

Medicina integrativa en la enseñanza de la Psiquiatría: actitudes y conocimientos respecto a la medicina complementaria y alternativa en docentes de programas de la especialidad

BERNARDO PACHECO¹, MARTÍN FRITZSCHE²,
PAULA BEDREGAL³

State of complementary and alternative medicine education in psychiatry residency programs

Background: The incorporation of integrative medicine as a holistic approach increased in medical education. However, complementary and alternative medicine (CAM) formal teaching in psychiatry residency programs is limited. **Aim:** To assess the incorporation of CAM education in different Chilean psychiatry programs and to determine the knowledge and attitudes toward this issue. **Material and Methods:** An online survey was sent to 80 academic staff from five psychiatry programs. Forty-nine participants answered the survey (61%). Some of the questionnaire topics were the inclusion of CAM content in the program, types of CAM included, and motivation and strategies for the CAM content incorporation in their training curriculum. **Results:** Most respondents answered that there is no formal CAM content in their program's curriculum. The main topics to incorporate CAM in a psychiatry residency are sleep hygiene, stress management, and motivational interviewing. The lack of knowledge, time constraints, and the limited resources are major barriers to include CAM in their curriculums. **Conclusions:** Our results suggest that many academic staff of Chilean psychiatry training programs are aware of the importance of having CAM content in their curriculum. However, some barriers hinder their incorporation and implementation.

(Rev Med Chile 2022; 150: 107-114)

Key words: Complementary Therapies; Education; Integrative Medicine; Psychiatry.

La medicina complementaria y alternativa (MCA) es un tipo de medicina y prácticas médicas con fines curativos. El Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa del Instituto de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU.) define MCA como prácticas y productos de atención de salud que están fuera del dominio de la medicina con-

vencional, las cuales aún no han sido validadas usando metodología científica¹. De manera similar, el Ministerio de Salud chileno considera la MCA como un conjunto de prácticas médicas que no son parte formal de la terapéutica alópata estándar, utilizadas por las personas para prevenir enfermedades o como un medio para aliviar algún sufrimiento². Paulatinamente, se ha ido

¹Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

²Unidad de Atención Primaria. Colina, SSMN. Santiago, Chile.

³Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Trabajo no recibió financiamiento.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 19 de marzo de 2021, aceptado el 6 de diciembre de 2021.

Correspondencia a:
Bernardo Pacheco
Diagonal Paraguay 362 5to. Piso
Departamento de Psiquiatría.
bejupa@vtr.net

incorporando el concepto de “medicina integrativa” para describir una práctica médica en que se integran colaborativamente las terapias de la medicina convencional en conjunto con aquellas complementarias, un paradigma que se sustenta en una visión biopsicosocial-espiritual de la salud³.

En Chile, existe una regulación incipiente de la MCA en los últimos años. En 2005 se promulgó el Decreto 42, “Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas” del Ministerio de Salud⁴. En años siguientes fueron validadas oficialmente algunas prácticas, como acupuntura, naturopatía, homeopatía. El mismo decreto ministerial reconoce la necesidad de continuar normalizándolas y que su conocimiento sea impartido en instituciones de educación superior.

En relación a la utilización de MCA en nuestro país, 55% de una población atendida en el sector público de salud reconoció usarlas. Su uso es transversal a todos los estratos socioeconómicos y, preferentemente, se decide su utilización sin consulta médica previa. Las principales prácticas de MCA mencionadas son: yoga, fitoterapia y medicina homeopática, en tanto las de mayor oferta a la población son la herbolaria, homeopatía, acupuntura y las terapias florales⁵. En EEUU, 33,2% de los adultos ha utilizado la MCA⁶ y 11,6% de los niños⁷. Los usuarios de MCA dicen buscar integralidad en la atención y alternativas de tratamiento^{5,8} y muchos de ellos buscan alivio a síntomas ansiosos y depresivos^{9,10}. Sobre 80% de usuarios de MCA reconoce un beneficio en la utilización de MCA y está de acuerdo en incorporar en la oferta pública estas terapias¹¹.

