

PARA PROFUNDIZAR
(FUENTES EN CASTELLANO)

Vera, B., Carbelo Baquero, B., Vecina, M. (2006) La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, vol. 27 - <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1283>

Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003) Emociones positivas, trauma y resistencia. *Aniedad y estrés*, 9(2-3):231-254

Barudy, J. y Marquebreucq, A.P. (2005) Hijas e hijos de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio. Madrid. Gedisa, 2006

Cyrlunik, B. (2001) Los patitos feos. La resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida. Madrid. Gedisa, 2002

Martínez Torralba, I. y Vázquez-Bronfman, A. La resiliencia invisible. Madrid. Gedisa, 2006

ENLACES

ADDIMA

Asociación para el Desarrollo y Promoción de la Resiliencia. Con sede en Zaragoza, esta asociación pretende profundizar en el conocimiento y aplicación del enfoque teórico de la resiliencia, divulgar sus aplicaciones en distintos campos de acción y apoyar iniciativas que promuevan la resiliencia. Entre las actividades que desarrolla se encuentra la elaboración de materiales didácticos y de sensibilización, el diseño y realización de eventos formativos y asesoramiento a entidades y profesionales interesados en la aplicación de esta corriente. <http://www.addima.org/>

Manual de identificación y promoción de resiliencia en niños y adolescentes

Este manual ofrece un instrumento que permita trabajar sobre las siguientes cuestiones: ¿Qué significa la resiliencia?, ¿Qué sabemos respecto a ella?, ¿Qué estamos haciendo como trabajadores de la salud y como educadores para promoverla?, ¿Qué aspectos de la personalidad debemos fomentar?, ¿Cómo debemos trabajar para su desarrollo y fortalecimiento?

El manual está dirigido, fundamentalmente, a los trabajadores de la salud y de la educación que trabajan con niños y adolescentes. <http://resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.html>

Resiliency in action

Web especializada en el desarrollo de resiliencia en niños y adolescentes (en inglés). <http://www.resiliency.com/>

Resiliencia y trauma en la infancia

Introducción

En el primer número de Digitalis (mayo 2006) publicamos un artículo titulado "Asociación entre conducta paterna inadecuada y trastornos psiquiátricos entre padres e hijos", en el que reflexionábamos sobre en qué medida el causante de la aparición de un problema psiquiátrico (por ejemplo, depresión) en un niño es consecuencia de su carga genética (es decir, presencia del trastorno en algún progenitor) o del tipo de educación que ha recibido.

En este artículo se presentaron los resultados de un estudio en el que se observó durante años a un grupo de niños con la finalidad de averiguar si desarrollaban patología psiquiátrica en la adolescencia en función del estilo educativo de sus progenitores. Se trataba concretamente de ver qué papel juegan determinadas conductas "inadecuadas" por parte de sus padres y madres.

Curiosamente, en este estudio los hijos de padres con enfermedades psiquiátricas no presentaron más riesgo de enfermar que los hijos de padres sin enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, aquellos niños cuyos padres presentaron conductas inadecuadas (por ejemplo, reñir al niño en público, avergonzarle, humillarle, decirle que es "malo" por hacer determinadas cosas mediante el uso de la culpa como mecanismo de control, etc.) sí presentaron más riesgo de desarrollar enfermedades mentales, incluso aunque sus padres

no presentaran patología psiquiátrica (es decir, no habían heredado genes de predisposición para la enfermedad mental).

Por lo tanto, es evidente que los factores ambientales (la educación es uno de ellos) juega un papel muy importante en el desarrollo de la personalidad e incluso en la vulnerabilidad para enfermar en la adolescencia o en la edad adulta.

(Nota: el lector interesado puede consultar de forma gratuita cualquier artículo previo en la sección de "Números anteriores").

En este artículo queremos dar un paso más y presentar a nuestros lectores el concepto de la resiliencia, que viene siendo cada vez más utilizado dentro del campo de la psicología, ya que pensamos puede aportar una valiosa perspectiva sobre las tendencias académicas y científicas sobre aspectos tan importantes como el trauma infantil, la vulnerabilidad del niño y su capacidad de desarrollo y adaptación ante la adversidad.

