Articulo original de investigación

Prevalencia y factores asociados al uso de medicina complementaria y alternativa en pacientes con enfermedades reumáticas

Prevalence and factors associated with the use of complementary and alternative medicine in patients with rheumatic diseases

Alejandro Jesús Bermúdez Garcell*https://orcid.org/0000-0001-6932-6410
Nilvia Bienvenida Serrano Gámez https://orcid.org/0000-0003-3728-7052
María de los Ángeles Leyva Montero https://orcid.org/0000-0002-0553-9182
María Elisa Paredes Nájera https://orcid.org/0009-0009-5871-9388

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador.

Autor para la correspondencia: alejoberm5902@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La medicina complementaria y alternativa forma parte de las estrategias utilizadas por pacientes con enfermedades reumáticas. En Ecuador, su estudio resulta pertinente por la coexistencia de prácticas biomédicas, tradicionales y complementarias.

Objetivo: Determinar la prevalencia del uso de la medicina complementaria y alternativa en pacientes con enfermedades reumáticas, así como describir las modalidades empleadas por más tiempo y explorar su asociación con características sociodemográficas y clínicas.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal en 147 adultos con diagnóstico de enfermedad reumática, seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Se aplicó un cuestionario elaborado a partir del I-CAM-Q y se efectuó análisis descriptivo y bivariado mediante chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, con cálculo de odds ratio y significación de $p<0,05$.

Resultados: El 37,4 % refirió utilizarla, con un predominio de las "terapias biológicas y productos naturales" (38,2 %). En cuanto a la frecuencia de uso, predominaron quienes la

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

utilizan más de 5 veces por semana (49,1 %). La ausencia de empleo formal se asoció con mayores odds de uso de MCA que el empleo formal (OR= 11,097; IC 95 %: 4,147 - 29,695). La categoría conjunta de osteoartritis y artritis reumatoide presentó mayores odds que los demás diagnósticos (OR= 2,155; IC 95 %: 1,034 - 4,491).

Conclusiones: El uso de medicina complementaria y alternativa constituyó una práctica frecuente entre los pacientes muestreados, asociada a determinados factores sociodemográficos y clínicos. Su uso se orienta principalmente al alivio de síntomas persistentes y se concentra en los productos naturales y las terapias corporales, con una elevada percepción de utilidad y un alto grado de comunicación al especialista.

Palabras clave: prevalencia; factores asociados; medicina complementaria y alternativa; enfermedades reumáticas

ABSTRACT

Introduction: Complementary and alternative medicine (CAM) is part of the strategies used by patients with rheumatic diseases. In Ecuador, studying this topic is relevant due to the coexistence of biomedical, traditional, and complementary practices. Objective: To determine the prevalence of CAM use among patients with rheumatic diseases, describe the modalities used for the longest periods, and explore associations with sociodemographic and clinical characteristics.

Methods: A descriptive, cross-sectional study was conducted involving 147 adults diagnosed with rheumatic disease, selected via non-probability sampling. A questionnaire based on the I-CAM-Q was administered, and descriptive and bivariate analyses were performed using the chi-square or Fisher's exact test, calculating odds ratios (OR) with a significance level of $p<0.05$.

Results: 37.4 % of participants reported using CAM, with a predominance of "biological therapies and natural products" (38.2 %). Regarding frequency of use, the largest group consisted of those using it more than five times a week (49.1 %). Lack of formal employment was associated with higher odds of CAM use compared to formal employment (OR= 11.097; 95 % CI: 4.147–29.695). The combined category of osteoarthritis and rheumatoid arthritis showed higher odds of use than other diagnoses (OR= 2.155; 95% CI: 1.034–4.491).

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Conclusions: CAM use was a common practice among the sampled patients and was associated with specific sociodemographic and clinical factors. Its use is primarily aimed at relieving persistent symptoms and focuses on natural products and body-based therapies, with a high perceived utility and a high degree of communication with specialists.

Keywords: prevalence; associated factors; complementary and alternative medicine; rheumatic diseases

Recibido: 03/10/2026

Aprobado:04/11/2026

Introducción

Las enfermedades reumáticas comprenden un conjunto heterogéneo de afecciones inflamatorias, autoinmunes, degenerativas y metabólicas que pueden comprometer articulaciones, músculos, huesos y tejidos conectivos, con repercusiones que trascienden el daño orgánico y afectan la movilidad, la autonomía y la calidad de vida.[1]

Su importancia sanitaria resulta especialmente evidente cuando se considera la magnitud de los trastornos musculoesqueléticos, que afectan aproximadamente a 1 710 millones de personas y constituyen una de las principales causas de discapacidad en el mundo.[2] A ello se suma su frecuente evolución crónica, caracterizada por dolor persistente, períodos de exacerbación y limitaciones funcionales que obligan al paciente a mantener tratamientos y seguimiento clínico durante largos períodos.[3]

Si bien el tratamiento farmacológico y las medidas de rehabilitación continúan siendo pilares fundamentales del manejo de estas enfermedades,[4],[5] algunos pacientes buscan recursos adicionales para aliviar el dolor, mejorar la movilidad o aumentar su bienestar.

La medicina complementaria y alternativa (MCA) comprende un conjunto diverso de prácticas, productos y enfoques de atención que no forman parte de la medicina convencional ni están plenamente integrados en el sistema sanitario predominante. Su carácter complementario depende de que se utilicen junto con el tratamiento convencional, mientras

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

que se consideran alternativas cuando se emplean en sustitución de este. Su diversidad incluye desde productos herbarios, vitaminas y suplementos hasta intervenciones corporales, prácticas mente-cuerpo, acupuntura, homeopatía y recursos de carácter espiritual o religioso.[6]

Sobre esta base conceptual, una dimensión sensible de este problema se observa en los pacientes con enfermedades reumáticas que, debido a la coexistencia de hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, alteraciones metabólicas, compromiso renal u otras afecciones crónicas, requieren seguimiento paralelo en la consulta de Medicina. Un estudio mexicano documentó una utilización elevada de MCA entre pacientes con enfermedades reumáticas.[7] Otras investigaciones han encontrado que esto ocurre de modo concurrente con la atención médica convencional, sin que su empleo quedara restringido a una región geográfica o a un determinado nivel socioeconómico.[3] Esta situación no es excepcional: en la artritis reumatoide, la multimorbilidad se ha descrito en aproximadamente el 31-86 % de los pacientes.[5] con una presencia relevante de afecciones cardiometabólicas e hipertensión arterial.[8] Por tanto, cuando el paciente reumático presenta comorbilidades que exigen un manejo simultáneo desde otras especialidades, durante la valoración clínica conviene indagar sobre el uso concomitante de medicina complementaria y alternativa, aun cuando este no sea referido espontáneamente por el paciente.