Aunque el uso de MCA es cada vez más frecuente en pacientes con comorbilidad psiquiátrica¹², en programas de formación de la especialidad su enseñanza aún es limitada, implementándose desde hace algunos años solo en algunos programas de formación médica como medicina familiar y pediatría¹³. Se ha sugerido que se integren conocimientos respecto a MCA especialmente en programas de formación como especialistas en psiquiatría, evaluándose previamente la motivación de los docentes para su enseñanza¹⁴. Nuestro estudio tiene el propósito de conocer si en nuestro país algunos programas de formación de psiquiatras tienen incorporados curricularmente contenidos de MCA y evaluar cuál es el interés de los docentes respecto a la enseñanza de estos contenidos.

Metodología

Se invitó por correo electrónico a los jefes de programas y docentes de 3 departamentos de psiquiatría de 3 universidades (una privada, una estatal y una privada tradicional) a responder una encuesta semiestructurada. Los docentes pertenecen a 3 programas de formación de psiquiatría de adultos y a 2 programas de formación de psiquiatría de niños y adolescentes. Los datos fueron recolectados por medio de la encuesta *online* (Google Forms), la que estuvo abierta en el sitio *web* por un periodo de 6 meses.

La encuesta está compuesta por 28 preguntas de dominios relacionados a MCA:

- Existencia o ausencia de contenidos curriculares de MCA.
- Selección de las prácticas médicas de MCA que, según los docentes, los residentes del programa de residencia deberían tener conocimiento como parte de su formación (listado de 21 alternativas de prácticas médicas).
- Opinión de los docentes relacionada a si sus alumnos tienen otros temas de interés en MCA.
- Opinión de los docentes relacionada a si sus alumnos se sienten seguros respondiendo preguntas de sus pacientes relacionadas a MCA. Uso de escala tipo Likert 1 a 7 (1 = nada seguro, 7 = muy seguro).
- Opinión del docente respecto a cuán seguros se sienten ellos respondiendo preguntas de sus alumnos relacionadas con MCA. Uso de escala tipo Likert 1 a 7 (1 = nada seguro, 7 = muy seguro)
- Opinión de los docentes respecto a la importancia de que sus alumnos tengan conocimiento de MCA en el abordaje terapéutico de los diversos trastornos mentales (grado de importancia: ninguna-baja-media-alta-sin opinión en relación a 17 condiciones médicas o psiquiátricas propuestas).

En caso de que el programa no tenga contenidos de MCA en su currículo, se les consultó a los docentes respecto a la existencia de docentes entrenados o particularmente interesados en MCA en el programa de formación y el grado de interés que el propio docente tiene de contar con contenidos educativos de MCA en su programa de formación (uso de escala tipo Likert siendo 1 = ningún interés y 7 = total interés).

- Opinión de los docentes en relación a si, en caso de poder incorporar la MCA al programa, cuál podría ser el mejor modo de integrarla al currículo y cuales estrategias educativas podrían utilizarse (se ofrece listado de alternativas y opción libre).

Se les solicitó a los encuestados que identificaran y evaluaran de una lista sugerida los posibles obstáculos, y cuál podría ser el grado de interferencia que estas barreras podrían ejercer ante una eventual incorporación de MCA en sus programas de formación de especialista (grado de interferencia: ninguna-baja-media-alta). En una pregunta abierta, los docentes podían sugerir el modo de superar los obstáculos identificados.

Las respuestas fueron primeramente estabilizadas en programa Excel®, para posteriormente realizar el análisis con el programa SPSS 20.0®. Se realizó un análisis descriptivo de la información recolectada estimando frecuencias; además, se estudió diferencias por sexo y grupo de edad (40 y más y \leq 40 años). Las respuestas de las preguntas abiertas se categorizaron para su análisis comprensivo.