Básicamente, el término resiliencia refiere a la **capacidad de los sujetos para sobreponerse a tragedias o períodos de dolor emocional**. Así, cuando un sujeto o grupo humano es capaz de sobreponerse a una situación traumática, se dice que tiene "resiliencia adecuada", y puede sobreponer a contratiempos o, incluso, resultar fortalecido por los mismos. Comenzaremos el presente artículo con unas citas recopiladas por Bea-

triz Vera Poseck en su artículo “Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva” (1):

Es tan jodido enfrentarse al dolor. Sentimos la punzada del dolor y decimos “es culpa de ella, o de él, o culpa mía, o culpa de mi padre, o culpa de mi madre, o culpa de Dios...” Y tratamos de zafarnos... ¡y todo sucede en un segundo!, ¡sentimos dolor...juzgamos! ¡Fuera ese dolor! Luchamos contra el dolor como si fuera a destruirnos cuando en realidad, si lo aceptamos, lo que hará será curarnos”.

(Samuel Shem, 1997. Monte Miseria)

Cuando estudiemos las fuerzas que permiten a las personas sobrevivir y adaptarse, los beneficios para nuestra sociedad sin duda serán mayores que todo el esfuerzo por construir modelos de prevención primaria, cuya meta es limitar la incidencia de la vulnerabilidad.

(Garmezy, 1971. Citado por Gottlieb, 1999)

El concepto de resiliencia ha acabado con la dictadura del concepto de vulnerabilidad.

(Stanislaw Tomkiewicz, 2001. La resiliencia: resistir y rehacerse)



El origen de la palabra “resiliencia”

Aunque el término “resiliencia” es muy utilizado en la Física y en las Ciencias Sociales (Psicología, Sociología, etc.), esta palabra no se encuentra en los diccionarios castellanos. El vocablo nos llegó desde el inglés *resilience* para expresar la capacidad de un material de recuperar su forma original después de haber sido sometido a altas presiones; en esa acepción, equivale a la cantidad de energía que un material es capaz de almacenar cuando la presión lo obliga a reducir su volumen, y se expresa en julios por metro cúbico.

El psiquiatra infantil Michael Ru-

tter (1970) y el neurólogo, psiquiatra y etólogo francés contemporáneo Boris Cyrulnik, inspirados en el concepto físico, introdujeron el término a la Psicología para denominar la capacidad de las personas de superar tragedias o acontecimientos fuertemente traumáticos.

Cyrulnik, cuyos padres judíos fueron asesinados por los nazis, estudió la capacidad de recuperación de los sobrevivientes de los campos de concentración y de niños criados en orfanatos. Resiliencia es, pues, una de esas palabras de origen latín que, paradójicamente, nos han llegado a través del inglés, en este caso, del vocablo *resilience*, que a su vez se derivó del latín *resilio*, *-ire*, (saltar hacia atrás, volver de un salto) compuesta a su vez por el prefijo *re-* y el verbo *salire* (saltar).

Resiliencia en la infancia

La resiliencia ha sido definida en múltiples ocasiones por diversos autores del campo de la psicología, y en todos los casos se refiere a la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.

Es importante resaltar el hecho de que si bien la resiliencia se refiere a la capacidad de adaptación de un individuo (en este artículo nos estamos refiriendo principalmente a niños, pero la resiliencia se aplica



también a adultos), para que se dé la resiliencia tiene que haber habido exposición a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes. Es decir, solo podemos hablar de resiliencia una vez que la persona se ha tenido que enfrentar ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos. Si esta persona ha sido capaz de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformada por ellas, decimos que posee resiliencia. Así, según Grotberg, la resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovida desde la niñez.

Así, los niños resilientes serían aquellos que a pesar de las adversidades ambientales sufridas durante la infancia, superan e integran positivamente estas experiencias.

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio.

Por otra parte, la resiliencia distingue dos componentes:

- Resistencia frente a la destrucción (capacidad de proteger la propia integridad ante la adversidad)
- Capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles (capacidad de una persona para enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable)

Aspectos biológicos de la resiliencia

Al igual que cualquier otro componente psicológico, la resiliencia posee unos sustratos biológicos y neuroquímicos.