Los estudios realizados en pacientes reumatológicos muestran que estas prácticas tienen una presencia considerable.[3],[6],[8] En México, Caballero-Hernández et al. documentaron una prevalencia del 59,2 % entre 500 pacientes con enfermedades reumáticas y registraron una amplia diversidad de modalidades, con predominio de preparados herbarios.[7]

Sus resultados coincidían con la literatura científica, con ciertos niveles de variabilidad, en varios aspectos, que incluían un escaso número de pacientes que informaban al reumatólogo acerca del empleo de MCA.[9],[10] Precisamente para favorecer una evaluación más homogénea se desarrolló el International Questionnaire to Measure Use of Complementary and Alternative Medicine (I-CAM-Q), diseñado para explorar tipos de prácticas, frecuencia, motivos de uso y satisfacción en diferentes poblaciones.[11]

Esta última cuestión posee gran importancia clínica. La percepción de que un producto es "natural" o de que una práctica se encuentra fuera del tratamiento farmacológico convencional no permite asumir, por sí sola, su inocuidad o eficacia. Se conoce que

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

determinados productos naturales pueden interactuar con antihipertensivos y modificar la respuesta cardiovascular.[12] El consumo de regaliz y de derivados ricos en ácido glicirrícico se ha asociado con aumentos de la presión arterial.[13]

Asimismo, algunos compuestos vegetales presentan actividad diurética y natriurética,[14] lo que requiere atención en pacientes tratados con diuréticos o con alteraciones renales. A ello se añade que ciertos preparados herbales no son inocuos para el riñón: la exposición a ácido aristolóquico se ha vinculado con lesión tubular y fibrosis intersticial renal progresiva.[15] Por otra parte, la combinación de determinadas hierbas con anticoagulantes puede alterar la anticoagulación y aumentar el riesgo hemorrágico.[16]

Pese a estas implicaciones, continúa insuficientemente caracterizado el uso de medicina complementaria y alternativa específicamente entre pacientes reumáticos con comorbilidades, en los cuales confluyen dolor crónico, multimorbilidad, polifarmacia y tratamientos no convencionales.[3][7] De ahí la utilidad de contribuir a eliminar esta brecha en el conocimiento de cara a la seguridad y el seguimiento de estos pacientes.

A pesar del avance alcanzado en el conocimiento sobre este tema, persisten interrogantes en torno al uso de medicina complementaria y alternativa, la cual plantea una situación que va más allá de la simple elección personal de recurrir a otro tipo de tratamiento.

El problema surge cuando estas decisiones se toman sin suficiente orientación profesional o no forman parte de la conversación habitual con el médico, pues este puede desconocer qué otras prácticas están utilizando el paciente, con qué frecuencia, por qué motivo y qué beneficios les atribuye. A ello se añade que bajo la denominación de medicina complementaria y alternativa se agrupan intervenciones muy diferentes entre sí, por lo que conocer únicamente su utilización resulta insuficiente. Además de estimar el uso de MCA, es necesario describir las modalidades, los motivos, la frecuencia de uso y la comunicación al médico. Sin esta información, una parte relevante de la experiencia terapéutica del paciente puede quedar fuera de la valoración clínica.

Una mirada más local sobre esta problemática permite advertir que en Ecuador el estudio del uso de medicina complementaria y alternativa tiene pertinencia por la coexistencia de prácticas biomédicas con tradiciones terapéuticas arraigadas en distintos contextos culturales y comunitarios. El propio sistema sanitario ecuatoriano ha incorporado progresivamente una perspectiva intercultural y ha promovido la articulación con prácticas

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

de medicina ancestral, tradicional y complementaria, lo que evidencia que estas formas de atención tienen presencia real en la experiencia sanitaria de la población.[9],[20]

¿Pero, actualmente, se dispone de información procedente de contextos locales?

Aunque existen antecedentes locales sobre el estudio de estas prácticas, se requiere una caracterización más específica de la prevalencia, las modalidades y los factores asociados al uso de medicina complementaria y alternativa en pacientes ecuatorianos con enfermedades reumáticas. Aunque los patrones de utilización de MCA pueden estar condicionados por factores culturales, sociales y asistenciales propios de cada población, esta realidad no ha sido suficientemente caracterizada en estos pacientes. Esta ausencia de información limita la posibilidad de comprender qué prácticas se incorporan al tratamiento habitual, qué características de los pacientes pueden relacionarse con su utilización y el grado en que estas prácticas son comunicadas al especialista.

En consonancia con lo anteriormente expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia del uso de medicina complementaria y alternativa en pacientes con enfermedades reumáticas, así como describir las modalidades utilizadas y explorar su asociación con características sociodemográficas y clínicas de los participantes.[3],[6],[8]

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, durante el período comprendido entre el 30 mayo de 2025 y el 1 mayo de 2026 en la ciudad de Riobamba, Ecuador. Se preservó la identidad de la sede asistencial participante por acuerdo de confidencialidad. Esta decisión no afecta ni los resultados, ni la reproducibilidad de la investigación.