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética institucional (ID Protocolo: 190827009). Los participantes firmaron un consentimiento informado electrónico posterior a la lectura de los contenidos y objetivos del estudio. Se mantuvo la confidencialidad de la proveniencia de las respuestas y el anonimato de los encuestados.

Resultados

Muestra

La encuesta fue enviada de forma electrónica a todos los participantes en programas de formación de especialista de las 3 universidades mencionadas. En total, hubo 80 destinatarios, de los cuales 3 mensajes electrónicos fueron regresados por error, quedando 77, de los cuales, finalmente 49 aceptaron a dar el consentimiento informado y respondieron la encuesta.

Características de los docentes encuestados

Las características sociodemográficas se especifican en la Tabla 1. De los 49 individuos que completaron la encuesta, tres se identificaron como jefe de programa ($n = 3$; 6%). Los académicos co-

laboradores fueron el grupo mayoritario ($n = 27$; 55%), le siguieron los docentes colaboradores no académicos ($n = 16$; 33%) y un grupo minoritario que se incluye en otros cargos docentes ($n = 3$, 6%). Predominó el grupo femenino ($n = 26$, 53%).

Contenidos de MCA en la formación del residente

Respecto a la existencia de contenidos de MCA en el currículo de las residencias, la mayor parte de los docentes no tenía opinión ($n = 27$; 46%), o bien, no estaban seguros si los contenidos ofrecidos eran suficientes ($n = 11$; 22%). Otra parte de ellos opinó que no eran suficientes ($n = 10$, 20%) y solamente un docente estimó que eran suficientes ($n = 1$; 2%).

Los contenidos de MCA valorados por los docentes y que sus alumnos deberían conocer fueron ligados a higiene del sueño, manejo del estrés y entrevista motivacional. Los contenidos menos valorados fueron medicina homeopática, hipnosis y medicina antroposófica (Tabla 2). Otros contenidos mencionados que podrían enseñarse fueron cronoterapia, musicoterapia y la terapia de remediación funcional.

Tabla 1. Características de los docentes encuestados

Característica	n = 49	
	n	%
Género		
Femenino	26	53
Masculino	232	47
Edad		
26-30 años	1	2
31-35 años	12	25
36-40 años	10	20
41-50 años	13	27
51-60 años	10	20
Mayor de 60 años	3	6
Nacionalidad		
Chileno	48	98
Otra	1	2
Conocimiento actual sobre MCA		
Ninguno	2	4
Poco	14	29
Moderado	20	41
Alto	12	24
Muy alto	1	2

Tabla 2. Áreas de contenidos de MCA y la importancia que el docente le asigna en la formación de Psiquiatría

Contenidos	Grado de importancia			
	Alto	Medio	Bajo	Ninguna
Higiene del sueño	93,9	4,1	2,0	0,0
Manejo del estrés	89,8	8,2	2,0	0,0
Entrevista motivacional	71,4	22,4	4,1	2,1
Ejercicio y actividad física	65,3	28,6	2,0	4,1
Nutrición	51,0	36,7	8,2	4,1
Mindfulness	46,9	46,9	4,1	2,1
Ambiente saludable	38,8	53,1	6,1	2,0
Uso de vitaminas y suplementos alimenticios	38,8	40,8	10,2	10,2
Técnicas mente/cuerpo (relajación, respiración, yoga)	34,7	53,1	8,2	4,0
Salud ambiental (exposición a toxinas)	30,6	55,1	10,2	4,1
Técnica basada en compasión	16,3	59,2	14,3	10,2
Espiritualidad	12,2	36,7	36,7	14,4
Herbolaria	10,2	30,6	32,7	26,5
Acupuntura	6,1	26,5	44,9	22,5
Medicina ayurveda	4,1	18,4	34,7	42,8
Medicina tradicional china	2,0	22,4	44,9	30,7
Medicina manual (masaje, reiki, quiropráctica)	2,0	14,3	42,9	40,8
Medicina homeopática	2,0	24,5	24,5	49,0
Hipnosis	0,0	49,0	22,4	28,6
Medicina antroposófica	0,0	24,5	34,7	40,8

En cuanto a contestar preguntas de los alumnos respecto a temas de MCA, la mayoría de los docentes señaló sentirse seguro (suficiente o alta seguridad: 67%; n = 28). Alrededor de un tercio de ellos (33%; n = 21) consideró no sentirse seguro. Por otra parte, la mayoría de los docentes opinó creer que sus alumnos en formación de especialistas se sentían seguros respondiendo preguntas de pacientes respecto de la MCA (67%; n = 28).