Se sabe que el estrés emocional (denominado "distrés") provoca modificaciones bioquímicas que se reflejan en los análisis en forma de

Tabla 1. MOLÉCULAS QUE INFLUYEN EN LA RESILIENCIA

CORTISOL

El cortisol o hidrocortisona es el principal glucocorticoide segregado por la corteza suprarrenal humana y el esteroide más abundante en la sangre periférica.

Se relaciona con un incremento de la vigilancia o del estado de alerta, y es una hormona que se libera en grandes cantidades en momentos de estrés. Por lo tanto, el cortisol dificulta la resiliencia. Por otra parte, el cortisol potencia las vías metabólicas catabólicas, lo que conlleva una elevación de la concentración de glucosa, aminoácidos, y lípidos (este último importante en la secreción crónica de cortisol, dando como consecuencia problemas del colesterol y los triglicéridos, que más tarde desembocan en problemas cardiovasculares).

TESTOSTERONA

Cuando nos encontramos en situaciones de estrés disminuye nuestra concentración de testosterona (independientemente de que seamos hombre o mujer).

Dicha disminución de la testosterona implica un menor grado de autoconfianza, disminución de la iniciativa y de la capacidad de atención, síntomas depresivos y menor capacidad para tener pensamientos creativos.

La tasa de cortisol aumenta en la medida en que se incrementa el estrés negativo (distrés), si bien tiende a recuperar su nivel normal cuando cesa el distrés, pero tal homeostasis no ocurre con la testosterona. El distrés crónico produce un descenso de la tasa de testosterona y, una vez cesado el distrés, se mantiene baja la tasa sin una readaptación compensatoria. Esto explicaría (al menos parcialmente) lo observado en gente sometida a distrés intenso o crónico: poco pensamiento asertivo, poca creatividad, poca iniciativa, ideas estereotipadas ("repetición de esquemas"), así como disfunciones sexuales.

DHEA (dehidroepiandrosterona)

Sintetizada en el circuito suprarrenales - gónadas - cerebro, la DHEA disminuye la actividad del colesterol, ayudando a prevenir los infartos cardíacos y cerebrales.

Por otra parte, se la considera "prosiliente" (es decir, que promueve la resiliencia) al inhibir el exceso de glutamato y glucocorticoides que directa e indirectamente afectan negativamente la actividad cerebral.

GALANINA

Originada en los intestinos, se distribuye por las arterias y vasos sanguíneos llegando así al sistema nervioso central, donde disminuye el riesgo de isquemias, principalmente de aquellas que pueden afectar la región prefrontal del cerebro así como el hipocampo, hipotálamo, amígdala y locus coeruleus. Por tal motivo, al proteger los tejidos cerebrales, se considera que la galanina favorece la resiliencia.

aumento o disminución de ciertas sustancias en la sangre.

Aunque no entraremos en mucho detalle por la complejidad del tema y dado que todavía no se conocen los mecanismos biológicos en profundidad, comentaremos brevemente algunas de estas moléculas implicadas en la resiliencia (ver Tabla 1).

Estudios científicos sobre la resiliencia

En las últimas décadas, se han llevado a cabo muchos estudios sobre cómo algunas personas son más capaces que otras de afrontar las dificultades, de cómo algunas personas a pesar de vivir en un medio lleno de dificultades son capaces de superarse en el camino de la vida.

Carr publicó en 2001 un estudio titulado “El riesgo y los factores protectores entre los delincuentes juveniles” (3), en el que se examinó el riesgo y los factores protectores de un grupo formado por 76 delincuentes juveniles y su relación con la reincidencia. Se consultaron los antecedentes guardados en archivos previos para obtener los datos sobre delitos previos, sus características personales, las condiciones familiares, el uso de drogas, el rendimiento que habían tenido en la escuela, así como las actividades y aficiones. Este autor concluyó que los niños no reincidentes se diferenciaban de los reincidentes en una serie de factores protectores, relacionados con sus características personales y con las condiciones familiares en las que se habían criado. Este estudio resalta la importancia de los factores personales y familiares en el desarrollo posterior de conductas delictivas (interesante aportación para el eterno dilema de si el delincuente “se hace o se nace”...), dando a entender que de todos los niños expuestos a situaciones similares solo algunos de ellos desarrollan posteriormente ese tipo de conductas. La resiliencia, por tanto, es uno de los factores clave que determinan la evolución conductual de un niño y su desarrollo hacia la personalidad adulta.