La población estudiada estuvo constituida específicamente por pacientes adultos con diagnóstico clínico de enfermedad reumática. Estos pacientes eran atendidos, debido a sus comorbilidades, en la consulta de Medicina, espacio en el que recibían valoración y seguimiento tanto de su enfermedad reumática como de las otras afecciones concomitantes. En este contexto asistencial se aplicó un muestreo no probabilístico consecutivo que consideró como universo de estudio a los 193 únicos pacientes atendidos durante los 12 meses correspondientes al período de investigación. 181 pacientes cumplían inicialmente los criterios de elegibilidad por lo que se invitaron a participar. Un total de 154 aceptaron y brindaron su consentimiento informado. Luego, 7 cuestionarios fueron excluidos por falta de información, por lo que la muestra final quedó en 147 pacientes.

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Los criterios de inclusión establecidos fueron: pacientes de ambos sexos, de 18 años o más, con enfermedad reumática, que hubieran acudido a consulta durante el tiempo en que se realizó el estudio, con capacidad de comprender las preguntas del instrumento de recolección de datos y que aceptaran participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyeron pacientes que presentaban alteraciones cognitivas o trastornos de comunicación que limitaran su capacidad de responder adecuadamente el cuestionario, pacientes cuyas condiciones clínicas les imposibilitaran participar y aquellos que no dieron su aprobación de participación o proporcionaron cuestionarios incompletos.

La variable dependiente fue el empleo de medicina complementaria y alternativa, operacionalizada como la utilización durante los últimos 12 meses de al menos una práctica o producto no perteneciente al tratamiento farmacológico convencional prescrito para la enfermedad reumática según las modalidades previamente definidas en el instrumento de recolección de datos. Las variables independientes fueron las del tipo sociodemográficas y clínicas. Las comorbilidades formaron parte del contexto asistencial de los participantes, pero no se incluyeron como variables de análisis. Por esta delimitación, no se realizó una caracterización específica de las afecciones concomitantes ni de sus tratamientos.

El cuestionario para levantar la información fue concebido con dos secciones. La primera, con preguntas sobre características sociodemográficas y clínicas de la población: sexo, grupo etario, estado civil, nivel de escolaridad, situación laboral, enfermedad reumática diagnosticada, tiempo de evolución de la enfermedad y presencia de limitación funcional según la historia clínica del paciente. La segunda, indagaba sobre información específica referente al uso de medicina complementaria y alternativa. Esta sección se elaboró tomando como referencia el instrumento I-CAM-Q (International Questionnaire to Measure Use of Complementary and Alternative Medicine).[11] De este se conservaron las dimensiones relacionadas con la utilización de proveedores y terapias complementarias, el empleo de productos herbarios y suplementos, y las prácticas de autocuidado o cuerpo-mente, así como las preguntas destinadas a identificar la frecuencia de uso, el motivo principal de uso, la percepción de utilidad o beneficio de la terapia, duración del uso y fuente de información. Además, se incorporaron otras opciones de tratamiento complementario o alternativo y una pregunta sobre la comunicación de su uso al médico.

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Las modalidades de medicina complementaria y alternativa se agruparon en cinco categorías operativas definidas previamente en el instrumento:

1) de manipulación y cuerpo-mente donde se incluyeron prácticas de ejercicio no prescritas dentro del tratamiento convencional (quiropraxia, yoga, Tai Chi, medicina osteopática manipulativa y otras modalidades específicas)

2) terapias biológicas y productos naturales (medicina herbaria, vitaminas y minerales cuando eran utilizados sin ser indicados por un facultativo)

3) terapias energéticas o de estimulación (remedios homeopáticos, acupuntura)

4) terapias espirituales y religiosas (sanador espiritual)

5) otras (dietas o restricciones alimentarias). Estas agrupaciones no constituyen una clasificación universal. Cuando se declararon varias modalidades, se registró para el análisis la utilizada durante más tiempo.

Previo a la aplicación del instrumento, este fue revisado por dos especialistas en Reumatología, dos especialistas en Medicina Interna y un académico especializado en metodología de la investigación para evaluar claridad, pertinencia y comprensión de los ítems. Su revisión posibilitó realizar mejoras y ajustes al instrumento en su primera versión. Posteriormente se realizó una prueba piloto con 12 participantes que fueron excluidos de la muestra final y una segunda versión del instrumento, para evaluar la comprensión de los ítems y explorar la consistencia interna del instrumento, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de 0,837.

El cuestionario fue administrado por el equipo de investigadores y asistentes de investigación. Los datos recolectados se codificaron antes del procesamiento estadístico. Este se realizó con el programa SPSS Statistics v27 y para los gráficos se utilizó Microsoft Excel. Se realizó un análisis descriptivo en el cual las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes; las cuantitativas, como media y desviación estándar. Para el estudio de asociación entre variables se desarrolló un análisis bivariado, utilizando las pruebas chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según fuera el caso.

Las categorías se agruparon según criterios clínicos y analíticos. Para la edad, se estableció un punto de corte de 60 años.[20] El nivel escolar se agrupó considerando antecedentes que relacionan una mayor escolaridad con el uso de terapias no convencionales; en cuanto a la situación laboral, se consideró el empleo activo como una categoría de mayor probabilidad

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

teórica de uso.[8],[9] La osteoartritis y la artritis reumatoide se reunieron en una categoría por su elevada frecuencia en la muestra y por su carácter crónico, que puede requerir tratamiento prolongado.[21] Se calcularon los odds ratios crudos (OR) y sus intervalos de confianza del 95 %. Se consideraron estadísticamente significativas las asociaciones con valores de $p < 0,05$.

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética institucional. Todos los participantes recibieron información sobre los objetivos y procedimientos de investigación y suscribieron su consentimiento informado. El proyecto de investigación respetó los principios de autonomía, confidencialidad y protección de datos personales, de acuerdo con las normas éticas exigidas para investigaciones médicas y los principios de la Declaración de Helsinki.

Resultados

Según las características sociodemográficas y clínicas de los 147 pacientes participantes en la investigación (Figura 1), Predominó el sexo femenino (63,9 %).