Condiciones médicas

La mayoría de los encuestados respondió que la MCA es un importante medio terapéutico en las patologías o condiciones médicas incluidas en la encuesta. La MCA tiene alta importancia en trastornos psicósomáticos, trastornos del sueño y en cuadros ansiosos y depresivos. En contraste, la MCA tiene menor importancia en trastornos psicóticos, demencias, trastornos obsesivos, diabetes mellitus y en el síndrome metabólico (Tabla 3).

Conocimiento previo de MCA

La mayoría de los encuestados afirmó tener escasa o ninguna formación o conocimiento en MCA (n = 32; 65%), un tercio de ellos aseguró tener moderada formación (n = 15; 31%), solamente dos docentes encuestados respondieron que consideraban tener suficientes conocimientos en contenidos de MCA (n = 2; 4%). Respecto a docentes que puedan impartir conocimientos relativos a MCA, la mayoría respondió que no sabía o no tenía un docente formado (n = 42, 86%). A su vez relativo al interés de los docentes, la mayor parte contestó que no tenía o no sabía si tenía un psiquiatra o psicólogo interesado en MCA (n = 29, 59%).

Interés y estrategias

El total de los encuestados respondió no contar con contenidos curriculares formales de MCA en su residencia, sin embargo, la mayoría

Tabla 3. Grado de importancia (en %) que el docente le asigna a la enseñanza de la MCA en el tratamiento de un trastorno o condición médica del área de la salud mental

Trastorno o condición médica	Nada	Baja	Media	Alta	Sin opinión
Trastornos psicósomáticos	2,0	8,2	18,4	69,4	2,0
Trastornos del sueño	2,0	4,1	28,6	63,3	2,0
Trastornos de ansiedad	2,0	6,1	28,6	61,2	2,0
Trastornos depresivos	2,0	10,2	24,5	61,2	2,0
Trastornos por trauma y estrés	2,0	8,2	30,6	55,1	4,1
Dolor	2,0	12,2	30,6	51,0	4,1
Síndrome de colon irritable	4,1	6,1	30,6	51,0	8,2
Obesidad	4,1	22,4	18,4	49,0	6,1
Trastorno por déficit atencional e hiperactividad	8,2	16,3	32,7	38,8	4,1
Trastorno por abuso de sustancias	6,1	16,3	30,6	38,8	8,2
Trastorno del espectro autista	6,1	10,2	36,7	36,7	10,2
Disforia premenstrual	6,1	14,3	32,7	34,7	12,2
Trastornos obsesivos compulsivos	12,2	24,5	24,5	32,7	6,1
Trastornos psicóticos	14,3	24,5	28,6	28,6	4,1
Síndrome metabólico	6,1	24,5	32,7	24,5	12,2
Demencias	14,3	24,5	30,6	18,4	12,2
Diabetes	6,1	24,5	36,7	18,4	14,3

de ellos (74%) mostró gran interés por contar con contenidos educacionales MCA. Solamente un quinto de ellos contestó tener bajo interés (21%). La mayor parte de los encuestados consideró que necesitaría formación previa al momento de implementar un programa de MCA en su residencia (n = 42; 86%).