Por su parte, en su trabajo titulado “Vulnerable pero invencible: los niños de alto riesgo del nacimiento a la madurez” (2), Werner

resume los resultados más importantes de un estudio longitudinal en el que se observó a un grupo de niños de diferentes razas que estuvieron expuestos a la pobreza, estrés perinatal, enfermedades psiquiátricas en los padres y problemática a nivel familiar. En este estudio se identificaron algunos de los factores psicológicos que actuaron como elementos de protección, permitiendo a algunos de estos niños que habían crecido en ambientes de alto riesgo desarrollarse en adultos competentes, seguros y afectuosos.

En un trabajo que lleva por título “Los factores protectores dentro de la familia, y su papel en promover la resiliencia en los adolescentes afroamericanos” (4), Calvert reflexiona sobre la violencia, que llegó a alcanzar proporciones epidémicas en los Estados Unidos, principalmente entre los varones afroamericanos de ciertas áreas urbanas. Aunque se sabe que las conductas violentas están relacionadas con aspectos como la pobreza, el racismo, el abuso de sustancias y la propia exposición a la violencia, una gran proporción de los adolescentes afroamericanos que viven en las comunidades con violencia endémica y crónica crecen obedeciendo las leyes nacionales y por tanto son capaces de “escapar” del destino de la delincuencia o violencia al que otros congéneres en las mismas circunstancias se ven abocados. Según este trabajo, en estos adolescentes la resiliencia se refuerza a través de tres mecanismos identificados como factores protectores: las características/rasgos individuales, los rasgos familiares y las relaciones extrafamiliares. Los factores protectores más importantes dentro de la familia incluyen el cuidando y apoyo, la presencia de expectativas por parte de los progenitores hacia sus hijos, y el estímulo e incentivación hacia la participación e integración familiar y social por parte del adolescente.

¿Se puede medir la resiliencia?

En un estudio titulado “La validez y fiabilidad del APGAR familiar como una prueba de función familiar” (5), Gabriel Smilkstein y colaboradores proponen el uso de un cuestionario denominado “APGAR Familiar” co-

mo instrumento para medir la función familiar.

El APGAR es un método utilizado inicialmente por el neonatólogo para evaluar al recién nacido. Basándose en el mismo concepto, para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) familiar, Smilkstein creó un cuestionario de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 4, evalúa el estado funcional de la familia.

Para mayor facilidad se utilizan las letras APGAR, con el fin de recordar cada una de las funciones que se van a medir. Esta nemotecnica fue hecha originalmente en inglés y es difícil traducirla al español totalmente. Las siglas significan (en castellano):

- **Adaptación:** es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
- **Participación:** es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.
- **Crecimiento:** es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
- **Afecto:** es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
- **Recursos:** es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

El cuestionario se puede consultar en la Tabla 2. El APGAR se puntúa de la siguiente manera:

- 0 = Nunca
- 1 = Casi nunca
- 2 = Algunas veces
- 3 = Casi siempre
- 4 = Siempre

Así, el APGAR familiar puede utilizarse para detectar un problema

específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación psicológica de un niño o adolescente. El APGAR no solo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar, sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas.

Conclusión

En suma, la resiliencia sería la "capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles en incluso de situaciones verdaderamente traumáticas".

Más allá de los modelos patogénicos de salud que son habitualmente asumidos por muchos de los expertos y por la propia sociedad, los cuales focalizan su atención en las debilidades del ser humano y conciben al sujeto que sufre una experiencia traumática como una víctima que potencialmente desarrollará una patología, existen otras formas de entender y conceptualizar el trauma que, desde modelos más "salutogénicos", entienden al individuo

Tabla 2. CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					
Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as)					
¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

como un sujeto activo y fuerte, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de la vivencia de adversidades. Así, esta concepción puede enmarcarse dentro de una rama de la psicología de reciente aparición, la "psicología positiva", centrada en estudiar y comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano.

La resiliencia se sitúa por tanto en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental, y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desarrollándose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos cuya existencia desconocían. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad.

Mientras escribimos estas líneas (junio de 2008) ve la luz un trabajo publicado por Betancourt y Khan (6), de la Escuela de Salud pública de Harvard, que lleva por título "La salud mental de los niños afectados por conflictos armados: procesos protectores y vías hacia la resiliencia". En este artículo se examina el concepto de la resiliencia en el contexto de niños afectados por conflictos armados. Si bien la resiliencia se ha contemplado con frecuencia como una cualidad única de ciertos niños "invulnerables", en este artículo los autores argumentan que existen numerosos procesos protectores que contribuyen al desarrollo de estrategias exitosas ("resilientes") de adaptación. Los autores consideran que la literatura previa sobre este tema (es decir, sobre las consecuencias sobre la salud mental de los niños sometidos a experiencias de pérdida y guerra) se ha centrado de forma exclusiva en el trauma propiamente dicho, habiéndose descuidado algunos fac-

tores importantes que se asocian con el desarrollo de estas estrategias de adaptación exitosas o, como se las denomina en la literatura académica, resilientes. Así, los autores consideran que los estudios deberían a partir de ahora prestar atención a aspectos como las estrategias de afrontamiento y atribución de significado por parte del niño desde una perspectiva individual, el papel de las relaciones y el vínculo, la salud de los cuidadores, los recursos a nivel familiar, así como el grado de apoyo disponible por parte de las redes sociales y amistades del niño. Al parecer, los factores más culturales o relacionados con la comunidad juegan un papel importante en la resiliencia, y por tanto suponen una oportunidad de estudio para usarlos en beneficio del niño.

Para concluir este artículo, nada mejor que una cita de Michel Manciaux (*La resiliencia: ¿mito o realidad?*), en la que el autor deja patente esa desconocida capacidad "regeneradora" que en ocasiones es capaz de inducir el trauma en el ser humano:

A pesar de traumas graves, incluso muy graves, o de desgracias más comunes, la resiliencia parece una realidad confirmada por muchísimas trayectorias existenciales e historias de vida exitosas. De hecho, por nuestros encuentros, contactos profesionales y lecturas, todos conocemos niños, adolescentes, familias y comunidades que "encajan" shocks, pruebas y rupturas, y las superan y siguen desarrollándose y viviendo -a menudo a un nivel superior- como si el trauma sufrido y asumido hubiera desarrollado en ellos, a veces revelado incluso, recursos latentes y aún insospechados...

Referencias

1. Vera Poseck, Beatriz (2004): "Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva". Revista de Psicología Positiva, vol. 1.
2. Werner EE. Acta Paediatr Suppl. 1997 Jul;422:103-5. Department of Human and Community Development, University of California, Davis 95616, USA.
3. Carr MB, Vandiver TA. Adolescence. 2001 Fall;36(143):409-26
4. Calvert WJ. J Cult Divers. 1997 Winter;4(4):110-7. Barnes College of Nursing, University of Missouri-St. Louis 63121-4499, USA.
5. Smilkstein G, et al. C de Ashworth, Montano D. J Fam Pract. 1982 Aug;15(2):303-11
6. Betancourt TS, Khan KT. The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience. Int Rev Psychiatry. 2008 Jun;20(3):317-

Objetivos de cada sección

CARTAS DE LOS LECTORES

En este apartado se pretende dar cabida a las diferentes opiniones y puntos de vista que puedan aportar los lectores en relación a los temas de interés de la revista, con la finalidad de que la pluralidad de opiniones genere un debate enriquecedor para todos los lectores.

No se aceptarán para publicación aquellas cartas con finalidad publicitaria, o aquellas que ridiculicen o realicen una crítica deshonesta a una persona o a una opinión.

Cuando se considere oportuno, algunas de las cartas serán comentadas o respondidas por el comité editorial, y publicadas junto con la correspondiente respuesta.

Las cartas deberán enviarse por correo electrónico a la dirección cartaslectores@e-digitalis.com, y no deberán tener una extensión superior a 500 palabras. Deberán ir acompañadas de su correspondiente bibliografía, cuando proceda. Podrán ir firmadas con nombre y apellidos o con iniciales.

ARTÍCULOS SOBRE CAM

Existen actualmente más de 10 publicaciones científicas sobre CAM indexadas en la base de datos PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>). Todas ellas publican sus artículos tras un proceso de revisión por pares (peer review), y aplican unos criterios de selección basados en la rigurosidad metodológica de los trabajos enviados para su publicación. Lamentablemente, la mayoría de los artículos sobre CAM indexados en PubMed están en lengua inglesa o alemana.

En esta sección se comentan artículos relevantes de actualidad que han aparecido en dichas publicaciones, así como otros artículos relacionados con las CAM que se hayan publicado en revistas de interés médico general. También se publicarán artículos de investigación (o de revisión) originales (es decir, que no se hayan publicado hasta la fecha en ninguna revista, tanto de nuestro país como extranjera). Los manuscritos serán revisados por el comité editorial de Digitalis y solo serán publicados en el caso de que cumplan con los requisitos de calidad y rigor metodológico establecidos por éste. En caso contrario, se proporcionará al autor principal del trabajo la información necesaria para realizar las correcciones pertinentes. En el caso de que el comité editorial no juzgue un trabajo como adecuado para su publicación, el trabajo podrá ser rechazado. La aceptación o no de un trabajo no depende de sus resultados o conclusiones, sino de la metodología y rigor con el que haya sido llevado a cabo.

El objetivo primordial de esta sección es, pues, aportar nuevos datos provenientes de investigación empírica, de una forma neutral y eliminando en la medida de lo posible los sesgos derivados de intereses personales, comerciales, o aspectos subjetivos o de opinión.

METODOLOGÍA

Esta sección tiene una finalidad fundamentalmente formativa. En ella se proporciona información actualizada sobre metodología de la investigación en Ciencias de la Salud.

Si bien la metodología científica utilizada para la investigación en las Ciencias de la Salud posee un carácter dinámico, en las últimas décadas existe un gran consenso en lo referente a los métodos más adecuados para estudiar las enfermedades, sus causas y sus tratamientos. Diversos comités científicos han aportado normas generales, ampliamente aceptadas y utilizadas en la comunidad científica, sobre cómo llevar a cabo los estudios de investigación.

El estudio de las CAM desde una óptica científica es desde hace algunos años objeto de debate y controversia, especialmente en lo referente a la metodología a emplear. Así, algunos autores recomiendan utilizar unos criterios metodológicos similares a los que se utilizan en el resto de Ciencias de la Salud, mientras que otros proponen una cierta modificación de algunos de estos criterios, en ocasiones bajo una óptica filosófica o epistemológica diferente. Estos aspectos y sus diferentes implicaciones serán asimismo objeto de reflexión en esta sección.

ARTÍCULOS DE INTERÉS GENERAL

Sección en la que se resumen y comentan trabajos de investigación científica general (no relacionados necesariamente con las CAM) publicados en revistas médicas internacionales de reconocido prestigio, sobre temas de interés general para la salud.

DIGITALIS

Publicación de ISMET sobre investigación en Terapias Naturales

www.e-digitalis.com



ISMET
INSTITUTO SUPERIOR DE
MEDICINAS TRADICIONALES

C/Floridablanca, 18-20 - 08015 Barcelona
tel. 93 426 50 50 - info@ismet.es
www.ismet.es

Dirección: Àlex Badrena · **Editor:** Jordi Vinadé
Traducción de la versión en castellano de eCAM: Alberto Pertusa
Redactores: Thomas Richard, Josep Serrano, Beatriz Lavado, Ana Belén Fraile
Diseño y maquetación: Morivati · **Publicidad:** Aida Gil
Programador web: Xavier Vilamanyà