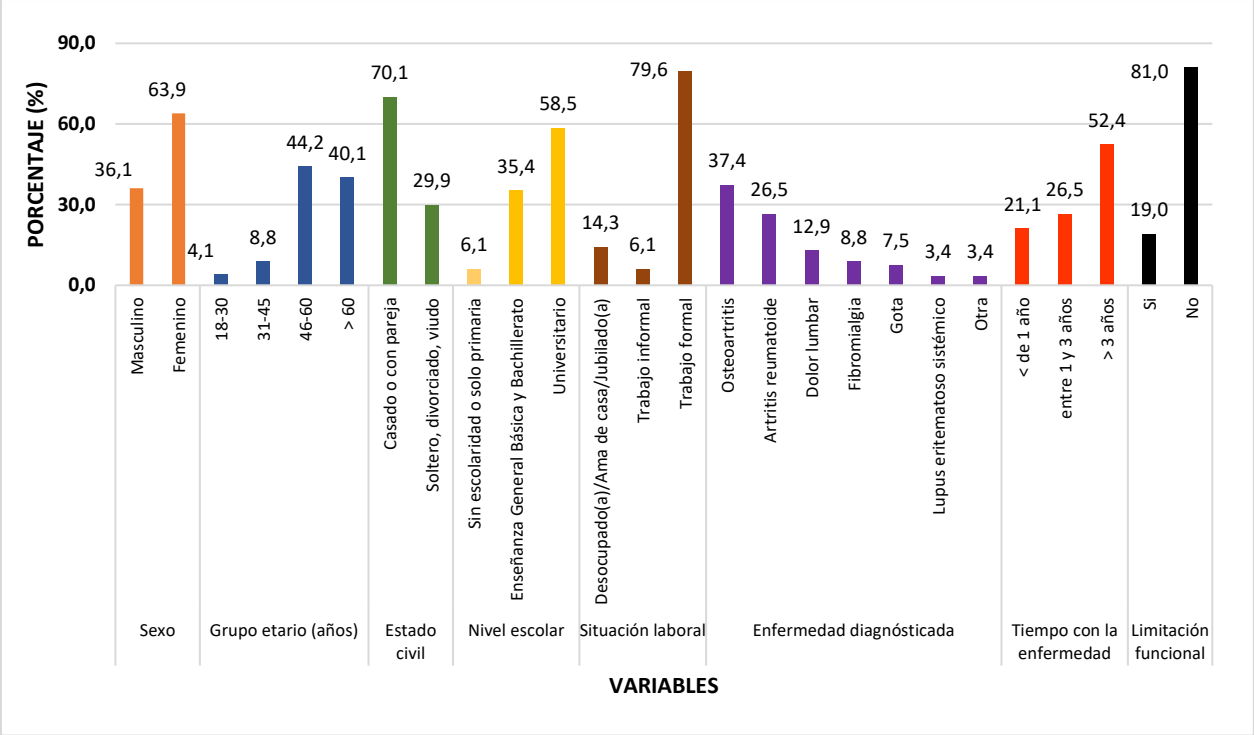


Fig. 1 Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Las enfermedades más frecuentes fueron, en orden, osteoartritis, artritis reumatoide y dolor lumbar, que representaron el 76,9 % de los diagnósticos. Algo menos de una quinta parte (19,0 %) presentó limitación funcional. Poco más de la mitad de los pacientes (52,4 %) superaba los 3 años de diagnóstico de la enfermedad y el tiempo promedio se calculó en 4,9 ± 3,6 años. Una poco menos de la quinta parte de los muestreados (19,0 %) presentaba limitaciones funcionales asociadas a la enfermedad.

Al analizar el uso de medicina complementaria y alternativa por parte de los 147 integrantes de la muestra (Tabla 1)

Tabla 1. Resultados sobre el uso de medicina complementaria y alternativa por los pacientes

VARIABLES		DISTRIBUCIÓN	
		n	%
Utiliza medicina complementaria y alternativa	Si	55	37,4
	No	92	62,6
Modalidad de MCA utilizada durante más tiempo	**De manipulación y cuerpo-mente:** Quiropraxia, yoga, Tai Chi, medicina osteopática manipulativa	15	27,3
	Terapias biológicas y productos naturales: medicina herbaria, vitaminas, minerales	21	38,2
	Terapias energéticas o de estimulación: remedios homeopáticos, acupuntura	10	18,2
	Terapias espirituales y religiosas: sanador espiritual	6	10,9
	Otras: dietas o restricciones alimentarias	3	5,5
Tiempo de uso	< de 1 año	7	12,7
	entre 1 y 3 años	32	58,2
	más de 3 años	16	29,1
Frecuencia con la que la utiliza	Más de 5 veces por semana	27	49,1
	De 3-5 veces por semana	17	30,9
	Menos de 3 veces por semana	11	20,0
Motivo por el cual la utiliza	Dolencias o malestar prolongado (más de 1 mes)	44	80,0
	Para mejorar el bienestar	7	12,7
	Otro	4	7,3
Cómo supo de la medicina complementaria y alternativa	Referencia de familiares, conocidos o amigos	28	50,9
	Recomendación de profesional de la salud	13	23,6
	Publicidad	8	14,5
	Otros	6	10,9
Utilidad percibida de la modalidad seleccionada	Muy útil	33	60,0
	Algo útil	16	29,1
	Nada útil	4	7,3
	No sabe	2	3,6
Comunicó a su especialista que utiliza medicina complementaria y alternativa	Si	47	85,5
	No	8	14,5

Nota: El porcentaje de uso global se calcula respecto al total de participantes en el estudio (n=147) y las demás características sobre los que declaran el uso de MCA (n= 55)

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Alrededor de la tercera parte refiere utilizarla (37,4 %), con un predominio de las "terapias biológicas y productos naturales" (38,2 %), seguida de las de "manipulación y cuerpo-mente" (27,3 %), agrupándose en ambas, aproximadamente dos tercios del total de MCA (65,5 %).
En cuanto al tiempo de uso, la mayoría de los pacientes declaró utilizarlas desde entre 1 y 3 años (58,2 %) y predominan los que lo hacen con una frecuencia de más de 5 veces por semana (49,1 %) y entre 3 a 5 veces por semana (30,9 %).