Los docentes, en su mayoría, opinaron que en caso de incorporar contenidos de MCA en el programa de formación de especialista, su enseñanza debería impartirse a todos los alumnos (59% de los encuestados, n = 29). Respecto de las estrategias educativas, 24% de los docentes (n = 12) respondió que lo mejor era incorporar los contenidos ofreciendo un curso especial solo a los alumnos interesados. Los principales formatos de aprendizaje mencionados fueron: actividades presenciales y prácticas con demostraciones (25%, n = 12), curso telemático complementado con actividad presencial (25%, n = 12), curso telemático y actividades prácticas presenciales con demostraciones (14%, n = 7), módulos telemáticos separados en temáticas específicas (4%, n = 2).

Barreras y obstáculos a una implementación curricular de la MCA

Respecto a las barreras que los docentes identificaron y su grado de interferencia en caso de querer integrar contenidos de MCA a sus programas de residencia (Tabla 4), los principales factores

Tabla 4. Barreras u obstáculos para la implementación de MCA

Barrera	Promedio*
Tiempo	3,57
Falta conocimientos MCA	3,04
Financiamiento	3,02
Apoyo UA/Facultad	2,98
Interés académicos en MCA	2,85
Actitud negativa hacia MCA	2,63
Falta demanda para el uso MCA	2,38
Interés de los residentes en MCA	2,32

*Nivel barrera (1 = ninguna, 2 = baja, 3 = media 4 = alta barrera).

seleccionados fueron: la limitación de tiempo, la falta de conocimiento y el financiamiento.

Discusión

La enseñanza de una medicina integrativa con contenidos de MCA se ha venido intentando impartir en las últimas décadas, tanto en las escuelas de medicina (pregrado y posgrado)^{15,16}, como en los sistemas de salud¹⁷ y, también, como una estrategia educacional en la formación de especialistas médicos¹⁸, buscando enfatizar la relación médico-paciente, integrando lo mejor de MCA con la medicina tradicional^{16,19,20}. Sin embargo, la enseñanza de MCA en algunos programas de formación de especialidades médicas sigue estando aún ausente, a pesar de la evidencia acumulada del uso seguro de algunas medicinas alternativas y el interés que los médicos en formación como especialista tienen respecto al tema²¹. Nuestra investigación da cuenta de esta carencia; los participantes en el estudio dicen no contar con contenidos curriculares de MCA de un modo estandarizado en sus programas de formación y desconocen si hay docentes capacitados para impartirlos. A pesar de esta ausencia, los resultados del estudio muestran que a la mayoría de los docentes (78,8%, mediano a alto interés) sí les interesaría contar con contenidos de MCA en su programa de formación de especialista. Que no existan por el momento contenidos curriculares específicos de MCA en programas de formación de especialidades médicas, o bien, docentes capacitados en el tema, parece estar en sintonía con lo que ocurre en muchos de los programas de formación de especialista, los cuales no ofrecen a sus residentes un currículum formal de medicina integrativa²².

La mayoría de los encuestados de nuestro estudio considera que, en caso de incorporar MCA a los programas de formación de especialista, necesitarían formación previa a la implementación. El modo en que podrían incorporarse estos contenidos debería ser dentro del currículum de estudio del programa de formación (59%), impartido a todos los residentes y con estrategias educativas que consideren cursos especiales con formatos presenciales y telemáticos. Para los encuestados el principal obstáculo para una posible implementación de MCA en sus programas de

formación es la limitación de tiempo para tal propósito. Esta barrera ya ha sido mencionada como una limitación de alta relevancia junto a la falta de conocimiento y práctica de los docentes en relación al uso de MCA¹⁴.

Respecto al uso de MCA en las distintas condiciones médicas y psiquiátricas, las mayoría de nuestros encuestados cree que es prioridad enseñarlas para el tratamiento de cuadros ligados a la ansiedad o el ánimo, por el contrario, los encuestados creen que es de baja importancia enseñar MCA para el tratamiento de patología como las psicosis, trastorno bipolar y cuadros clínicos de base más orgánica. Esta apreciación concuerda, en general, respecto del uso terapéutico de MCA con el estudio de Ranjbar et al. (2019), pero difiere en que en este último el tratamiento del dolor se menciona prioritariamente en el uso de MCA. Es posible que ante sintomatología de tipo dolorosa, los encuestados de nuestro estudio, en su práctica clínica psiquiátrica, tiendan a asociar el dolor inicialmente, si lo hay, a sintomatología de tipo ansiosa o psicósomática y en estos casos consideren y mencionen a estas condiciones como prioridad para el uso de la MCA.

