Los principales referentes son vecinos, amigos y familiares. Los médicos recomendaron este tratamiento sólo en 10,3% de los casos.

Con relación a la consulta reumatológica, los pacientes dicen haber utilizado las MA antes de la consulta reumatológica (75,8%), durante el tratamiento con el reumatólogo (10,3%) o después de acudir al reumatólogo (34,48%). El médico tratante no fue informado de la utilización de MA por parte de los pacientes en el 86,2% de los casos. Refieren haber combinado la terapia usual con la alternativa el 34,5% de los pacientes.

El 64,3 % refirieron no haber mejorado con las MA o incluso empeorar (7,1%). El 17,9% dijo haber mejorado o estar igual (10,7%). El 96,2% refirieron no tuvo efectos colaterales. Sólo un paciente presentó alergia en la piel.

Veinte pacientes respondieron a la pregunta del costo de las MA gastando en promedio \$26.875 en el CAO y \$24.307 en las IPS, sin embargo hubo márgenes muy variables entre 0 y \$200.000. La terapia fue aplicada por un médico en el 58,3% de los casos, por enfermeras en 4,2%, otra persona no especificada en el 29,2% y no sabe en 8,3%. Refieren haber recibido orientación por parte de la persona que realizó el tratamiento en el 48,27% de los casos, 8 (27,5%) pacientes se realizaron controles periódicos con la persona de la MA.

Algunos productos que mencionaron utilizar fueron balsamina, orégano, chuchuguaza, cola de caballo, romero, uña de gato, llantén, guaranda y zarzaparrilla, clorofila y manzanilla.

Discusión

Este estudio es la primera descripción epidemiológica que se hace en nuestro país sobre las características de la utilización de MA por parte de pacientes reumáticos. Hay varios hallazgos interesantes. Para el análisis hay que tener en cuenta que nuestros pacientes eran reumáticos conocidos, que por criterios de inclusión habían acudido a la consulta reumatológica al menos tres veces durante el último año. Un tercio de estos pacientes ha utilizado MA dentro del último año, lo cual sugiere que en una población no seleccionada que sólo esporádicamente haya acudido al reumatólogo y que no tenga apego hacia su medicina convencional este porcentaje debe ser mucho mayor^{1, 2}. A diferencia del estudio mexicano sobre el cual basamos nuestro cuestionario⁷ en nuestros pacientes, pero en concordancia con los pacientes comunitarios de Cuba⁸, la prevalencia de utilización fue menor. Esto probablemente sea mejor explicado porque los pacientes hospitalarios tienen un mayor tiempo de duración de la enfermedad y están más gravemente enfermos que los pacientes de una comunidad o los de atención primaria⁶⁻⁸. Las diferencias y similitudes entre los hallazgos de nuestro estudio de población ambulatoria y el similar de Guadalajara (México) en población reumática hospitalaria se muestran en la tabla 2.

La prevalencia también parece ser menor a la reportada en países industrializados como USA, Australia y Canadá^{1, 5-6}. Aunque el estudio no fue realizado para responder esta pregunta, el de Eisenberg en USA¹ demostró que contrario a lo que se creía que los pacientes con mayor educación y recursos económicos tendían a utilizar más las MA a diferencia de los que creemos en Latinoamérica que la asociación es con baja educación y nivel socioeconómico⁷⁻⁸ de tal manera que sería importante evaluar en ambos tipos de población (industrializada vs latinoamericana) qué diferencias hay en el perfil de las personas que acuden a MA. Por otra parte, muchos de los estudios iniciales de utilización de MA en países desarrollados incluían tópicos como ingesta de multivitaminas lo cual hace que su consumo esté un poco inflado⁶.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de la consulta privada y los de las instituciones públicas. Aunque el número de pacientes en cada grupo (privados vs públicos) era relativamente pequeño, por su procedencia de casi más de 20 barrios de Barranquilla, donde sólo el 4% era de barrios de estrato 5 ó 6 en la consulta del CAO, podemos considerar que ambos grupos eran similares. Nuestros pacientes privados de hoy en día parecen ser pacientes básicamente institucionales que se cansan de largas filas, tiempos de consulta prolongados y no tienen acceso a medicina prepagada por lo que son muy similares a los pacientes de las instituciones públicas incluidas aunque tal vez con mejores recursos económicos.

Como en USA y en México el 86% de los pacientes que utilizaron MA no lo comentaron con su médico tra-

Tabla 2. Prevalencia y respuesta al tratamiento con medicinas alternativas en pacientes colombianos y mexicanos.

	Barranquilla (92 pts.)	Guadalajara ⁷ (250 pts.)
Utilización en los 12 últimos meses	32,1%	83%
Antes de la consulta reumatológica	75,8%	61%
Después de la consulta	34,8%	79%
Notificación al reumatólogo	13,8%	26%
Mejoría con el tratamiento	17,9%	30%
Igual con el tratamiento	10,7%	23%
No mejoría	64,3%	47%

tante. Las explicaciones de esta conducta, que parece ser un patrón universal, son aparentemente que¹⁰: 1) Los pacientes no esperan que el médico esté informado acerca de estas terapias. 2) Simplemente no se les ocurre que este asunto sea pertinente para discutir con el médico tratante, y 3) Temor a la reacción de su médico.

La frecuencia de utilización de las MA durante el último año en nuestros pacientes permite inferir varias conclusiones: 1) Hay varios patrones de utilización, siendo lo más frecuente (37%) las personas que la utilizaron una oportunidad básicamente para ver qué pasaba con su enfermedad. 2) Otro subgrupo significativo (34%) de nuestros pacientes parece ser consumidor frecuente de este tipo de medicinas. 3) La mayoría de los pacientes (75%) la utilizó por un tiempo inferior a 6 meses. 4) Más del 60% no refirió una mejoría significativa con la terapia alternativa, y 5) Sólo un tercio de los pacientes encuestados continuaba acudiendo con alguna regularidad a la MA.

Tomados en conjunto, estos hallazgos simplemente parecen reflejar la búsqueda de esperanza y mejoría con cualquier forma de tratamiento que pueda ayudar a resolver el problema de una enfermedad reumática crónica. Más que demostrar que el paciente reumático sea un consumidor a ultranza de medicinas diferentes a las que utilizamos como estándar, el paciente que tiene apego por la medicina convencional parece experimentar un deseo natural y hasta lógico a ver cómo le va con la MA y si puede de esta manera resolver su problema²²⁻²³. Curiosamente en más del 75% de los casos las recomendaciones vienen de amigos, vecinos o familiares cercanos, por lo que puede ser siempre importante incluir en las explicaciones de la enfermedad a personas cercanas que tengan influencia sobre el paciente.

La mayoría de los pacientes utilizó diferentes tipos de medicinas herbales, sin que se destacara alguna en particular. La más frecuente es la popular uña de gato (6,9%). En Guadalajara⁷ también reportan una alta utilización de hierbas (74%), lo cual tiene orígenes históricos y culturales arraigados.

En USA² los pacientes son más propensos a otras modalidades como varias formas de terapias de relajación, quiropraxia, acupuntura, terapias de masajes, y medicinas de relajación oriental, además del consumo de hierbas y vitaminas, lo cual nuevamente indica dife-

rencias en el perfil psicosocial de la utilización de MA en ambos tipos de población.

Las MA han sido cuestionadas por la medicina convencional por la posibilidad de tener toxicidad, la más frecuente es a nivel hepático por hierbas como el chaparral¹⁶. En Latinoamérica se han reportado artritis sépticas por salmonella arizona¹⁴ a consecuencia de consumo de cápsulas de víbora de cascabel contaminadas con la salmonella en pacientes mexicanos, y también en México un incremento en la mortalidad de pacientes con LES en cuidados intensivos por la suspensión previa de la medicina convencional y su cambio a medicinas alternativas¹⁵. Sin embargo, la mayoría de estos estudios son reportes de casos en grupos seleccionados de baja cultura y no hay estudios serios donde se hayan evaluado adecuadamente las potenciales complicaciones de las diferentes MA. Desde este punto de vista es preocupante que el 41% de nuestros pacientes no conociera qué tipo de medicina recibía exponiéndose a complicaciones, falsas terapias y toxicidad potenciales^{11, 12, 14-15}. Los ensayos clínicos con hierbas que han tenido alguna validación desde el punto de vista científico¹⁶⁻¹⁷ básicamente han sido con crema tópica de capsaicina, una preparación derivada del ají, y con el ácido gammalinolenico (un ácido graso que se encuentra en la hierba de asno, la semilla del casís y el aceite de semilla de borraja). En nuestro estudio sólo un paciente reportó una alergia a un parche de león cuyo componente es la capsaicina. Las otras terapias alternativas fueron menos utilizadas. Analizando la información científica disponible mediante técnicas de Medicina basada en la evidencia, hay indicios en la literatura médica de eficacia clínica para el manejo del dolor crónico en pacientes reumáticos con terapias como la acupuntura, las terapias manuales/manipulativas y las terapias mente/cuerpo¹⁸. La segunda terapia más utilizada por nuestros pacientes fue la acupuntura y terapias neurales en busca de mejoría del dolor. Ambas técnicas, al igual que las infiltraciones que realizamos los reumatólogos, implican estimulación de puntos anatómicos específicos con fines terapéuticos. Los resultados de los meta-análisis realizados muestran efecto levemente superior al placebo¹⁸⁻¹⁹. Más allá, las dificultades técnicas que implican un estudio doble ciego con acupuntura limita el realizar cualquier conclusión sólida al respecto¹⁸⁻²⁰.

La mayoría de los pacientes utilizó por corto tiempo las MA y sólo el 17,9% refirió mejoría frente a la terapia que previamente utilizaba, de tal manera que la respuesta clínica en nuestros pacientes se puede considerar en el rango del efecto placebo²¹.

La utilización de MA en pacientes crónicos, parece estar diseminada alrededor del mundo y mientras existan los factores que justifican su utilización (tabla 1) creemos que es necesario y obligatorio conocer los patrones locales de utilización de MA en nuestra comunidad^{10, 18, 23}. Se recomienda que para facilitar el hablar de estos asuntos con los pacientes el médico puede utilizar algunas estrategias¹⁰ como las que están en la tabla 3.

Tabla 3. Cómo facilitar la discusión sobre el empleo de medicinas alternativas

- | |
|---|
| <p>a) Dar permiso para “sacar” el tema.</p> <p>b) Estar atento a datos no explícitos en la consulta.</p> <p>c) Conocer los patrones locales.</p> <p>d) Ser franco con lo que se conoce o no se conoce.</p> <p>e) Buscar más información de los pacientes y otras fuentes.</p> |
|---|

En conclusión, este es el primer estudio descriptivo que evalúa el consumo de MA por parte de pacientes reumáticos en Colombia. En nuestro medio, un tercio de los pacientes reumáticos que regularmente acuden a la consulta reumatológica utilizan MA, especialmente diferentes medicamentos herbales. La mayoría no informa a sus médicos tratantes. El 41% desconoce qué tipo de terapia ha recibido exponiéndose a complicaciones potenciales, y en general se destacan dos patrones de utilización predominantes. Aquellos que lo hacen una vez (37,9%) para ver qué ocurre con su enfermedad y aquellos que parecen ser consumidores permanentes de este tipo de terapias (34,5%) independiente de su tratamiento médico estándar.

El estar atento a la utilización de MA por parte de nuestros pacientes, conocer las bases teóricas de su utilización, tener una actitud abierta, escucharlos y comprenderlos debería redundar en una disminución de su utilización, o al menos hacerlo de una manera más racional y una mejoría de la comunicación bilateral. De-

bemos incluir a los familiares cercanos o personas influyentes en el paciente en la educación acerca de la enfermedad que tiene la persona, ya que son terceras personas cercanas al núcleo familiar los que usualmente recomiendan la medicina alternativa.

Referencias

- Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C et al. Unconventional medicine in the United States, prevalence, costs and beliefs. *N Eng J Med* 1993; 328: 246-252.
- Dalen J (Editorial) “Conventional” and “unconventional” Medicine. Can be they integrated?. *Arch Intern Med* 1998; 158: 2179-2181.
- Panush R, Alternative Medicine: Science or Supertition? (Editorial). *J of Rheumatol* 1994; 21: 8-9.
- Panush R. Questionable Interventions. *Clinical care in Rheumatic Diseases*. 1997; 107-109.
- Mac Lennan M, Miller L, Littlejohn G et al. The use of unproven remedies for rheumatoid arthritis in Australia. *Med J Aust* 1985; 143: 516-519.
- 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.
- Ramos-Remus C, Gómez Nava J, Gonzalez-López L, et al Use of Alternative Therapies by patients with rheumatic diseases in Guadalajara, México: Prevalence, Beliefs, and expectations. *Arthritis care research* 1998; 11: 411-418.
- Reyes Llerena G, Hernández A, Guibert M. Comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda y uso de terapia no convencional en afecciones reumáticas en Cuba *Rev Colomb de Reumatol* 1999; 6: 23-29.
- Bennet K, Cardiel MH, BosiFerraz M, et al. Community screening for rheumatic disorder: cross cultural adaptation and screening characteristics of the COPCORD Core Questionnaire in Brasil, Chile and Mexico. *J Rheumatol* 1997; 24: 160-168.
- Panush RS. American College of Rheumatology Position Stament. “Complementary” and “alternatives” therapies for Rheumatic diseases. July 11. 1998. www.rheumatology.org
- Ramos-Remus C, Russel A. Alternative Therapies. Medicine, Magic, or Quackery. Who is winning the battle. *J Rheumatol* 1997; 24: 12.
- Angel M, Kassirer J. Alternative medicine. The Risks of Untested and Unregulaed remedies. *New Eng J Med* 1998; 12: 358.
- Restrepo JF, Urbina H, Iglesias-Gamarra A. Criterios Diagnósticos y clasificatorios de las enfermedades reumáticas. *Rev Colomb de Reumatol* 1997; 4: 180-194.
- Kraus A, Guerra-Bautista G, Alarcón-Segovia D. Salmonella Arizona arthritis and septicemia associated with rattlesnake ingestion by patients with connective tissue diseases. A dangerous complication of folk medicine. *J Rheumatol* 1991; 18: 1328-1331.
- Use of Alternative Medicine in a consecutive sample of patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1999; 24: 2490-94 16.
- Fugh-Bergman A. Ensayos clínicos con hierbas. *Clínicas Norteamericanas de Atención primaria* 1997; 10: 927-943.

17. Halbert H. Dieta y nutrición en la Atención primaria. *Clínicas Norteamericanas de Atención primaria*. 1997; 4: 957-977.
18. Berman B, Swyers. Establecimiento de una agenda para la investigación de las intervenciones de medicina alternativa en los dolores crónicos. *Clínicas Norteamericanas de Atención primaria*. 1997; 4: 867-883.
19. Ernst E, A White. Acupuncture for back pain. A meta-analysis of randomized Controlled trails. *Arch Intern Med* 1998; 158: 2235-2241.
20. Sampson W. Inconsistencies and errors in Alternative medicine research. *Skeptical Inquirer* 1997; 35-38.
21. Vélez A. El Efecto Placebo. *Rev Colomb de Reumatología* 1999, 6: 67-77.
22. Austin JA: Why patients use alternative medicine. *JAMA* 1998; 279: 1548-1553.
23. Nicassio P, Shumann C, Kim J et al. Psychosocial factors associated with complementary treatment use in Fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997; 24: 2008-2013.