Tabla 2. Análisis bivariado entre características sociodemográficas y clínicas y uso de MCA

Características		UTILIZA		NO UTILIZA		TOTAL	Odds ratio (OR)	IC 95 %	p
		n= 55	**%**	**n=92**	**%**				
Sexo	Masculino	8	14,5	45	48,9	53	1,000	Referencia	-
	Femenino	47	85,5	47	51,1	94	5,625	2,395-13,211	<0,001
Grupo etario (años)	18-60	40	72,7	44	47,8	84	1,000	Referencia	-
	> 60	15	27,3	48	52,2	63	0,344	0,167-0,707	0,003
Estado civil	Casado o con pareja	32	58,2	71	77,2	103	1,000	Referencia	-
	Soltero, divorciado, viudo	23	41,8	21	22,8	44	2,430	1,178-5,012	0,015
Nivel escolar	Sin escolaridad o solo primaria	3	5,5	6	6,5	9	1,000	Referencia	-
	Enseñanza General Básica, Bachillerato, Universitario	52	94,5	86	93,5	138	1,209	0,290-5,044	0,794
Situación laboral	Desocupado(a) / Ama de casa / Jubilado(a) + Trabajo informal	24	43,6	6	6,5	30	1,000	Referencia	-
	Trabajo formal	31	56,4	86	93,5	117	0,090	0,034-0,241	<0,001
Enfermedad diagnosticada	Osteoartritis/ Artritis reumatoide	41	74,5	53	57,6	94	2,155	1,034-4,491	0,039
	Otras	14	25,5	39	42,4	53	1,000	Referencia	-
Tiempo con la enfermedad	≤ 1 año	18	32,7	13	14,1	31	1,000	Referencia	-
	> 1 año	37	67,3	79	85,9	116	0,338	0,150-0,763	0,007
Limitación funcional	No	38	69,1	81	88,0	119	1,000	Referencia	-
	Si	17	30,9	11	12,0	28	3,294	1,407-7,713	0,005

Los participantes declararon como principal motivo para el uso, la presencia de dolencias o malestar prolongado de más de un mes (80,0 %). En cuanto a la vía por la cual conocieron de esta tipología de tratamientos, la fuente de información más frecuente fue la "referencia de familiares, conocidos o amigos" presente en el 50,9 % de los casos, seguida de la

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

recomendación de un profesional de la salud (23,6 %). Sobre la percepción de utilidad, el 89,1 % calificó estos tratamientos como muy útiles o algo útiles. Al analizar la comunicación con el médico tratante, el 85,5 % manifestó haber comunicado a su especialista el uso de estas medicinas o tratamientos.

En el estudio bivariado (Tabla 2), se encontró asociación estadísticamente significativa (p-Valor ≤ 0,05) entre la utilización de medicina complementaria y alternativa con las variables sociodemográficas: sexo, grupo etario, estado civil y situación laboral, y con las clínicas: enfermedad reumática diagnosticada, tiempo de evolución de la enfermedad reumática y presencia de limitación funcional. A pesar de que el uso de MCA se asoció con siete de las ocho características evaluadas; no se observó asociación con el nivel escolar (p=0,794). Se obtuvo un OR superior a 1 en los casos del sexo (OR= 5,625; IC 95%: 2,395 - 13,211), estado civil soltero, divorciado o viudo(2,430; IC 95%:1,178-5,012), enfermedad diagnosticada (2,155; IC 95%:1,034-4,491) y limitación funcional (OR= 3,294; IC 95%: 1,407 - 7,713).

Discusión

Los hallazgos del presente estudio permiten dimensionar la magnitud y los factores asociados al uso de medicina complementaria y alternativa en los pacientes con enfermedades reumáticas muestreados. El uso de MCA durante los últimos 12 meses fue declarado por 55 de los 147 participantes, identificándose que constituye una práctica relevante entre los pacientes con enfermedades reumáticas atendidos en consulta, con una prevalencia del 37,4 %. Esta cifra es inferior a la documentada en pacientes reumatológicos mexicanos (59,2 %),[7] lo que ilustra la elevada variabilidad de las prevalencias entre poblaciones y contextos,[9],[10],[17] dicha variabilidad se atribuye en parte a las diferencias en la definición de MCA, en los instrumentos de medición y en el período de recuerdo considerado, de modo que la comparación directa entre estudios debe hacerse con prudencia.

El uso de MCA se registró en 47 de 94 mujeres (50,0 %) y 8 de 53 hombres (15,1 %), con OR crudo=5,625. Este resultado encuentra respaldo en investigaciones anteriores. Hall et al.[22], en una muestra de 1063 pacientes reumatológicos, identificaron tanto el sexo femenino como la educación postsecundaria entre los predictores independientes del empleo de productos

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

naturales; de manera similar, Caballero-Hernández et al. encontraron mayor utilización entre mujeres y personas con formación universitaria.[7] Sin embargo, Aharrane et al.[10], en una investigación más reciente sobre enfermedades reumáticas inflamatorias, encontraron una relación con el nivel educativo en una dirección distinta. En la presente serie, en cambio, el nivel escolar no se asoció con el uso de MCA (p=0,794). Respecto al predominio femenino, este pudo estar favorecido por la composición de la muestra (63,9 % de mujeres); no obstante, la magnitud de la asociación (OR=5,625), con un 85,5 % de mujeres entre los pacientes, sugiere que el sexo no se limita a reflejar esa distribución. Una explicación plausible es la mayor disposición de las mujeres a explorar recursos adicionales frente al dolor crónico y a sus repercusiones físicas y emocionales,[3],[23] en este sentido, Alok et al.[21] dedicaron su análisis específicamente a los determinantes del uso de MCA en mujeres con artritis reumatoide.