Considerando el interés que la mayoría de los docentes tiene de incorporar la MCA en sus programas de formación, nuestro estudio, adicionalmente, nos permite reflexionar respecto al modo de implementación de estrategias educativas innovadoras. De acuerdo con la teoría de conducta planificada^{23,24}, se reconoce que la intensión de una persona en llevar a cabo una determinada conducta (ej.: el uso clínico de MCA por parte del médico o alumnos en formación como especialista) está influida por la actitud (creencia respecto del beneficio de la conducta que se implementará) y por la percepción que la misma persona tiene del conocimiento, la habilidad y el grado de control respecto de la conducta que se pretende llevar a cabo. La consideración de los factores mencionados en la implementación de una nueva conducta, en este caso una nueva práctica médica de enseñanza relacionada a MCA, deberían tenerse en cuenta al momento de hacer ajustes curriculares.

Por último, reconocemos que nuestro estudio tiene limitaciones. La muestra es pequeña y desproporcionada en relación a los programas encuestados afectando la generalización de los resultados. La mayoría de los participantes de la

encuesta pertenecen a la misma institución de los autores del estudio y podría suponerse que ellos estén más familiarizados con la MCA y el interés de incorporarlas en sus programas de formación de especialistas.

Agradecimientos: Los autores agradecen a todos los docentes y académicos que participaron en la encuesta, especialmente a los coordinadores de los programas de formación de especialista.

Referencias

1. National Center for Complementary and Alternative Medicine. National Institutes of Health. What Is complementary and Alternative Medicine? NCCAM Publication No. D156. Bethesda, MD: National Center for Complementary and Alternative Medicine; 2002. Disponible en: <http://www.nccam.nih.gov/health/whattiscam>. [Consultado el 4 de febrero de 2021].
2. MINSAL. Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Minsal. "Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas". Ministerio de Salud de Chile. Agosto, 2012. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/cdc107bdcfc3bff6e-040010164015ba5.docx>. [Consultado el 4 de febrero de 2021].
3. Gaudet TW, Snyderman R. Integrative Medicine and the Search for the Best Practice of Medicina. *Acad Med* 2002; 77 (9): 861-3. Disponible en: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2002/09000/Integrative_Medicine_and_the_Search_for_the_Best.5.aspx. [Consultado el 4 de febrero de 2021].
4. MINSAL. Reglamento para el ejercicio de las practicas medicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/a21482c-735dd536ce04001011f0136fd.pdf>. [Consultado el 4 de febrero de 2021].
5. MINSAL. Estudio de Evaluación de Terapias Complementarias en el Sistema Público de Salud. Centro de Estudios para la Calidad de Vida. Ministerio de Salud de Chile. MINSAL 2008. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/9d59798fb14ad056e04001011f01399e.pdf> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
6. Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, Barnes PM, Nahin RL. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002-2012. *Natl Health Stat Report*. 2015; (79): 1-16. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr079.pdf> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
7. Black LI, Clarke TC, Barnes PM, Stussman BJ, Nahin RL. Use of complementary health approaches among children aged 4-17 years in the United States: National Health Interview Survey, 2007-2012. *Natl Health Stat Report*. 2015; (78): 1-19. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr078.pdf> [Consultado el 4 de febrero de 2021]
8. Sierpina VS, Dalen JE. The future of integrative medicine. *Am J Med*. 2013; 126 (8): 661-2. Disponible en: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(13\)00272-6/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(13)00272-6/fulltext) [Consultado el 4 de febrero de 2021].
9. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA*. 1998; 279 (19): 1548-53. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/187543> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
10. Kessler RC, Soukup J, Davis RB, Foster DF, Wilkey SA, Van Rompay MI, et al. The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *Am J Psychiatry*. 2001; 158 (2): 289-94. Disponible en: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.158.2.289> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
11. Bedregal P, Passi A, Rodriguez A, Chang M, Gutiérrez S. The use of complementary therapies in Chile: results from the National Health Survey 2010-2011. *J Altern Complement Med*. 2016; 22 (6). Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/acm.2016.29003.abstracts> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
12. Freeman MP, Fava M, Lake J, Trivedi MH, Wisner KL, Mischoulon D. Complementary and alternative medicine in major depressive disorder: the American Psychiatric Association Task Force report. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71 (6): 669-81. Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/jcp/article/pages/2010/v71n06/v71n0602.aspx> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
13. McClafferty H, Dodds S, Brooks AJ, Brenner MG, Brown ML, Frazer P, et al. Pediatric Integrative Medicine in Residency (PIMR): Description of a New Online Educational Curriculum. *Children (Basel)* 2015; 2 (1): 98-107. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/2/1/98> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
14. Ranjbar N, Villagomez A, Brooks AJ, Ricker M, Lebensohn P, Maizes V. Assessing Integrative Psychiatry Curriculum Needs. *Glob Adv Health Med*. 2019; 8: 2164956118821585. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6322096/pdf/10.1177_2164956118821585.pdf. [Consultado el 4 de febrero de 2021].

15. Bhattacharya BMD. Programs in the United States with complementary and alternative medicine education opportunities: an ongoing listing. *J Altern Complement Med.* 2000; 6 (1): 77-90. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/acm.2000.6.77> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
16. Maizes V, Schneider C, Bell I, Weil A. Integrative medical education: development and implementation of a comprehensive curriculum at the University of Arizona. *Acad Med.* 2002; 77 (9): 851-60. Disponible en: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2002/09000/Integrative_Medical_Education_Development_and.3.aspx [Consultado el 4 de febrero de 2021].
17. Fischer F, Lewith G, Witt CM, Linde K, von Ammon K, Cardini F, et al. High prevalence but limited evidence in complementary and alternative medicine: guidelines for future research. *BMC Complement Altern Med.* 2014; 6: 14-46. Disponible en: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6882-14-46> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
18. Wetzel MS, Kaptchuk TJ, Haramati A, Eisenberg DM. Complementary and alternative medical therapies: implications for medical education. *Ann Intern Med.* 2003; 138 (3): 191-6. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00011> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
19. Kligler B, Gordon A, Stuart M, Sierpina V. Suggested curriculum guidelines on complementary and alternative medicine: recommendations of the Society of Teachers of Family Medicine Group on Alternative Medicine. *Fam Med.* 2000; 32 (1): 30-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10645511/> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
20. Lebensohn P, Kligler B, Brooks AJ, Teets R, Birch M, Cook P, et al. Integrative Medicine in Residency: Feasibility and Effectiveness of an Online Program. *Fam Med.* 2017; 49 (7): 514-21. Disponible en: <https://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol49Issue7/Lebensohn514> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
21. Ziodeen KA, Misra SM. Complementary and integrative medicine attitudes and perceived knowledge in a large pediatric residency program. *Complement Ther Med.* 2018; 37: 133-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965229917308865?via%3Dihub> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
22. Gardiner P, Filippelli AC, Lebensohn P, Bonakdar R. Family medicine residency program directors attitudes and knowledge of family medicine CAM competencies. *Explore (NY)* 2013; 9 (5): 299-307. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1550830713001250?via%3Dihub> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
23. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol.* 2001; 40 (Pt): 471-99. Disponible en: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/014466601164939> [Consultado el 4 de febrero de 2021].
24. Williams N, Beidas R. Annual Research Review: The state of implementation science in child psychology and psychiatry: a review and suggestions to advance the field. *J Child Psychol Psychiatr.* 2019; 60 (4): 430-50. Disponible en: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.12960> [Consultado el 4 de febrero de 2021].