



Hypericum o Hierba de San Juan



Piper methysticum



Omega 3

Tratamiento de las enfermedades mentales en niños y adolescentes: ¿Psicofarmacología o terapias complementarias?

Introducción

La salud mental de los niños y adolescentes es un tema de gran importancia, y desde hace ya algunos años los medios de comunicación nos bombardean con noticias sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la depresión infantil (y las controversias sobre el riesgo de suicidio en niños y adolescentes que realizan tratamiento con fármacos antidepresivos). Por este motivo hemos querido ofrecer a nuestros lectores el contenido de dos artículos aparecidos este año en dos prestigiosas revistas académicas de psiquiatría.

El primer artículo (ver referencia 1), escrito por Nerissa L. Soh y Garry Walter y publicado en *Current Opinion in Psychiatry* bajo el título de "Medicina complementaria para el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas en niños y adolescentes" revisa el grado de evidencia disponible sobre de la eficacia de los remedios más comúnmente utilizados en las terapias complementarias. Entre ellos se encuentran los ácidos grasos omega 3, el *Hypericum* o Hierba de San Juan, los suplementos dietéticos, etc.

El segundo artículo (ver referen-

cia 2), escrito por Joseph M. Rey, Garry Walter y Nerissa Soh (se trata de los mismos autores que el artículo previo) fue publicado en la revista *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* y lleva el título de "Medicina alternativa y complementaria (CAM) y psicofarmacología pediátrica". En este artículo se debaten algunos aspectos éticos y científicos sobre el uso de tratamientos psicofarmacológicos en niños y adolescentes, y se ofrece una revisión sistemática de la seguridad de los tratamientos complementarios más comúnmente utilizados.

Para facilitar la comprensión, estructuraremos este artículo siguiendo un orden lógico y describiendo la eficacia y seguridad de cada uno de los remedios por separado.

Contexto clínico

Cuando el médico diagnostica una depresión a un niño o adolescente y propone a los padres realizar tratamiento psicofarmacológico con un fármaco antidepresivo, en muchos casos la respuesta espontánea de los padres es: "Doctor... ¿es necesario darle un tratamiento tan

fuerte? ¿No existe algún tipo de tratamiento natural?". Obviamente, ante este tipo de circunstancias, lo más adecuado sería plantearnos en primera instancia si se trata de un diagnóstico correcto, ya que el diagnóstico de las enfermedades mentales (especialmente en el caso de la depresión y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad) en niños y adolescentes no están exentos de controversia, y no son pocas las voces que se han alzado en contra de algunos de los diagnósticos que proliferan en la actualidad. Por nuestra parte, consideramos que este es un tema de gran complejidad, al que sería necesario dedicar uno o varios artículos exclusivos para poder tratarlo con la profundidad que requiere. Por el momento, vamos a asumir que nos encontramos ante un niño que realmente sufre un cuadro depresivo (u otro tipo de enfermedad mental), independientemente de la causa del mismo.

Aunque tradicionalmente se ha considerado que las medicinas tradicionales (como la medicina china o la medicina ayurvédica) se utilizaban con más frecuencia en Asia, algunos estudios recientes ya están poniendo de manifiesto que el porcentaje de usuarios de este tipo de medicinas es similar en occidente, especialmente en el caso de las patologías médicas (3). Por ejemplo, un artículo publicado en 2006 (4) puso de manifiesto que la hierba de San Juan es con diferencia el antidepresivo más comúnmente prescrito en niños y adolescentes en Alemania.

En cualquier caso, sabemos que lo más habitual es que las personas combinen un tratamiento alopático u ortodoxo con el tratamiento natural. Por ese motivo, es importante que el médico esté al corriente sobre los últimos datos en eficacia y seguridad de los remedios naturales más comúnmente prescritos (de hecho, esta es la finalidad última de los dos artículos que resumimos en el presente artículo), pero también es igualmente importante que el terapeuta (cualquiera que sea su disciplina: Medicina Tradicional China, Naturopatía, etc.) sea conocedor de las potenciales interacciones de los remedios naturales con determina-

dos tratamientos alopáticos, así como de los aspectos más relevantes sobre su eficacia y seguridad.

Como bien ponen de manifiesto estos artículos, es muy frecuente que el médico alopático pase por alto los posibles tratamientos alternativos o "remedios naturales" que están tomando sus pacientes. En este sentido, se insta a los médicos a preguntar por este tipo de tratamientos y expresar su respeto hacia sus pacientes, sin intentar disuadirlos a priori o exhortarlos a realizar únicamente el tratamiento alopático. De igual forma, parece lógico que el profesional de las terapias naturales se acostumbre a preguntar a sus clientes o pacientes por los tratamientos alopáticos que éstos toman, con la finalidad (entre otras) de valorar posibles interacciones con los tratamientos alternativos.

Un poco de historia

Si bien es habitual distinguir entre "tratamientos o medicinas alopáticas" y "remedios naturales o alternativos", la historia nos demuestra que en muchos casos no existe tal distinción. Así, existen numerosos ejemplos de remedios naturales (generalmente procedentes de plantas, aunque no exclusivamente) que posteriormente se han sintetizado de forma química con la finalidad de industrializar su producción y facilitar la síntesis y posología. Sin ir más lejos, la *Digitalis purpurea* (que da nombre a esta publicación) es una planta cuyo principio activo ha sido empleado para tratar las arritmias y otros problemas cardíacos ya desde finales del siglo XVIII, y que en la actualidad se utiliza (en su forma sintética) ampliamente en medicina alopática por sus propiedades antiarrítmicas. Otro ejemplo paradigmático lo constituye la *Rauwolfia serpentina*, que se utilizó en India durante siglos para tratar la locura, y cuyo alcaloide activo reserpina fue utilizado en la medicina occidental como antipsicótico en los años cincuenta.

Por consiguiente, desde el punto de vista químico, los remedios fitoterapéuticos están compuestos de moléculas que poseen diversas propiedades. Cuando estas moléculas se sintetizan de forma química, es

posible manipular de una forma más eficaz la dosis y vía de administración. Este es el principio básico en el que se basa la farmacología moderna, si bien algunas escuelas de pensamiento están "en contra de la química sintética" y "a favor de lo natural". De nuevo, el debate sobre la comparación de los remedios fitoterapéuticos naturales (es decir, extraídos directamente de las propias plantas) y sus homólogos sintéticos en cuanto a seguridad y eficacia constituyen un aspecto sin duda controvertido que por cuestiones de espacio no trataremos aquí. Hecha esta importante distinción seguiremos, pues, por simplicidad didáctica, la doctrina convencional que considera los efectos químicos de una sustancia sobre el organismo, independientemente de que se trate de una sustancia "natural" (por ejemplo, extracto o infusión de una hierba) o "sintética" (por ejemplo, fármaco convencional).

En otros casos, existe un homólogo natural que posee propiedades muy similares (aunque no idénticas) a las de determinados fármacos convencionales. Un buen ejemplo de ello lo constituye el *Hypericum perforatum* o Hierba de San Juan, cuya composición química es muy similar a la de los fármacos denominados inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), uno de cuyos exponentes más conocidos es el famoso antidepresivo Prozac® (fluoxetina). Nos volveremos a referir a él más adelante.

¿Son seguros los remedios naturales?

Si bien la concepción tradicional es que los remedios naturales (nos referimos aquí principalmente a aquellos con propiedades químicas activas, como por ejemplo los remedios fitoterapéuticos) son completamente inocuos, cualquiera que haya estudiado fitoterapia o farmacología será conocedor de la existencia de posibles efectos secundarios o interacciones derivadas de la posible combinación entre diversas sustancias con propiedades químicas (por ejemplo, un remedio fitoterapéutico y un determinado fármaco).

El mercado de suplementos dietéticos en los Estados Unidos constituye uno de los más importantes del mundo, y está regulado por la FDA (*Food and Drug Administration*). Un estudio concluyó que de todos estos suplementos dietéticos, los preparados que contenían efedrina eran los que con más frecuencia causaban efectos adversos. De hecho, la efedrina fue prohibida por la FDA en 2004. Sin embargo, la efedrina (alcaloide proveniente de la planta *Ephedra sinica*) constituye en la actualidad una sustancia de abuso consumida principalmente por adolescentes para incrementar el rendimiento deportivo o para perder peso. Existen asimismo muchos otros ejemplos de sustancias naturales cuyos efectos sobre el organismo o propiedades las predisponen a convertirse en sustancias de abuso.

Por los motivos expuestos anteriormente, la tendencia actual es cada vez más a considerar los remedios fitoterapéuticos como verdaderos fármacos, analizando sus pro-

piedades farmacocinéticas (es decir, el comportamiento de la sustancia en el organismo una vez ingerida, incluyendo absorción, distribución, metabolismo y excreción) y farmacodinámicas (es decir, el mecanismo de acción intrínseco que posee la sustancia y su lugar de acción en el organismo).

Eficacia y perfil de seguridad de los remedios más comunes

Los datos de que disponemos en la actualidad sobre la eficacia y perfil de seguridad de los tratamientos naturales más comúnmente utilizados en niños y adolescentes son relativamente escasos, especialmente en comparación con los datos que se dispone en adultos. La Tabla 1 contiene un resumen de los remedios sobre los cuales existen estudios realizados, incluyendo el grado de evidencia disponible, y la calidad de los ensayos realizados al respecto, junto con algunos comentarios. A continuación describimos algunos de estos remedios de forma individual.



Omega 3

OMEGA-3

Existe un gran interés sobre los posibles beneficios del uso de suplementos de ácidos grasos omega-3 en niños con trastornos mentales. Recordemos que las membranas neuronales son ricas en este tipo de componentes (denominados "esenciales" debido a que el organismo no es capaz de producirlos y debe ingerirlos de la dieta), por lo que una reducción en su toma podría estar implicada en el desarrollo de enfermedades mentales en niños. Varios estudios epidemiológicos sugieren que una dieta rica en ácidos grasos esenciales está asociada a menores tasas de depresión (5).

Una revisión Cochrane de seis ensayos controlados y aleatorizados del 2006 sobre ácidos grasos Omega-3 en adultos con esquizofrenia (6) muestra que son beneficiosos para mejorar el estado mental, aunque se debatía si esa mejoría era clínicamente significativa, pero sí mencionan que "no hay actualmente motivo para los clínicos para recomendar o disuadir del uso de ácidos grasos poliinsaturados. Si una persona con esquizofrenia desea utilizar alguno... la opción de elección debería ser una preparación de omega-3".

Numerosos estudios han objetivado niveles más bajos en sangre y en eritrocitos de ácidos grasos omega-3 en niños con TDAH en comparación con controles sanos (7,8), y se sugiere que una toma inadecuada de omega-3 se asocia a largo plazo con depresión en jóvenes (9).

Sobre el tratamiento de la depresión en niños, Nemets y colaboradores (10) realizaron un ensayo

controlado y aleatorizado a doble ciego durante 16 semanas en niños entre 8 y 12 años con trastorno depresivo mayor utilizando ácidos grasos omega-3 y, aunque la muestra era muy pequeña (10 participantes en cada grupo) la mejoría medida mediante la escala de Depresión en Niños (*Childhood Depression Rating Scale*) fue importante.

La suplementación mediante omega-3 en la población pediátrica es generalmente bien tolerada y los efectos secundarios más frecuentemente referidos son problemas gastrointestinales, dolores de cabeza, disminución de apetito, problemas del sueño, alteraciones en la piel y aliento con olor a pescado (11,12).

Otra propuesta interesante es la que se hace en el estudio de Caniato y colaboradores (12) en el que sugieren que además de utilizar los ácidos grasos omega-3 en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, éstos se podrían también utilizar para el manejo de los efectos secundarios de algunos fármacos psicotrópicos, como la mejoría del perfil lipídico en sujetos que tomen fármacos antipsicóticos atípicos (que suelen aumentar los niveles de colesterol y alterar otros parámetros lipídicos).

HIERBA DE SAN JUAN

La hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) es uno de los tratamientos de CAM mejor estudiados y de amplio uso, aunque los datos en población pediátrica todavía son escasos (como se ha visto en la Tabla 1).



Piper methysticum

OTROS TRATAMIENTOS

El mecanismo de funcionamiento todavía se desconoce, y se ha visto que parece más efectivo el extracto completo de la hierba que el aislamiento de alguno de sus componentes. Su efecto se ha asociado a su acción serotoninérgica.

Un revisión Cochrane de 37 ensayos controlados, aleatorizados y a doble ciego en adultos concluyó que la hierba de San Juan es útil en el tratamiento de pacientes con depresión leve o moderada, pero que probablemente no ejerza un beneficio en el tratamiento de la depresión prolongada y que no existían evidencia de beneficio en la depresión severa (13).

Los autores del estudio de Soh y colaboradores encontraron solo tres estudios empíricos sobre el uso del *Hypericum* en niños y adolescentes, publicados entre 2001 y 2005, y ninguno de ellos era un ensayo controlado y aleatorizado. El tamaño pequeño de las muestras, la corta duración y el posible efecto placebo limitan las conclusiones de dichos estudios, que aunque fueron positivas en el tratamiento de síntomas depresivos en niños, con los datos disponibles no es posible extraer conclusiones definitivas sobre el uso de Hierba de San Juan en niños.

También se tiene que tener en cuenta, como se ha mencionado anteriormente, que la Hierba de San Juan tiene múltiples interacciones con otros medicamentos, por lo que su uso debe ser muy cauto y siempre revisando otros tratamientos que se estén tomando conjuntamente.

DIETA Y SUPLEMENTOS DIETÉTICOS

Se han sugerido múltiples modificaciones dietéticas con el fin de tratar trastornos psiquiátricos y se incluyen, entre otros, el uso de glutamina y vitamina C para la depresión, dietas libres en azúcar o aditivos, suplementos con aminoácidos, vitaminas y minerales en el TDAH y dieta libre en gluten y caseína para el autismo (14-17).

Aparte de los estudios con Omega-3, existe solo un estudio empírico sobre la dieta y trastornos psiquiátricos en niños, en el que se estudian los efectos de los colorantes artificiales de los alimentos y el conservante benzoato de sodio y el comportamiento hiperactivo. Se trata de un estudio muy bien diseñado y publicado en una de las revistas científicas más prestigiosas (18), con una muestra de 100 niños, y en él se observó un aumento significativo de la hiperactividad cuando los niños toman comida con aditivos en comparación con placebo. No queda claro qué aditivos son los responsables del aumento de la hiperactividad, pero sí es evidente que los colorantes son innecesarios en la dieta y que se debe estudiar más en profundidad los efectos de los conservantes sobre la salud en general de los niños.

Los pacientes con trastornos de ansiedad utilizan de manera amplia, además de la Hierba de San Juan, el kava, el ginseng y el ginkgo biloba. El bálsamo de limón se ha utilizado como sedante de efecto muy leve y para aliviar la ansiedad y el estrés moderados (19).

El kava es un derivado de la *Piper methysticum*. En una revisión Cochrane de 12 ensayos controlados aleatorizados a doble ciego se concluyó que el extracto oral de kava tiene un efecto positivo pequeño en el tratamiento de los síntomas de la ansiedad, comparado con placebo, pero no se especificó la edad de los participantes (20). Sin embargo, en un meta-análisis sobre tres ensayos controlados con placebo sobre el uso del kava en el trastorno de ansiedad generalizada no se encontró ninguna evidencia sobre su efecto (21) y, además, insistieron en que el uso de kava en el tratamiento de problemas psiquiátricos no está actualmente justificado en base a la evidencia disponible, y este uso está si cabe menos justificado en niños. Además, la revisión Cochrane hace hincapié en la posible y preocupante hepatotoxicidad del kava, de ahí la necesidad de realizar un estrecho seguimiento en niños cuando se utilice.

Soh y colaboradores encontraron solo un estudio doble ciego controlado con placebo de los efectos de la combinación del bálsamo de limón, comúnmente conocido por su primer nombre *Melissa officinalis*, y valeriana (*Valeriana officinalis*), para el tratamiento de la ansiedad, publicado en 2006-2007 (22). El estudio se realizó con una muestra de adultos y mostró mejoría a dosis bajas en el estado de ansiedad. En niños, existe un reciente estudio publicado, también sobre la combinación de valeriana y bálsamo de limón en el tratamiento de la inquietud alteraciones del sueño, sin grupo control con placebo (23), sin clarificar si los resultados positivos obtenidos fueron estadísticamente significativo. En ambos estudios no queda claro si es la combinación de ambas sustancias o una de ellas las que producen el efecto.

Los estudios que existen sobre ginkgo biloba, el extracto de las hojas del árbol del *Ginkgo biloba* se han centrado mayoritariamente en el efecto sobre la función cognitiva en demencias. En niños se ha estudiado su efecto en depresión (24) y aunque las conclusiones fueron positivas, el estudio carecía de grupo placebo por lo que todavía la evidencia para recomendar el uso de ginkgo biloba en depresión es muy reducida.

Por lo que respecta al fingseng, el estudio de Soh solo encontró un estudio sobre su uso publicado recientemente, si bien se trata de un estudio realizado en animales (25).

Tabla 1. TRATAMIENTOS CAM COMUNES: SUS PRINCIPALES USOS Y LA EVIDENCIA QUE EXISTE SOBRE SU EFECTIVIDAD

		Calidad de la evidencia científica	Solidez de la recomendación	Comentarios
AGE Omega-3	Depresión	a	+++	Varios estudios controlados en adultos pero pocos en niños; un meta-análisis sugiere que los AGE son efectivos, aunque los resultados son ambiguos
	Trastorno bipolar	a	++	Estudios en pacientes adultos sugieren algún beneficio; no hay evidencia en niños
	TDAH	a	+	Varios estudios controlados con resultados inconsistentes; beneficio incierto
	Esquizofrenia	a	0	Resultados en pacientes adultos sugieren que no hay beneficio; no hay datos en niños o adolescentes
	Autolesiones	b	+	Un estudio pequeño refirió reducción en el comportamiento autolesivo en pacientes adultos
	Trastornos específicos del desarrollo	a	+	Pocos estudios; se sugiere algún beneficio en la lectura y la ortografía pero no en la torpeza
	Autismo	b	0	Pocos estudios; no hay evidencia de efectividad
Hierba de San Juan (Hypericum)	Depresión	a	++	Muchos ECA en pacientes adultos; resultados inconsistentes (estudios más grandes y mejor diseñados muestran peores resultados que estudios pequeños); datos limitados en niños; Hypericum puede ser beneficioso como antidepresivo en depresión leve
SAMe	Depresión	a	++	Datos en adultos muestran cada vez más que pueden ser tan efectivos como los ATC; no hay evidencia en niños
Kava (Piper methysticum)	Ansiedad	a	++	Hay pocos estudios en adultos; no hay estudios en niños; existe un beneficio pequeño pero significativo comparado con placebo
Valeriana (Valeriana officinalis)	Ansiedad	b	+	Evidencia limitada y poco convincente en pacientes adultos; ninguna en niños
Parsiflora (Passiflora incarnata)	Ansiedad	b	+	Un estudio en adultos muestra algún beneficio; no hay estudios en niños; utilidad incierta
Secretina	Autismo	c	0	Evidencia considerable y consistente de la ausencia de beneficio

Nota: **CAM** = medicina alternativa y complementaria; **AGE** = ácidos grasos esenciales; **TDAH** = trastorno por déficit de atención e hiperactividad; **ECAs** = ensayos controlados aleatorizados; **SAMe** = S-adenosil metionina; **ATCs** = antidepresivos tricíclicos.

+++ = útil y efectivo; ++ = peso de la evidencia/opinión a su favor; + = utilidad no establecida; 0 = no útil.

a Al menos un estudio relevante, de elevada calidad científica o múltiples estudios adecuados.

b Opinión de experto, serie de casos o cuidado estándar.

c Muchos estudios científicos de elevada calidad con resultados homogéneos.

Conclusiones

Debemos remarcar que las investigaciones en el uso de CAM en trastornos psiquiátricos son muy modestas, siendo los remedios más estudiados los ácidos grasos Omega-3, la hierba de San Juan y el kava. En niños la evidencia científica de CAM en trastornos psiquiátricos todavía es menor, por lo que dado el potencial beneficio de los mismos en su aplicación en niños (tratamientos más "naturales", mejor tolerados), hace falta que se realicen estudios bien diseñados con el fin de garantizar un uso eficaz y seguro en niños y adolescentes.

Podemos afirmar que tanto los Omega-3 como la hierba de San Juan pueden ser utilizados en el tratamiento de la depresión, y que sus ventajas y desventajas deben ser discutidas a la hora de valorar las opciones terapéuticas.

Volvemos a insistir en la importancia de estar al día en cuanto a recientes avances en este tipo de tratamientos "menos agresivos", tanto por parte de los profesionales de la medicina alopática como de los profesionales de las CAM. ●

Referencias

1. Soh NL, Walter G. Complementary medicine for psychiatric disorders in children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Jul;21(4):350-5. Review.
2. Rey JM, Walter G, Soh N. Complementary and Alternative Medicine (CAM) treatments and pediatric psychopharmacology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Apr;47(4):364-8.
3. Wilson KM, Klein JD, Sesselberg TS, et al. Use of complementary medicine and dietary supplements among US adolescents. *J Adolesc Health*. 2006;38:385Y394.
4. Fegert JM, Kolch M, Zito JM, Glaeske G, Janhsen K. Antidepressant use in children and adolescents in Germany. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006;16:197Y206.
5. Freeman MP, Hibbeln JR, Mischoulon D, et al. Omega-3 fatty acids: evidence for treatment and future research in psychiatry. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1954Y1967.
6. Joy CB, Mumby-Croft R, Joy LA. Polyunsaturated fatty acid supplementation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3:CD001257.
7. Clayton EH, Hanstock TL, Grag ML, et al. Long chain omega-3 polyunsaturated fatty acids in the treatment of psychiatric illnesses in children and adolescents. *Acta Neuropsychiatrica* 2007; 19:92-103.
8. Antalís CJ, Stevens LJ, Campbell M, et al. Omega-3 fatty acid status in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 2006; 75:299-308.
9. Mamelakis G, Kiriakakis M, Tsibinos G, et al. Depression and serum adiponectin and adipose omega-3 and omega-6 fatty acids in adolescents. *Pharmacol Biochem Behav* 2006; 85:474-479.
10. Nemets H, Nemets B, Apter A, et al. Omega-3 treatment of childhood depression: A controlled, double-blind pilot study. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1098-1100.
11. Wozniak J, Biederman J, Mick E, et al. Omega-3 fatty acid monotherapy for pediatric bipolar disorder: a prospective open-label trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17:440-447.
12. Caniato RN, Alvarenga ME, Garcia-Alcaraz MA. Effect of omega-3 fatty acids on the lipid profile of patients taking clozapine. *Aust NZ J Psychiatry* 2006; 40:691-697.
13. Linde K, Mulrow CD, Berner M, et al. St John's Wort for depression (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2):CD000448.
14. Lilienfeld SO. Scientifically unsupported and supported interventions for childhood psychopathology: A summary. *Pediatrics* 2005; 115:761-764.
15. Christison GW, Ivany K. Elimination diets in autism spectrum disorders: Any wheat amidst the chaff? *J Dev Behav Pediatr* 2006; 27:S162-S171.
16. Levy SE, Hyman SL. Novel treatments for autistic spectrum disorders. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2005; 11:131-142.
17. Jorm AF, Allen NB, O'Donnell CP, et al. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression in children and adolescents. *Med J Aust* 2006; 185:368-372.
18. McCann D, Barrett A, Cooper A, et al. Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *Lancet* 2007; 370:1560-1567.
19. Kennedy DO, Scholey AB. The psychopharmacology of European herbs with cognition-enhancing properties. *Curr Pharm Des* 2006; 12:4613-4623.
20. Pittler MH, Ernst E. Kava extract versus placebo for treating anxiety (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1):CD003383.
21. Connor KM, Payne V, Davidson JR. Kava in generalized anxiety disorder: three placebo-controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21:249-253.
22. Kennedy DO, Little W, Haskell CF, et al. Anxiolytic effects of a combination of *Melissa officinalis* and *Valeriana officinalis* during laboratory induced stress. *Phytother Res* 2006; 20:96-102.
23. Muller SF, Klement S. A combination of valerian and lemon balm is effective in the treatment of restlessness and dyssomnia in children. *Phytotherapy* 2006; 13:383-387.
24. Donfrancesco R, Ferrante L. *Ginkgo biloba* in dyslexia: A pilot study. *Phytomedicine* 2007; 14:367-370.
25. Einat H. Chronic oral administration of ginseng extract results in behavioral change but has no effects in mice models of affective and anxiety disorders. *Phytother Res* 2007; 21:62-66.

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



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