Las diferencias por estado civil, situación laboral y tiempo de evolución podrían relacionarse con factores de acceso o decisiones terapéuticas; no obstante, dado que la fuente de información más frecuente fue el entorno cercano (50,9 %), también es plausible que las redes sociales y comunitarias, más allá de la pareja, desempeñen un rol en la difusión de estas prácticas.[19],[23]

El empleo formal se asoció con menores odds de uso frente a la ausencia de empleo formal (OR=0,090; IC95%: 0,034-0,241). Este resultado difiere de lo previsto al definir las categorías de análisis, en las que se consideró de mayor riesgo teórico el empleo activo.[9] Una posible explicación es que la ausencia de un empleo formal se acompañe de menor cobertura de seguridad social y de mayores barreras económicas o de acceso a la atención convencional, lo que haría más atractivas las alternativas disponibles en el entorno comunitario, las cuales en el contexto ecuatoriano cuentan con reconocimiento institucional y aceptación en las unidades de salud.[18],[19]

La mayor utilización entre los pacientes con osteoartritis y artritis reumatoide (OR=2,155) es coherente con el carácter crónico y doloroso de estas entidades, que obliga a tratamientos prolongados y favorece la búsqueda de recursos adicionales.[3],[17]

Por su parte, el menor uso en quienes llevaban más de un año con la enfermedad (OR=0,338) sugiere que la búsqueda de alternativas es más frecuente en las etapas iniciales, cuando aún no se ha desarrollado suficiente confianza en el tratamiento convencional; en esta línea, Aharrane et al.[10] exploraron la relación entre el uso de MCA y la confianza en el médico, un

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

factor que podría modular este comportamiento. Conviene precisar que el punto de corte empleado (un año) es temprano, por lo que este hallazgo no describe necesariamente el comportamiento en la enfermedad de larga data. La limitación funcional (OR=3,294) se vincula con el principal motivo de uso declarado, las dolencias o el malestar prolongado (80,0 %), pues la persistencia del dolor y la pérdida de autonomía se han descrito entre las razones para recurrir a la MCA.[3],[17],[23]

La falta de uniformidad entre estudios aconseja no asumir la existencia de un perfil sociodemográfico único del usuario de MCA. Más probablemente, estas decisiones resultan de la interacción entre acceso a información, creencias sobre el tratamiento, experiencia acumulada con la enfermedad, disponibilidad local de terapias y contexto cultural.

La referencia de familiares, conocidos o amigos fue la principal fuente de información sobre MCA para los pacientes (50,9 %).

Los hallazgos adquieren una relevancia particular al situarse en el contexto ecuatoriano, en el cual las prácticas tradicionales y complementarias forman parte de un escenario sanitario marcado por la diversidad cultural y por la búsqueda de una atención con enfoque intercultural.[18,19,24] La prevalencia de uso encontrada en la presente investigación no debería interpretarse únicamente como una iniciativa terapéutica individual, sino también como una conducta influida por experiencias familiares, prácticas socialmente transmitidas, percepción de utilidad y disponibilidad de recursos distintos al tratamiento convencional. Esta consideración es importante en reumatología, pues estudios realizados en Ecuador han mostrado una carga considerable de dolor musculoesquelético y una elevada utilización de medicina tradicional en determinadas poblaciones, lo que sugiere que estas prácticas pueden formar parte habitual de la manera en que algunos pacientes afrontan los síntomas crónicos.[24]

La categoría de productos naturales, vitaminas y minerales fue seleccionada por 21 de los 55 pacientes (38,2 %).

El empleo de medicina complementaria y alternativa en pacientes reumáticos debe ser interpretado como un elemento clínicamente relevante dentro de la evaluación integral. Su identificación sistemática durante la anamnesis puede contribuir a reconocer interacciones potenciales, efectos adversos atribuibles a productos herbales y modificaciones no supervisadas del tratamiento, aspectos que adquieren especial importancia en pacientes con

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

mayor complejidad terapéutica.[12],[13],[14],[15],[16]Por ello, documentar su uso permite aproximarse con mayor precisión a una dimensión del tratamiento que puede pasar inadvertida durante la comunicación médico-paciente en consulta.

Las dolencias o el malestar de más de un mes fueron el motivo declarado de uso de MCA por el 80,0 % de los pacientes.

Por otro lado, es posible que algunas modalidades se utilizaran para otros problemas de salud; sin embargo, la ausencia de datos específicos sobre comorbilidades impide evaluar esta posibilidad.

Al tratarse de pacientes con enfermedades reumáticas atendidos en consulta de Medicina, donde también recibían atención por otras afecciones, su uso pudo responder no solo a los síntomas reumatológicos, sino también a la coexistencia de otros problemas de salud. Esta situación podría explicar parcialmente la integración de recursos complementarios como posible estrategia de afrontamiento. Sin embargo, dado que las enfermedades concomitantes no fueron analizadas específicamente, esta interpretación debe asumirse como una hipótesis no evaluada.

Por otro lado, la osteoartritis y la artritis reumatoide agrupadas (OR=2,155) y la limitación funcional (OR=3,294) se asociaron con el uso de MCA. En relación con la comunicación al médico, 47 de los 55 pacientes (85,5 %) declararon haber informado su uso.

Este porcentaje es considerablemente superior al documentado en buena parte de la literatura. Aunque las diferencias metodológicas y asistenciales limitan la comparación en cuanto a método de medición, contexto y otros factores; Caballero-Hernández et al.[7] señalaron que únicamente alrededor de una cuarta parte de sus pacientes había comunicado su uso al especialista; Gözcü et al.[25] encontraron una proporción del 31,3 %.

Por último, la MCA fue valorada como muy útil o algo útil por 49 de los 55 pacientes (89,1 %); no obstante, esta valoración subjetiva no permite establecer eficacia terapéutica. A ello debe añadirse que, más allá de la comunicación del uso simultáneo de productos herbarios, suplementos u otras terapias, importa la calidad del diálogo que se establece durante la consulta. Umaefulam et al.[26] al explorar las necesidades de mujeres indígenas urbanas con artritis reumatoide en Canadá, encontraron una valoración favorable de la toma de decisiones compartida y señalaron la importancia de incorporar las prácticas tradicionales de sanación entre las opciones discutidas durante la atención reumatológica. Esto concuerda con lo

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

expuesto por otros autores.[3],[7],[8],[24],[26] Lo anterior, nuevamente, apuntala la importancia de que el especialista explore las preferencias terapéuticas del paciente, especialmente en contextos culturalmente diversos.[23],[27]

En rigor, la interpretación global de los hallazgos debe realizarse a la luz de las limitaciones inherentes al diseño transversal del estudio, el muestreo no probabilístico, la procedencia de un único servicio, el autorreporte de las prácticas utilizadas y la heterogeneidad de los diagnósticos incluidos. Por ello, los resultados permiten caracterizar el uso de MCA y explorar los factores relacionados con esta conducta en la población estudiada, pero no demostrar causalidad ni atribuir eficacia terapéutica a las modalidades declaradas por los participantes. Además, la ausencia de ajuste multivariable y de información sobre las comorbilidades y sus tratamientos limitó el control de posibles variables de confusión, por lo que las asociaciones observadas deben interpretarse con cautela.

Conclusiones

En suma, el uso de MCA se registró en el 37,4 % de la muestra y mostró asociaciones bivariadas con características sociodemográficas y clínicas. La asociación observada con determinadas características sociodemográficas y clínicas, junto con el peso de las referencias del entorno cercano como fuente de información, sugiere que su empleo responde a una interacción de factores individuales, sociales y asistenciales más que a un perfil único de paciente. Entre los pacientes muestreados predominaron las categorías de productos naturales, la de manipulación y cuerpo-mente. La utilidad percibida y la comunicación al médico fueron elevadas.

Estos resultados respaldan la indagación sistemática de su uso durante la consulta. Es recomendable llevar a cabo, de forma rutinaria, la indagación sobre estas prácticas en la consulta, sin asumir de antemano su eficacia ni su inocuidad, con especial atención a aquellos que reciben antihipertensivos, anticoagulantes, diuréticos o presentan alteraciones de la función renal, a fin de favorecer la detección temprana de posibles interacciones y fortalecer la seguridad del manejo terapéutico integral.

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Futuras investigaciones multicéntricas, con muestreo probabilístico y análisis multivariable, permitirían evaluar la reproducibilidad de las asociaciones; los diseños longitudinales podrían explorar su relación con desenlaces clínicos y el impacto clínico del uso de las MCA en las comorbilidades que presentan algunos de estos pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Martínez Larrarte JP, Pozo Abreu SM, Barrios Lamoth E. La Biblioteca Virtual de Reumatología: recursos educativos abiertos propios de la especialidad [Internet]. En: BiblioAvila2024: VII Jornada Científica Provincial de Bibliotecología Médica; 2024 sep 1-30; Ciego de Ávila, Cuba. Ciego de Ávila: Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas; 2024 [citado 4 jul 2026]. Disponible en: https://biblioavila2024.sld.cu/index.php/biblioavila/2024/paper/view/100
2. World Health Organization. Musculoskeletal health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 Jul 14 [citado 4 jul 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions
3. Yang L, Sibbritt 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 [Internet]. Rheumatol Int. 2017 [citado 4 jul 2026];37(3):337-351. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27889825/
4. World Health Organization. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado 4 jul 2026]. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/312342
5. Katz J, Bartels CM. Multimorbidity in rheumatoid arthritis: literature review and future directions. Curr Rheumatol Rep [Internet]. 2024 [citado 4 jul 2026];26(1):24-35. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37995046/
6. Ostovar M, Shams M, Mahmoudi M, Dehghan A, Moini Jazani A, Hashempur MH. Prevalence, patterns, and disclosure of complementary and alternative medicine (CAM) use among patients with thyroid diseases: A cross-sectional study in Iran. Heliyon

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

[Internet]. 2024 [citado 4 jul 2026];10(13):e33436. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39040366

7. Caballero-Hernández CI, González-Chávez SA, Urenda-Quezada A, Reyes-Cordero GC, Peláez-Ballestas I, Álvarez-Hernández E, et al. Prevalence of complementary and alternative medicine despite limited perceived efficacy in patients with rheumatic diseases in Mexico: cross-sectional study [Internet]. PLoS One. 2021 [citado 4 jul 2026];16(9):e0257319. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34582473/
8. Ni J, Wang X, Fang J, Zhang T, Ni M, Deng Y, et al. Prevalence of complementary therapy use in patients with inflammatory arthritis: a cross-sectional study in China. Arch Dermatol Res [Internet]. 2025 [citado 4 jul 2026];317(1):560. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00403-025-04066-5
9. Kronbi F, Tahiri L, Bahloul S, Ez-Zaoui S, Bensaghir I, El Hilali S, et al. Prevalence, reasons, and perceived benefits of complementary and alternative medicine among patients with rheumatic diseases in Morocco: a monocentric cross-sectional study. Cureus [Internet]. 2024 [citado 4 jul 2026];16(8):e66015. doi:10.7759/cureus.66015. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39100814/
10. Aharrane FZ, Taik FZ, Takhrifa N, Bensaid R, Soba N, Fourtassi M, et al. Is there an association between complementary and alternative medicine use and trust in physicians in patients with rheumatic diseases? Curr Rheumatol Rev [Internet]. 2024 [citado 4 jul 2026];20(4):444-450. Disponible en: https://www.benthamdirect.com/content/journals/crr/10.2174/0115733971271511231220101117
11. Quandt SA, Verhoef MJ, Arcury TA, Lewith GT, Steinsbekk A, Kristoffersen AE, Wahner-Roedler DL, Fønnebø V. Development of an international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-Q). J Altern Complement Med [Internet]. 2009 [citado 4 jul 2026];15(4):331-339. Disponible en: https://doi.org/10.1089/acm.2008.0521
12. Nyulas KI, Simon-Szabó Z, Pál S, Fodor MA, Dénes L, Cseh MJ, et al. Cardiovascular effects of herbal products and their interaction with antihypertensive drugs—comprehensive review. Int J Mol Sci [Internet]. 2024 [citado 4 jul 2026];25(12):6388. Disponible en: https://www.mdpi.com/1422-0067/25/12/6388

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

13. Wu T, Yang J, Xia J, Sun G. Effects of licorice functional components intakes on blood pressure: a systematic review with meta-analysis and network toxicology. Nutrients [Internet]. 2024 [citado 4 jul 2026];16(21):3768. Disponible en: https://www.mdpi.com/2072-6643/16/21/3768
14. Manvi, Khan MI, Badruddeen, Akhtar J, Ahmad M, Siddiqui Z, et al. Role of plant bioactive as diuretics: general considerations and mechanism of diuresis. Curr Hypertens Rev [Internet]. 2023 [citado 4 jul 2026];19(2):79-92. Disponible en: https://www.benthamdirect.com/content/journals/chyr/10.2174/1573402119666230612115220
15. Zhou Q, Jiang L, Su T, Liu G, Yang L. Overview of aristolochic acid nephropathy: an update. Kidney Res Clin Pract [Internet]. 2023 [citado 4 jul 2026];42(5):579-590. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10565449/
16. Hazra S, Singh PA, Bajwa N. Safety issues of herb-warfarin interactions. Curr Drug Metab [Internet]. 2024 [citado 4 jul 2026];25(1):13-27. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38465436/
17. Ocaña Quinzo ZY, Averos Ruiz JC, Conterón Chisaguano JI, Caiza Asitimbay MA, Valdés González EM. Dolor crónico de la artritis reumatoide: implicaciones clínicas y psicológicas [Internet]. Maestro Soc. 2025 [citado 4 jul 2026];22(2):1608-1617. Disponible en: https://maestroysociedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/6997
18. Dirección Nacional de Salud Intercultural. Código de Ética de la Medicina Ancestral-Tradicional de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2020 [citado 4 jul 2026]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/codigo_de_etica_revision_final_23_12_2020-pdf.pdf
19. Rivadeneira Montalvo VA, Castellanos Rodríguez SL, Mena Ayala MB. Conocimiento, aceptación y uso de la medicina alternativa-complementaria en las Unidades de Salud [Internet]. Rev UNIANDES Cienc Salud. 2024 [citado 4 jul 2026];7(3):268-286. Disponible en: https://doi.org/10.61154/rucs.v7i3.3474
20. Su QY, Yang L, Qi XY, Wang MY, Cheng JW, Niu H, Zhang S. Carga global, regional y nacional de la artritis reumatoide en personas de 60 años o más desde 1990 hasta 2021: un análisis de tendencias para el Estudio de la Carga Global de Enfermedad 2021.

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Front Public Health [Internet]. 2025 [citado 4 jul 2026];13:1527680. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1527680

21. Alok S, Nessa S, Tata SS, Begum A. ¿Lo hará o no lo hará?: determinantes del uso de medicinas complementarias y alternativas entre mujeres con artritis reumatoide. Adv Tradit Med [Internet]. 2023 [citado 4 jul 2026];23(1):233-239. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s13596-021-00604-4
22. Hall JJ, Dissanayake TD, Lau D, Katz SJ. Self-reported use of natural health products among rheumatology patients: a cross-sectional survey [Internet]. Musculoskeletal Care. 2017 [citado 4 jul 2026];15(4):345-349. Disponible en: https://doi.org/10.1002/msc.1178
23. Chatterjee A. Why do chronic illness patients decide to use complementary and alternative medicine? A qualitative study [Internet]. Complement Ther Clin Pract. 2021 [citado 4 jul 2026];43:101363. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388121000621
24. Guevara Pacheco SV, Feicán Alvarado EA, Peláez Ballestas I, Valdiviezo Aguilar WA, Montaleza Alvear MA, Molina Guzmán GM, Chimbo Duchitanga MD, Hernandez Mora MV, Sanín LH, Cervera R, Cardiel MH, Peláez Ballestas I. Prevalence of rheumatic diseases and quality of life in the Saraguro Indigenous People, Ecuador: a cross-sectional community-based study. J Clin Rheumatol [Internet]. 2020 [citado 4 jul 2026];26(7S):S139–S147. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31415477/
25. Gözcü E, Çakmak İ, Öz B, Karataş A, Akar ZA, Koca SS. Complementary alternative medicine in rheumatic diseases: causes, choices, and outcomes according to patients [Internet]. Eur J Rheumatol. 2022 [citado 4 jul 2026];9(1):36-41. Disponible en: https://eurjrheumatol.org/index.php/pub/article/view/508
26. Umaefulam V, Fox TL, Barnabe C. Decision Needs and Preferred Strategies for Shared Decision-Making in Rheumatoid Arthritis: Perspectives of Canadian Urban Indigenous Women [Internet]. Arthritis Care Res (Hoboken). 2022 [citado 4 jul 2026];74(8):1325-1331. Disponible en: https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/acr.24579
27. Chatterjee A. Evaluating the barriers to the utilization of complementary and alternative medicine (CAM) in the United States: An exploratory study [Internet]. Adv Integr Med.

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

2023 [citado 4 jul 2026];10(4):167-171. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221295882300085X

Conflicto de interés

Los autores no declaran conflicto de interés.

Contribución de los autores

Alejandro Jesús Bermúdez Garcell: contribuyó a la conceptualización y diseño del estudio, desarrollo de la metodología, coordinación de la investigación, análisis e interpretación de los datos y redacción inicial del manuscrito. Participó en la revisión crítica del contenido y aprobó la versión final para su publicación.

Nilvia Bienvenida Serrano Gámez: contribuyó al desarrollo metodológico, recopilación y organización de los datos, análisis de la información e interpretación de los resultados. Participó en la revisión crítica y edición del manuscrito y aprobó la versión final para su publicación.

María de los Ángeles Leyva Montero: contribuyó a la revisión de la literatura, desarrollo metodológico, análisis e interpretación de los resultados y discusión de los hallazgos. Participó en la revisión crítica y edición del manuscrito y aprobó la versión final para su publicación.

María Elisa Paredes Nájera: contribuyó al análisis e interpretación de los resultados, revisión crítica del contenido científico, edición y corrección del manuscrito. Participó en la revisión final del documento y aprobó la versión definitiva para su publicación.

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES