

neurama
revista electrónica de
psicogerontología

ISSN 2341-4936

IN THIS ISSUE:

Nº — Vol

2

3

www.neurama.es
WEBSITE

E-MAIL

info@neurama.es

20
DICIEMBRE

16

5 David Burgos Miranda

Estimación de la prevalencia del
Trastorno de Ansiedad Generalizada
entre personas mayores en un Centro
de Salud de Atención Primaria de
Navarra

12 Pedro Maldonado Maldonado

Introducción de Nuevas Tecnologías
y APPs en Patologías Geriátricas y
enfermedades NeuroDegenerativas

27 Luciana Ferraris, Marina Guzzetti, Valeria Portaluppi,
Soledad Torrez

Reflexiones en torno al
empoderamiento



“Si la oportunidad no llama, construye una puerta”

(Milton Berle, 1908-2002)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

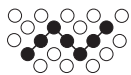
Comité Asesor Nacional

Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)
José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)
Ramona Rubio Herrera (Granada)
Manuel Nevado Rey (Madrid)
Mónica de Castro Torrejón (Barcelona)
Belén Bueno Martínez (Salamanca)
María C. Marín Valero (Madrid)
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)
Sonia Buil Martínez (Málaga)
Miguel Angel Maroto Serrano (Madrid)
Estefanía Martín Zarza (Salamanca)
Rocío Medina Armenteros (Jaén)
Charo Pita Díaz (A Coruña)
Almudena del Avellanal Calzadilla (Madrid)

Comité Asesor Internacional

Alejandro Burlando Páez (Argentina)
Clara Ling Long Rangel (Cuba)
Anastasia Paschaleri (Reino Unido)
Brenda Avadian (Estados Unidos)
Carrie Peterson (Dinamarca)
Diana Orrego Orrego (Colombia)
Frederique Lucet (Francia)
Gary Glazner (Estados Unidos)
Graham Hart (Reino Unido)
Guillermo Ramírez Hoyos (Colombia)
Hugo Roberto Valderrama (Argentina)
Hugo Sousa (Portugal)
Javiera Sanhueza (Chile)
Joana de Melo E Castro (Portugal)
Joao Marques Texeira (Portugal)
Kerry Mills (Estados Unidos)
Maria Alejandra Ortolani (Argentina)
Ricardo F. Allegri (Argentina)
Marios Kyriazis (Reino Unido)
Mladen Davidovic (Serbia)
Narjes Yacoub (Francia)
Peter Gooley (Australia)
Raúl Andino (Argentina)
Rolando Santana (República Dominicana)
Rosana Cordova (Argentina)
Salvador Ramos (Estados Unidos)
Stephanie Zeman (Estados Unidos)
Wendy Johnstone (Canadá)





En este número:

- 5 David Burgos Miranda

Estimación de la prevalencia del
Trastorno de Ansiedad Generalizada
entre personas mayores en un Centro
de Salud de Atención Primaria de
Navarra

- 12 Pedro Maldonado Maldonado

Introducción de Nuevas Tecnologías
y APPs en Patologías Geriátricas y
enfermedades NeuroDegenerativas

- 27 Luciana Ferraris, Marina Guzzetti, Valeria Portaluppi,
Soledad Torrez

Reflexiones en torno al
empoderamiento



Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicogerontólogo.
Formador y escritor.

La Nueva Gerontología

El impulso de la cultura del hábito saludable concierne actualmente un necesario cambio y ajuste de paradigma. En este sentido y siendo totalmente fundamental – la vejez afronta una decisiva etapa de transición en la cual, la longevidad y la mejora de la salud en consecuencia – predicen un aumento notable de la esperanza de vida.

El ascenso numérico en este escenario presenta a España con unas medias de 80,4 años en hombres y 86,2 años en mujeres, en datos del año 2014 (INE). Corroborando, una brecha de género de 5,8 años (1). Sin embargo, esta condición lejos de la patología queda delimitada en torno a los 66,4-70,1 años de edad. Esta franja añosa permite pronosticar la denominada “esperanza de vida saludable”(2).

Nuestra aportación profesional debe considerar estos nuevos cambios, reflejo del nacimiento coyuntural de una nueva Gerontología. Este movimiento dimensional, subyacente a la transición sociológica y médica, debe abarcar pautas de envejecimiento activo, combatir la neurodegeneración y la patología concomitante, la discriminación por edad, crear e identificar nuevas propuestas de intervención y preparar un ajuste / adaptación al cambio de la jubilación.

De la misma manera, la integración y participación comunitaria, las nuevas políticas de envejecimiento y empoderamiento unido a las perspectivas de humanización y dignidad del cuidado, ponderan una permuta en este sentido.

(1) INE SALUD [en línea]: Mujeres y hombres en España 2016. 2016 actualizado [fecha de consulta: 18 Octubre 2016]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheaderna me1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D4_1_Esperanza_de_vida.pdf.

(2) European Health & Life Expectancy. JA:EHLEIS información sistema. Informe de Países. Esperanza de vida saludable en España. [En línea]. Octubre de 2015. [Fecha de consulta 19 de Octubre de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/docsVidaSaludable/Inf_paises_Vol_9_Esp_2013data.pdf

Estimación de la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada entre personas mayores en un Centro de Salud de Atención Primaria de Navarra.

David Brugos Miranda¹

Resumen

“Estimación de la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada entre personas mayores en un Centro de Salud de Atención Primaria de Navarra.”

***Fundamento:** Se realiza una estimación de la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en personas mayores en un Centro de Atención Primaria (AP) de Navarra, al considerarse un problema de Salud Pública de interés.*

***Material y métodos:** se seleccionaron a personas mayores que cumplieran una serie de criterios ad hoc para la detección de casos de TAG, y se les aplicó una Entrevista clínica posteriormente.*

***Resultados:** Un 7,6 % de las personas cumplían los indicadores de sospecha, y el 46,2 % fueron confirmados como casos de TAG, lo que arroja un 3,8 % de prevalencia de TAG, siendo mayor en mujeres, datos que coinciden con estudios anteriores. Por otro lado, se encontró una elevada frecuencia de trastornos afectivos comórbidos. Conclusiones: La prevalencia de TAG en edad avanzada coincide con la literatura previa. Los criterios de detección empleados pueden ser de interés para estudiar la prevalencia de TAG en AP.*

***Palabras clave:** ansiedad, personas mayores, Atención Primaria, prevalencia.*

Abstract

“Prevalence estimate of GAD among older people in Primary Care.”

Background: an estimate of the prevalence of elderly people with Generalized Anxiety Disorder (GAD) in a Primary Care Center of Navarre is performed, what it is considered as an interesting public health problem.

Methods: elderly people who met several ad hoc criteria for detecting GAD were selected and were given a clinical interview.

Results: 7.6% of people met the criteria, 46.2% of which were confirmed as GAD, resulting in a 3.8% prevalence of GAD. Female prevalence was higher. On the other hand, a high frequency comorbid affective disorders was found. These data match with previous studies.

Conclusions: Detection criteria used may be of interest to study the prevalence of GAD in Primary Care.

Keywords: anxiety, aged, Primary Health Care, prevalence.

ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2016

Recibido:
15/07/2016

Aceptado:
04/08/2016

(1) Psicólogo clínico. Servicio Navarro de Salud . david.brugos.miranda@navarra.es

Licenciado en Psicología en la Universidad Autónoma de Madrid. 2000.

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica vía PIR. 2004.

Doctorado Cum Laude en Psicología Clínica y de la Salud con la Tesis Doctoral titulada Sesgos cognitivos atencionales y de interpretación en personas mayores con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. 2014.

Psicoterapeuta reconocido por la EFPA. 2009.

Estimación de la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada entre personas mayores en un Centro de Salud de Atención Primaria de Navarra.

Introducción

Se calcula que entre los años 2000 y 2050 la proporción de personas de 60 años de edad o mayores pase del 11 al 22% de la población mundial total (OMS, 2013). Este hecho supone un enorme reto a nivel de la atención de los problemas de salud en esta franja de edad, y dentro de ellos, de los relativos a la salud mental, porque, como ya ha informado la OMS, en torno a un 15% de las personas mayores sufren algún trastorno mental (IHME, 2012).

Si bien la demencia y la depresión son los trastornos de salud mental más prevalentes entre las personas de edad avanzada, los trastornos de ansiedad son igualmente muy relevantes (Flint, 2005). Se sabe también hoy día que los Centros de Salud de Atención Primaria (CSAP) son los espacios de referencia donde muchas personas mayores reciben la atención sanitaria por los trastornos relacionados con la ansiedad, y no, como podría esperarse, los dispositivos específicos de salud mental (Beck y Averill, 2004).

Dentro de los trastornos de ansiedad, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es el más comúnmente observado en Atención Primaria (AP), con una prevalencia del 7,3 % en nuestro país (Haro et al, 2006). En el caso del TAG en personas mayores, existen datos que indican que es más frecuente en población femenina, y que su comorbilidad es elevada con otros trastornos, sobre todo, con la depresión mayor, al igual que ocurre en el caso de los adultos jóvenes (Flint, 2005). Respecto de la prevalencia del TAG en mayores, algunos estudios la sitúan alrededor del 3,4% (Wittchen et al, 2011) aunque las cifras no parecen muy claras por varias razones. Por un lado, por la ausencia de instrumentos de medición específicos y/o validados para esta población. Por otro lado, por una presentación clínica de la ansiedad diferente en esta edad, con mayor frecuencia de síntomas depresivos y somáticos como el dolor, insomnio, fatiga y problemas gástricos, que hacen difícil el diagnóstico diferencial, y pueden conducir a un diagnóstico erróneo (Allgulander, 2006). Además de ello, se ha planteado que quizás las personas mayores con TAG busquen menos ayuda, debido a la asunción de que los síntomas que padecen se deben exclusivamente a la edad que tienen (Wetherell, 1998). A pesar de estas dificultades, conocer la prevalencia de personas mayores con TAG se puede considerar un área de enorme interés en salud pública porque se estima que, en cualquier caso, es elevada, sin olvidar que se está dando un aumento de la población de edad avanzada muy significativo.

En esta línea, existen datos recientes que sugieren que la prevalencia del TAG en consultas ambulatorias de salud mental en España es más alta que en otros países de nuestro entorno (Caballero, Bobes, Vilardaga y Rejas, 2009). Además de lo anterior, el hecho de que muchas de las personas mayores con TAG estén siendo probablemente atendidos desde AP conduce posiblemente a la necesidad de mejorar su detección para poder ofertar una mejor intervención, desde un nivel más especializado.

El objetivo de esta investigación radicaba en realizar una estimación inicial de la prevalencia del TAG en población de edad avanzada, tomando como referencia un CSAP de Navarra, así como observar las diferencias en función del género, y la comorbilidad con otros trastornos. Igualmente, se trató de recabar información sobre otros aspectos de interés, como eran los antecedentes personales y familiares relacionados con dificultades y tratamiento para la ansiedad y / o la depresión.

Material y métodos

Primera fase del estudio: el estudio fue realizado en un CSAP de Navarra, concretamente, el de la localidad de Villava. Esta investigación forma parte de un proyecto mayor de Tesis Doctoral, y se obtuvieron los permisos correspondientes. Debido a la sospecha de que muchas personas mayores con TAG no seguían atención ni estaban registrados en SM, se optó por seleccionar una serie de criterios para la detección de las personas de 60 o más años susceptibles de padecer TAG. En primer lugar, las personas mayores con TAG debían presentar un diagnóstico de *Trastorno de Ansiedad* de acuerdo con el epígrafe P 74 de la clasificación Internacional de Enfermedades en Atención Primaria CIAP – 2 (WONCA, 1999) emitido por el médico de familia (MAP). Por otro lado, debían tomar *cinco o más cajas de Benzodiacepinas en el último año*. El cumplimiento de este criterio de medicación se planteaba como indicativo de un problema mantenido de ansiedad. Se optó por registrar la toma de Benzodiacepinas, medicación ansiolítica habitual en AP, a pesar de que se conoce hace años la mayor utilidad de los antidepresivos en los tratamientos de ansiedad (Flint, 2005) por su elevado consumo en AP. Otro criterio de inclusión fue la una *alta frecuencia de visitas* al personal sanitario de AP (Médico de AP o MAP, Enfermería). Se estableció como punto de corte cinco visitas anuales a partir del que considerar una alta frecuentación, en

David Brugos Miranda

base a algunos estudios donde se ha encontrado que las personas adultas que refieren al menos cinco visitas anuales al médico tienen una probabilidad cuatro veces mayor de presentar TAG (Bélanger, Ladouceur y Morin, 2005). Como criterio de exclusión se estableció la *presencia de demencia* y deterioro cognitivo relevante indicado explícitamente en la historia clínica por el MAP.

Segunda fase del estudio: Se contactó con las personas que cumplían estos criterios y se les explicó la investigación, solicitando su participación en una sesión de entrevista con un psicólogo clínico donde se aplicaron las siguientes medidas tras la firma del correspondiente Consentimiento Informado:

Entrevista clínica no estructurada. Recoge brevemente la historia de salud mental y antecedentes familiares (con énfasis en la ansiedad).

Entrevista semiestructurada para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad – Modificada (ADIS – M) de Valiente, Sandín y Chorot (2003). Permite establecer un diagnóstico diferencial entre los trastornos de ansiedad entre sí, los trastornos del estado de ánimo y otros trastornos mentales.

Escala de Detección del TAG según la DSM – IV de Carroll y Davidson. Se aplicó su traducción y adaptación a población española (Bobes et al, 2006).

Resultados

Primera fase del estudio: Según el Registro, la población de personas de 60 o más años que correspondía al CSAP era de 2013 personas. 375 tenían un diagnóstico P 74 de la CIAP 2, lo que corresponde a un 18,6 % del total. De ellos, aquellos que habían consumido cinco o más cajas de benzodiacepinas fue de 160 (130 mujeres y 30 hombres), un 12,58 % de las personas mayores de dicho Centro. Se excluyeron seis casos (todas mujeres) por presentar deterioro cognitivo relevante en el Registro. Finalmente, la muestra de personas sospechosas de padecer un TAG con estos criterios fue de 154 personas (7,6 % de los mayores de ese CSAP). El 80,5 % de esta muestra eran mujeres (124), y el 19,5 % hombres (30).

Segunda fase del estudio: De las 154 personas, participaron 78. Las razones dadas para no participar fueron: 41 personas rehusaron, 21 dijeron no poder acudir por dificultades para desplazarse y razones médicas (dificultades auditivas o visuales), nueve se encontraban fuera, cuatro habían fallecido y una tenía reciente diagnóstico de demencia. En la muestra participante había 63 mujeres (edad media 71,01 años, DT 7,26) y 15 hombres (edad media 71,4 años, DT 6,76). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad en función del género empleando la prueba T para la igualdad de medias ($t(76) = -0,18$, $p < 0,05$).

La Entrevista clínica aportó una serie de datos sobre antecedentes personales y familiares, toma de medicación ansiolítica, y motivos por los que entendían que se les pautó. En la Tabla 1 se presenta esa información.

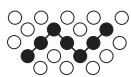
Respecto de la presencia de otros trastornos psicopatológicos además del TAG, destaca la aparición de trastornos del estado de ánimo inespecíficos, mixto ansioso depresivo y trastornos de Pánico con crisis de ansiedad recurrentes (Figura 1).

Con la Escala de Detección del TAG empleada, 31 mujeres y 7 hombres cumplieron criterios suficientes para este diagnóstico, lo que equivale a la mitad de la muestra total de participantes. En la Tabla 2 se presentan las comorbilidades entre el TAG y los otros tres trastornos más prevalentes en la muestra. Se ha realizado un ANOVA de un factor entre el TAG y el Trastorno del estado de ánimo, ansioso depresivo, y de Pánico /Crisis de ansiedad, encontrándose una interacción significativa entre el TAG y el Trastorno del estado de ánimo ($F(1) = 4,27$, $p > 0,05$) y entre el TAG y el Trastorno ansioso depresivo ($F(1) = 16,58$, $p > 0,05$). No se encuentra una interacción significativa, por el contrario entre el TAG y el Trastorno de Pánico /Crisis de ansiedad.

Discusión

En este breve estudio, se ha estudiado la prevalencia puntual del TAG entre las personas mayores de 60 años de un CSAP de Navarra, empleando unos criterios propios ad hoc para la detección de casos susceptibles de presentar este trastorno.

A partir de estos criterios se encuentra que más del 7 % del total de personas mayores podrían cumplir criterios de este trastorno, aunque cuando se aplicó



Estimación de la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada entre personas mayores en un Centro de Salud de Atención Primaria de Navarra.

una Entrevista Clínica y algunas escalas por parte de un psicólogo clínico se halló que solamente la mitad de esta muestra de personas susceptibles de padecer TAG, presentaba este diagnóstico, lo que supondría alrededor de un 3,8 % del total de las personas mayores. Esta prevalencia coincide con los datos de la literatura previa (Wittchen, 2011). Se encontró una diferencia de género a favor de una presencia de este trastorno significativamente mayor entre mujeres, dato igualmente encontrado en muchos otros estudios epidemiológicos (Haro et al, 2006).

También resulta de interés observar en este estudio que una parte importante de las personas mayores presentan algún trastorno psicopatológico, principalmente de tipo afectivo y ansioso, existiendo una relación significativa principalmente entre el TAG y los trastornos del estado de ánimo y mixto ansiosodepresivo. Igualmente sugerente puede considerarse el hecho de que un número relevante de personas, 11 (14,1 % del total) comentaron no padecer ansiedad, y no sabían precisar el motivo por el que tomaban medicación ansiolítica, lo que podría hacer pensar en si a las personas mayores se les informa de la manera adecuada para su comprensión y adherencia al tratamiento.

Por otro lado, se encuentra que casi la mitad de la muestra tenía antecedentes personales de atención psicológica/farmacológica específica, siendo mucho menor la percepción de antecedentes familiares relacionados con ansiedad o depresión. Respecto de las intervenciones realizadas, los resultados indican que no todas las personas mayores susceptibles de presentar TAG reciben atención desde dispositivos específicos de Salud Mental, lo que tiene consecuencias sobre la asistencia recibida (menor especialización de las intervenciones no solamente psicofarmacológicas, sino psicoterapéuticas), circunstancia que puede incidir negativamente en su evolución.

En relación con la prevalencia del TAG y ansiedad en general en edad avanzada se ha planteado repetidamente que los trastornos de ansiedad están infradiagnosticados entre los mayores (Roy-Byrne y Wagner, 2004), ya que posee una serie de características diferenciales que dificultan un buen diagnóstico con los criterios de las DSM. La gravedad de este problema es mayor debido a dos hechos: 1) a que la ansiedad no suele remitir espontáneamente en mayores hasta al menos el transcurso de varios años, siendo además una de las patologías más costosas en términos económicos de los sistemas públicos de salud, y 2) debido a que existe una relación inversa entre la salud y la ansiedad,

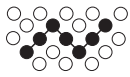
relación que está bastante bien establecida, y conduce a una mayor asistencia a las consultas médicas (Martínez y Sáiz, 2005). Para evitar el problema de infradiagnóstico del TAG en personas mayores hay que potenciar su detección, ya desde AP. Para ello, es preciso desarrollar indicadores como pueden ser los planteados en este estudio (diagnóstico P.74 en la CIAP - 2, cinco o más cajas de Benzodiacepinas anuales, cinco o más visitas anuales a AP y la exclusión de demencia). Mejorar la detección de las personas mayores con TAG podría suponer una mejoría clara en el tratamiento que reciben, un objetivo muy necesario.

Agradecimientos

Se agradece la colaboración de los profesionales (sanitarios y no sanitarios) del Centro de Salud de Villava por su inestimable ayuda en la realización de este estudio.

Referencias

1. Allgulander, C. (2006). Generalized anxiety disorder: What are we missing? *European Neuropsychopharmacology*, Suplemento 2, 101-108.
2. Beck, J. G. y Averill, P. M. (2004). Older adults. En: Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Mennin, D. S. (Editores). *Generalized Anxiety Disorder*. Nueva York: Guilford Press, 409-434.
3. Bélanger, L., Ladouceur, R. y Morin, C. M. (2005). Generalized anxiety disorder and health care use. *Canadian Family Physician*, 5, 1363.
4. Bobes, J., García-Calvo, C., Prieto, R., García-García, M., Rico-Villademoros, F. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM - IV de Carroll y Davidson. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2, 83 - 93.
5. Caballero, L., Bobes, J., Vilardaga, I. y Rojas, J. (2009). Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 17-20.
6. Flint, A J. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients. *Epidemiology, diagnosis and treatment options. Drugs aging*, 2, 101-114.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME (2012). *Global Burden of Disease Study 2010*. Seattle: IHME.
8. Haro J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-51.
9. Martínez, S., Sáiz, P. A. (2005) TAG en ancianos. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). *Monografías de Psiquiatría*, 17, 25-28.
10. Organización Mundial de la Salud, OMS (2013). La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva N ° 381 Septiembre.
11. Roy-Byrne P.P. y Wagner A. (2004). Perspectivas de atención



David Brugos Miranda

primaria en el trastorno de ansiedad generalizada. *Journal of Clinical Psychiatry*, 13, 20–26.

12. Valiente, R.M., Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad: ADIS-M. Madrid: Klinik.
13. Wetherell, J.L., Gatz, M. y Craske, M.G. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 31–40.
14. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Steinhausen, H, C, (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 2011; 21, 655–679.
15. WONCA (1999). Clasificación Internacional de enfermedades en Atención Primaria. Versión 2 (CIAP – 2). Barcelona: Masson



Estimación de la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada entre personas mayores en un Centro de Salud de Atención Primaria de Navarra.

Tabla 1.

Antecedentes personales y familiares, toma de medicación ansiolítica, y motivos por los que entendían que se les pautó.

	Sí	Frecuencia sobre el total	No	Frecuencia sobre el total
AP atención psicológica o farmacológica	36	46,2 %	42	53,5%
AF relacionados con ansiedad o depresión	18	23,1 %	60	76,9%
Consumo de ansiolíticos	67	85,9%	11	14,1%
Motivo por el que toma ansiolítico		Casos	Frecuencia sobre el total	
	Preocupación excesiva	24	30,7%	
	Ansiedad excesiva e incontrolable	19	24,3 %	
	Depresión	8	10,2%	
	Ansiedad moderada	4	0,5%	
	Cuadro mixto ansioso-depresivo	3	0,4%	
	Otros motivos	3	0,4%	
	Refiere no padecer ansiedad	11	14,1%	

David Brugos Miranda

Figura 1.

Trastornos psicopatológicos excepto TAG en la muestra según la ADIS – M, de más a menos prevalentes

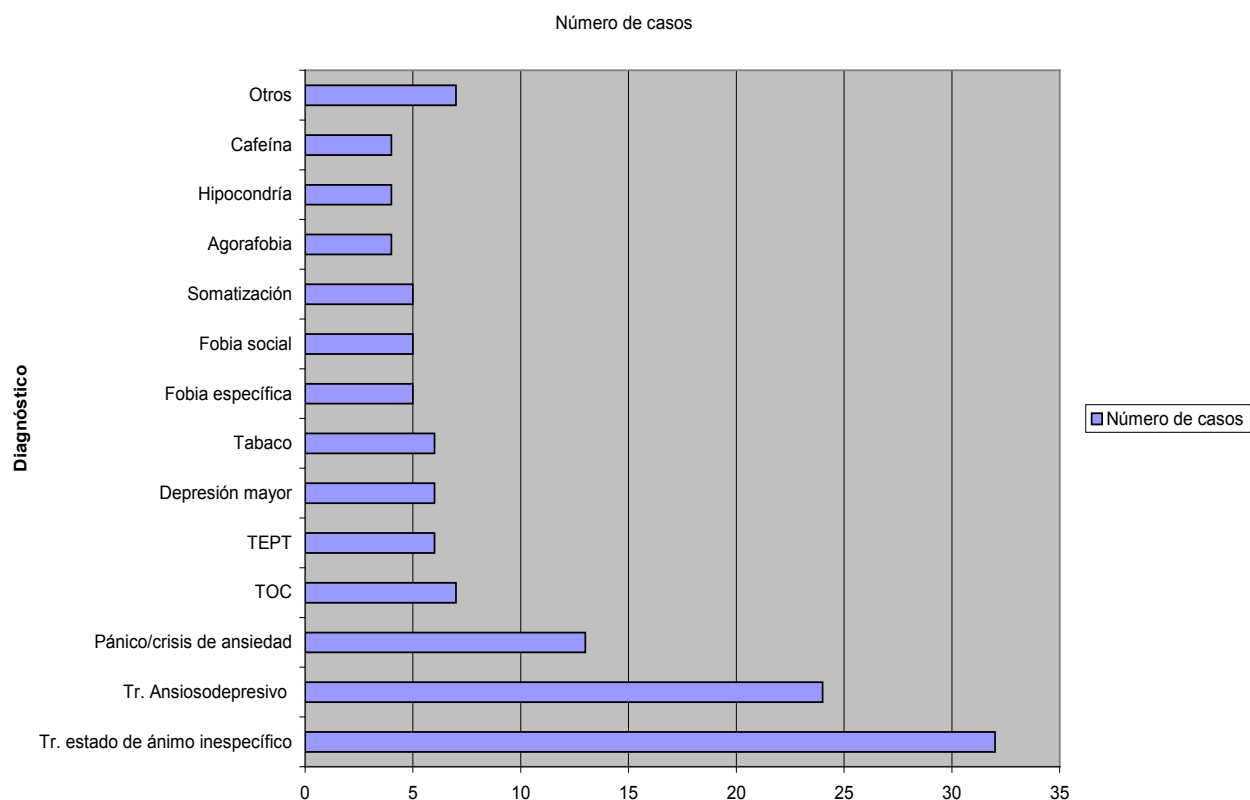
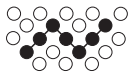


Tabla 3.

Comorbilidad entre el TAG, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno ansioso depresivo y Trastorno de Pánico.

		TAG	
		Sí	No
Trastorno de estado de ánimo	Sí	21	11
	No	18	27
Trastorno ansioso depresivo	Sí	20	4
	No	19	34
Trastorno de Pánico / crisis de ansiedad	Sí	8	5
	No	31	33



Introducción de Nuevas Tecnologías y APPs en Patologías Geriátricas y enfermedades NeuroDegenerativas

Pedro Maldonado Maldonado¹

Resumen

Según la OMS, entre 2000 y 2050 el crecimiento de la población mundial mayor de 60 años se habrá triplicado, pasando de 600 a 2000 millones. Ese cambio demográfico tiene consecuencias importantes para los sectores de la salud, sociales y económicos de todos los países.

Estamos en una Revolución Digital que puede proporcionar más independencia y calidad de vida a éstos. Las nuevas tecnologías y la implantación de teléfonos móviles están abriendo las puertas a la monitorización de pacientes con estas enfermedades. Además, la tecnología puede ser una herramienta para ayudar a los pacientes a mantenerse activos cognitivamente, a realizar tareas de la vida diaria y a comunicarse.

Las nuevas tecnologías de la información están siendo de gran utilidad para los cuidadores y profesionales de la salud. Muchos afectados por demencia encuentran en las nuevas tecnologías y en las aplicaciones para dispositivos móviles una gran ayuda para hacer su día a día más fácil.

La mHealth quiere ser una mejora en la salud y la vida de todo el mundo. Así, una de las batallas que la salud móvil está librando, sobre todo, en Europa, es a favor de un envejecimiento activo y saludable.

Dado el gran potencial de estas tecnologías y dispositivos para su aplicación en el ámbito de los tratamientos de las patologías geriátricas y los trastornos mentales, el Objetivo Principal es realizar una búsqueda y revisión de las APPS usadas en las Patologías Geriátricas en particular y aquellas que cursan con deterioro cognitivo y/o neurodegenerativo.

Palabras Clave: geriatría, salud mental, APP, salud móvil.

Abstract

According to WHO, between 2000 and 2050 the growth of world population over 60 will have tripled from 600 to 2000 million. This demographic change has important implications for the sectors of health, social and economic rights of all countries.

We are in a Digital Revolution which can provide more independence and quality of life to them. New technologies and the introduction of mobile phones are opening doors to the monitoring of patients with these enfermedades. In addition, technology can be a tool to help patients stay cognitively active, to perform tasks of daily living and to communicate.

The new information technologies are being very useful for caregivers and

health professionals. Many are affected by dementia in the new technologies and applications for mobile devices a great help to make your day to day easier.

The mHealth wants to be an improvement in the health and lives of everyone. Thus, one of the battles that mobile health is raging, especially in Europe, is in favor of an active and healthy aging.

Given the great potential of these technologies and devices for application in the field of treatment of geriatric diseases and mental disorders, the main objective is to search and review of the APPS used in Geriatric pathologies in particular and those who attend with cognitive impairment and / or neurodegeneration. Keywords: Geriatrics, Mental Health, APP, Mobile health.

ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2016

Recibido:
01/07/2016

Aceptado:
17/10/2016



Pedro Maldonado Maldonado

INTRODUCCION

Envejecimiento y Ciclo De Vida

Según la OMS, entre 2000 y 2050 el crecimiento de la población mundial mayor de 60 años se habrá más que triplicado, pasando de 600 millones a 2000 millones. La mayor parte de ese aumento se producirá en los países menos desarrollados, donde el número de personas mayores pasará de 400 millones en 2000 al 1700 millones en 2050. Aunque estas cifras no son nuevas y son, desde hace tiempo, del dominio público, muchos países no están implantando políticas y programas que les permitan hacer frente a este «tsunami gris».

Ese cambio demográfico tiene consecuencias importantes para los sectores de la salud, sociales y económicos de todos los países. Muchos de estos países pueden beneficiarse con una orientación sobre cómo avanzar con políticas y crear un sistema para abordar este fenómeno. Es esencial entender cómo utilizar las evidencias para concebir el programa para las personas mayores en un contexto nacional, ya sea para mantener activa una sociedad cada vez más vieja o para tratar el aumento de las enfermedades crónicas, la vivienda y otros elementos comunitarios y sociales de la tercera edad².

Poner El Conocimiento Adquirido En Práctica

El conocimiento adquirido gracias a las investigaciones y la experiencia sirve de poco si no se pone en práctica. Hay que cerciorarse de que la investigación sobre la salud de los mayores se traslada eficaz e inmediatamente a políticas y prácticas y que irá incrementándose a medida que vaya aumentando la edad de la población. Asegurarse de que se utilizan investigaciones y evidencia en la gestión, políticas y decisiones relacionadas con el sistema de salud representa uno de los retos importantes de este siglo.

La traslación del conocimiento ha surgido como un paradigma para responder a muchos de los problemas planteados por el desfase entre la teoría y la práctica, y para tratar de superar dicho desfase. La traslación del conocimiento se define como «la síntesis, intercambio y aplicación del conocimiento por parte de las partes interesadas correspondientes para acelerar los beneficios de la innovación mundial y local, reforzando los sistemas de salud y mejorando la salud de la población».

La OMS desempeña una función esencial en las actividades para mejorar la traslación del conocimiento y superar el desfase entre la teoría y la práctica. Teniendo en cuenta el amplio alcance de este problema en general, y en particular cuando se trata del envejecimiento y de la salud¹.

Uno de los grandes retos del envejecimiento de la población es la demencia, la pérdida progresiva de las funciones cognitivas causada por daños o desórdenes en el cerebro que incapacita a la persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Con el crecimiento de la esperanza de vida de las personas en las últimas décadas, este grupo de enfermedades ha aumentado de forma vertiginosa²⁵.

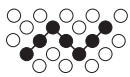
El Potencial De La Tecnología Para Empoderar A La Tercera Edad.

Hacia 2060, uno de cada tres europeos tendrá más de 65 años. El dato es un desafío importante para los gobiernos por el gasto socio-sanitario que implica, pero también, según opinan los altos directivos de la Comisión Europea, proporciona grandes oportunidades para las empresas del continente.

Estamos en una Revolución Digital que puede proporcionar más independencia y calidad de vida (a las personas de la tercera edad), pero también existe un riesgo. Quien no tenga habilidades digitales, no podrá beneficiarse de ella; por otro lado, el envejecimiento impactará en muchos sectores de la economía, que se podrían beneficiar de la innovación tecnológica para satisfacer las necesidades de la población de más edad.

Uno de los retos en esta Europa cada vez más envejecida es la falta de atención integrada a la población de más edad. En la mayoría de sistemas sanitarios los datos sobre atención social y los del historial clínico del paciente están separados y no se comparten³.

Según International Foundation for Integrated Care no hay una integración horizontal de los datos y, en consecuencia, la coordinación de actividades y la toma de decisiones se hace más difícil de lo que debería ser, para integrar las diferentes disciplinas y profesionales involucrados en la atención a las personas mayores, se necesita la tecnología más avanzada. Por un lado, para enlazar la información de los diferentes profesionales, y por el otro, para vincular los datos de las compañías aseguradoras, los médicos y otros proveedores de servicios, además de los datos proporcionados por los mismos pacientes a través de la salud móvil²³.



Introducción de Nuevas Tecnologías y APPs en Patologías Geriátricas y enfermedades NeuroDegenerativas.

El Móvil, Aliado Para Enfermos De Alzheimer y Sus Cuidadores

Según los cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se detectan 7,7 millones nuevos casos de demencia en todo el mundo y detrás del 70% está presente el Alzheimer como la causa más común de trastorno cognitivo. La enfermedad, que no tiene cura, ha ido en aumento en las últimas décadas por el envejecimiento de la sociedad. Actualmente más de 35 millones de personas padecen la enfermedad, según la OMS.

Las nuevas tecnologías y la implantación de teléfonos móviles cada vez más inteligentes están abriendo las puertas a la monitorización de pacientes con esta enfermedad. Además, la tecnología puede ser una herramienta para ayudar a los pacientes a mantenerse activos cognitivamente, a realizar tareas de la vida diaria y a comunicarse.

Desde hace años que se está trabajando en el desarrollo de juegos y ejercicios para mantener la capacidad cognitiva del enfermo, pero no para curarla, y de fácil acceso ya que el paciente las utiliza sin moverse de su entorno.

Las nuevas tecnologías de la información también están siendo de gran utilidad para los cuidadores, la mano derecha de los pacientes con demencia. Muchos afectados por demencia encuentran en las nuevas tecnologías y en las aplicaciones para dispositivos móviles una gran ayuda para hacer su día a día más fácil¹⁷.

Reto De Futuro: Aplicaciones Más Accesibles

Unos de los handicap de los desarrolladores es crear aplicaciones que sean fáciles de manejar por personas de la tercera edad ya que muchos pacientes y cuidadores no están familiarizados con las nuevas tecnologías.

Según los expertos, en 15 años el perfil de enfermo de Alzheimer experimentará un cambio y estarán acostumbrados a las tecnologías de la información.

Otro de los retos es adaptar la personalización de las rutinas y tareas que ofrecen las aplicaciones al perfil del paciente, en función de su profesión, familia o entorno así como unificar la multitud de aplicaciones que existen en el mercado en una sola⁶.

Se entiende por accesibilidad universal la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, de tal manera que sean comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible⁹.

La Mhealth Transforma La Tercera Edad En La Edad 3.0

Soledad, dependencia, enfermedades crónicas, etc. Son muchos los problemas que amenazan la calidad de vida de las personas a partir de una cierta edad. Después de toda una vida, de tener buenos momentos, superar algunos malos, plantearse retos, tener éxitos y fracasos, disfrutar de estos años es ahora más fácil. Sí, porque las personas mayores son uno de los públicos que la mHealth está conquistando. La salud móvil, de hecho, no solo tiene innovadoras soluciones que únicamente pueden utilizar las nuevas generaciones acostumbradas a la tecnología. La mHealth quiere ser una mejora en la salud y la vida de todo el mundo. Así, una de las batallas que la salud móvil está librando, sobre todo, en Europa, es a favor de un envejecimiento activo y saludable⁷.

Cabe destacar, en primer lugar, que la esperanza de vida en el viejo continente está creciendo, pero, conseguido este reto, ahora se trata de mejorar la calidad de vida durante estos años más que las personas vivimos, que se calcula con el indicador AVISA (Años de vida saludable, calculado con los datos de mortalidad de la Unión Europea y la información de encuestas realizadas vinculadas al tema). Según éste, actualmente,

Las personas dependientes se caracterizan por la pérdida de habilidades funcionales, que se definen como el conjunto de destrezas que se requieren para llevar una vida independiente¹⁵.

Pedro Maldonado Maldonado

del total de años que una persona vive, los últimos 15 (en el caso de los hombres) o bien los últimos 20 (en el caso de las mujeres) no se disfruta de la misma calidad de vida que anteriormente, sino que se va perdiendo progresivamente por diversos motivos. Además, se espera que en quince años, la proporción de personas mayores en todos los países de la Unión Europea sea del 24%⁸.

De esta forma, existen plataformas, aplicaciones y hasta software destinados a hacer que la gente mayor y las nuevas tecnologías sean grandes aliados para hacer más fáciles estos 15- 20 años, y sobre todo, para conseguir que se puedan disfrutar al máximo.

Los principales temas en los que se trabaja son el impulso del uso de estas tecnologías para cuidar de uno mismo, para gestionar enfermedades, hacerles seguimiento y monitoreo a distancia (por parte de profesionales), y, para que los anteriores tengan éxito, la adaptación natural de las personas mayores al uso de estas nuevas soluciones. Con estos objetivos, pues, también existen plataformas dedicadas a la investigación y al impulso de estas nuevas soluciones.

Las TICs permiten a la gente mayor empoderarse para poder tomar decisiones sobre su salud y cuidado. De hecho, la mHealth para gestionar enfermedades se traduce en muchas y diversas soluciones en forma de aplicaciones, dispositivos y hasta robots¹⁴.

Estudio de Aplicaciones y Dispositivos para la Mejora de la Calidad de Vida de Pacientes con Trastornos Mentales

Las enfermedades mentales son la principal causa de discapacidad a nivel mundial, y esto ocasiona un gran impacto social, un significativo deterioro cognitivo y físico en la persona y un importante debilitamiento de los actuales sistemas de salud. Todo esto pone de manifiesto la importancia del diseño, desarrollo e implementación de aplicaciones y dispositivos que ayuden a mejorar la calidad de vida del paciente con trastornos cognitivos. Este artículo investiga y analiza algunas aplicaciones tecnológicas en este campo y cómo ellas contribuyen a mejorar la situación de los tres agentes involucrados en este escenario: pacientes, sociedad (familiares, médicos, cuidadores, etc.) y el sistema de salud.

La discapacidad juega, hoy en día, un papel fundamental a la hora de establecer el estado de salud de las personas

o los costes que genera mantenerlo en niveles óptimos. Los trastornos mentales, dada su mayor cronicidad en referencia a otras patologías, explican, por sí solos, más del 15% del total de cargas por enfermedad en las economías desarrolladas de mercado.

Según datos de la OMS algunas enfermedades mentales, como el trastorno depresivo, los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, los trastornos bipolares, la esquizofrenia, el Alzheimer y otras demencias, y el Parkinson, se encuentran entre las enfermedades más frecuentes en el mundo.

La gran implantación de las TICs en nuestra vida cotidiana ha hecho que los pacientes ya cuenten con la experiencia previa necesaria para beneficiarse de estos tratamientos tecnológicos. Esto ha permitido que los pacientes se adapten rápidamente a los tratamientos que incorporan nuevas tecnologías ya que, además, suelen ser de fácil uso y el médico siempre muestra al paciente cómo debe utilizar dichas herramientas⁵.

1. Aplicaciones Software

Los tratamientos psicológicos han logrado grandes avances en los últimos años, y en este sentido, hay que subrayar el papel desempeñado por las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs). El rápido avance en el desarrollo de TICs, y la creciente investigación de sus aplicaciones en psicología clínica nos permitirá contar con un número cada vez mayor de herramientas terapéuticas que pueden ayudar a mejorar los tratamientos psicológicos.

En este apartado se hará un recorrido por los distintos programas, aplicaciones y nuevas tecnologías que han sido desarrollados específicamente para personas con trastornos mentales, con el objetivo de ayudarles en su rehabilitación, facilitarles su vida diaria o, simplemente, proporcionarles una vía de ocio adaptada a sus necesidades para procurarles, en definitiva, una mejora sustancial de su calidad de vida¹¹.

1.1. Telepsicología

Una de las primeras terapias basadas en TIC en surgir fue la telepsicología. La telepsicología fue definida por Brown (1998) como “el uso de las tecnologías de telecomunicación para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de la salud mental con fines diagnósticos y de tratamiento. Es, por tanto, una atención especializada que se realiza a través de las TIC y que se caracteriza por el contacto sin límite espacial

Introducción de Nuevas Tecnologías y APPs en Patologías Geriátricas y enfermedades NeuroDegenerativas.

ni temporal, y el contacto virtual. plantean que el rápido desarrollo de Internet y las TIC han tenido un gran impacto en la psicoterapia en los últimos años; y que los psicoterapeutas se interesan más por las nuevas herramientas tecnológicas.

1.2. Realidad Virtual

La Realidad Virtual (RV) es la tecnología más utilizada en el tratamiento de trastornos mentales, sobre todo para el caso de los trastornos de ansiedad, debido al gran abanico de posibilidades que ofrece y a los beneficios que proporciona respecto a las terapias tradicionales, se utilizan diversos dispositivos y programas, dando lugar a su vez a diferentes formas de RV, en función del hardware y software utilizado.

1.3. Realidad Aumentada

El uso de sistemas de Realidad Aumentada (RA) es una línea de investigación novedosa y reciente en el campo de las nuevas tecnologías y de la Psicología Clínica. La RA consiste en incorporar elementos virtuales en el mundo real, por lo que a diferencia de la Realidad Virtual, que sustituye completamente a la realidad, la RA la complementa.

2. Dispositivos Hardware

Diseñados específicamente para ayudar a superar algunas de las discapacidades o limitaciones que estas enfermedades causan sobre quienes las padecen.

2.1. Teleasistencia

Un servicio que, a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones específico, permite que los usuarios, ante situaciones de emergencia y con solo pulsar un botón. La mayor parte del hardware relacionado con los trastornos mentales y cognitivos está dirigido al ámbito de la teleasistencia domiciliaria⁴.

2.2. Los robots, ¿Cuidadores del futuro?

El potencial de la robótica en la asistencia a las personas mayores se perfila como una potente herramienta para apoyar a las personas mayores y empoderarlas para que vivan más tiempo con más autonomía. Esta realidad se está extendiendo a otros países y progresivamente va creciendo el número de iniciativas en el campo de la robótica para asistir a las personas de la tercera edad.

Además, encontramos otros proyectos innovadores en este ámbito tecnológico.

- SRS Sistema robótico Multi-Rol “Shadow” para la vida independiente.
- Florence Robot móvil multi-objetivo para Ambient Assisted Living.
- Robot-Era Implementación e Integración de Sistemas robóticos avanzados y entornos inteligentes para el envejecimiento de la población en escenarios reales.
- UTARI centra su investigación en la robótica de asistencia.
- APR (Universidad de Lleida) Un robot para asistir a los ancianos en todos estos aspectos. Con forma y medidas humanas, está formado por sensores y videocámaras que lleva integrados, así, podrá ayudarles a caminar, a levantarse si se caen y a buscar a una persona dentro de una casa cuando hace rato que nada se sabe de ella.
- GiraffPlus un robot desarrollado para ayudar a las personas mayores en tareas cotidianas y para que puedan mantener el contacto con sus personas queridas. El robot lleva sensores incorporados que controlan la actividad y el estado de salud de la persona mayor¹⁹.

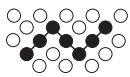
El Impulso De La Mhealth En La Tercera Edad

Para conseguir este reto, todos estos proyectos no van solos, sino que funcionan de la mano de diversas plataformas dedicadas a impulsarlos y a fortalecer esta red.

De esta forma, la calidad de vida en la tercera edad será, cada vez más, una realidad. Gracias a la mHealth, el camino hacia unos años de tranquilidad, salud y ocio puede ser un poco más llano, transformando la tercera edad en la edad 3.0.

Esta es la principal tarea del AGE Platform Europe y de la AAL, quienes han conseguido movilizar casi 600 millones de euros para la investigación aplicada a soluciones TIC para el envejecimiento, entre los estados que participan, la Comisión Europea y el sector privado¹⁸.

También es éste el objetivo del Proyecto HAPPI, que se plantea vincular a los principales proveedores de salud pública para que puedan trabajar juntos para detectar e impulsar soluciones innovadoras y sostenibles que fomenten un envejecimiento saludable. Para conseguirlo, este proyecto trabaja mediante un



Pedro Maldonado Maldonado

Consortio de organizaciones y expertos en innovación dedicados a detectar y evaluar los productos y servicios destinados a un envejecimiento saludable.

El proyecto ACTing, por su parte, quiere capacitar a agentes sociales que trabajen con personas mayores para promover el envejecimiento activo mediante las TIC. No se trata sólo de enseñar a las personas mayores a utilizar las nuevas tecnologías, sino también de que se den cuenta de que pueden ser una herramienta de gran utilidad en su día a día y que las incorporen en su rutina de una forma natural y no forzada.

El proyecto Vincles (Ayuntamiento de Barcelona), la tecnología para las personas mayores, fomentando un envejecimiento activo y saludable. Dedicado a las personas mayores, quiere evitar el aislamiento con una red de apoyo público (donde hay tanto familia como amigos o voluntarios) que trabajan con una tablet o un smartphone, y puede mejorar la seguridad y la independencia de los ancianos²⁶.

El proyecto Living it Up, un proyecto de salud y bienestar digital de la NHS escocesa, es promocionar un estilo de vida saludable a través de las nuevas tecnologías e impulsar la provisión de servicios de salud de forma digital²⁸.

Prescripción De Links Y De Aplicaciones Móviles Fiables Y Seguras, ¿Estamos Preparados Para Este Nuevo Reto?

Justificación de Estudio. Situación Actual De La E-Sanidad

Internet se está convirtiendo en una fuente donde los pacientes y profesionales de la salud buscan información de manera habitual. Esta realidad seguramente esté motivada por la mayor universalidad del acceso de los últimos años. Además respecto al uso de la telefonía móvil, la descarga de aplicaciones móviles (Apps) constituye una de las prácticas más frecuentes.

Según el estudio, “Los Ciudadanos ante la e-Sanidad”, elaborado por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, en el que se analizan las opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario, el 48,3% de internautas utilizan Internet como fuente de información para temas de salud. Principalmente son mujeres con un

El Centro Nacional de Tecnologías de la Accesibilidad (CENTAC) es una organización cuyo objeto es promover el desarrollo de las tecnologías de accesibilidad en todos los ámbitos posibles²⁴.

rango de edad de entre 25 y 49 años.

Un 29,7% de los internautas que buscan información en Internet lo hacen antes de una consulta médica, el 71% la comparte con su médico durante la consulta y el 54,6% de internautas lo hacen tras asistir a la consulta.

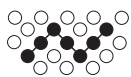
Respecto de la información consultada, principalmente, se buscan contenidos relacionados con enfermedades, su tratamiento o prevención. Sin embargo entre los inconvenientes que encuentran los ciudadanos están la falta de fiabilidad (54,4%) y el riesgo a una mala interpretación de la información obtenida (28,7%). De hecho, el médico (profesional sanitario) sigue siendo la fuente en la que más confían los ciudadanos (un 88,1% frente a un 29,9% de Internet)¹⁶.

Acceso a Información Sobre Salud Fiable y Segura

Pero este aumento en el acceso a la información a través de Internet conlleva ciertas situaciones paradójicas. Un exceso de información, lejos de ayudar, puede confundir al ciudadano pudiendo provocar una intoxicación informativa, denominada infoxicación. A esto debemos sumar, la ausencia, en muchos casos, de filtros que permitan separar la información fiable de la que no lo es, pudiendo llevar a los ciudadanos a conclusiones erróneas sobre un determinado aspecto de salud.

En lo que respecta a los profesionales sanitarios, estos son los que deben asumir el rol de transmitir a los pacientes enlaces a lugares Web en los que su contenido esté derivado de resultados de investigación (fuentes verificadas, basadas en evidencias y con resultados probados) consiguiendo así implantar buenas prácticas relacionadas con la educación sanitaria del paciente.

Por otro lado, debemos señalar que los propios pacientes son los que demandan que sean los profesionales sanitarios los que se impliquen en este asunto. Hasta en un 72,8% de las ocasiones se desearía que el médico (u otro profesional sanitario) recomendase recursos en Internet en los que consultar información sanitaria (páginas Web, foros, etc.); e incluso, para un 71,9%



Introducción de Nuevas Tecnologías y APPs en Patologías Geriátricas y enfermedades NeuroDegenerativas.

sería interesante que el médico gestionase un blog o página Web con consejos e información sobre salud.

En la actualidad, la brecha digital es demasiado grande. En las organizaciones sanitarias conviven profesionales que manejan con soltura herramientas 2.0, que acceden a información científica por diferentes vías y que, incluso, se relacionan con los pacientes a través de la Red, con otros profesionales que ni tan siquiera utilizan de manera habitual el correo electrónico.

Por otro lado, y a pesar de los esfuerzos de las organizaciones, las competencias en investigación, lectura crítica o práctica basada en evidencias, continúan siendo escasas, por lo que si el consumo de literatura científica es mínimo por parte de los profesionales, quizás la identificación de lugares rigurosos, fiables y de calidad en la red, también puede resultar complicado. A la suma de estas dos cuestiones, debemos añadir otra más: la lentitud en la modernización de las organizaciones sanitarias.

Otro aspecto a resaltar y que nos permite hacernos una idea de lo complejo que es garantizar la fiabilidad y seguridad de la información que se puede encontrar en Internet es la creación de diferentes sellos provenientes de distintas organizaciones. Por citar algunas, la Health on the Net Foundation o la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía o la , poseen sistemas para otorgar los sellos que acreditan la existencia de determinados aspectos dentro de un sitio Web o APP, que de cumplirse, indicarían que este sitio Web o aplicación es fiable, lo que puede ser un buen punto de partida²⁰.

La Revolución de las Aplicaciones Móviles y la Salud

En los últimos años se está produciendo una auténtica revolución en el uso de los dispositivos móviles. Los smartphones (o teléfonos inteligentes) y las tablets (o tabletas electrónicas) están cambiando la forma en que las personas consumimos la información y nos comunicamos. Y lo están haciendo a través de las conexiones de datos móviles, que nos permiten estar conectados a Internet en cualquier momento y lugar, y más recientemente a través de las apps o aplicaciones.

Lo que ahora conocemos como Apps, no es más que el diminutivo de aplicaciones móviles, programas de software diseñados de forma específica para estos dispositivos y que nos ofrecen una solución o

función determinada. El crecimiento en el número de aplicaciones está siendo exponencial. Según las últimas estimaciones estaríamos hablando ya de alrededor de 1 millón de aplicaciones que podemos descargar para nuestros dispositivos.

La salud es uno de los campos que más se está beneficiando de esta revolución y cada día están surgiendo nuevas aplicaciones con el fin de ayudarnos a mejorar nuestro bienestar, aumentar la información que tenemos de aspectos relacionados con nuestra salud o para mejorar la gestión y el control de distintas enfermedades.

Estamos hablando ya de miles de aplicaciones disponibles etiquetadas o relacionadas con la salud. Solo en la AppStore española hay más de 7.000 aplicaciones sobre salud, aunque como veremos no todas sirven para lo mismo²¹.

Prescripción de links y de Aplicaciones (Apps) sobre Salud

Habitualmente, las organizaciones sanitarias poseen diferentes recursos que están dispersos, y que ni el ciudadano ni el profesional sanitario conocen. Un repositorio común permitiría construir un punto de convergencia que centralice la información y optimice la difusión de los mismos. Se conseguiría así un doble objetivo, por un lado la existencia de un lugar de referencia para los ciudadanos con información fiable y por otro lado a los profesionales clínicos, tras una formación específica, se les facilitaría esta nueva intervención clínica, ya que solo necesitarían recordar un único sitio Web en lugar de múltiples sitios, pero siempre con un compromiso y respaldo institucional que garantice la fiabilidad y vigencia de sus contenidos.

En el caso de las Apps, un buen ejemplo a nivel europeo sobre la recomendación de este tipo de recursos los constituye el primer Directorio Europeo de Apps de Salud, que recoge 200 aplicaciones evaluadas por asociaciones de pacientes.

La prescripción de links o Apps sobre salud debería ser a corto o medio plazo una realidad. Es una práctica fácil, sencilla y que puede incorporarse fácilmente en los documentos clínicos habituales que se realizan tras la asistencia a un paciente: informes de continuidad de cuidados, informes médicos de alta, etc, pero para ello debe existir un compromiso institucional que respalde estas iniciativas y provea de herramientas a los clínicos para poder llevarlas a cabo.

Pedro Maldonado Maldonado

Desde el punto de vista de la práctica enfermera, la utilización de prescripción de APPs puede ser un complemento muy acertado en una de sus principales actividades:

- Educación para la salud: posibilidad de incorporar recursos multimedia y disponibilidad las 24 horas del día.
- Disponer de un abanico de instrumentos e intervenciones clínicas que complete tanto a la prescripción médica como a la farmacológica.
- Evaluar el impacto en términos de resultados en salud tras la aplicación de prescripción de links con la combinación del resto de prescripciones, generando así un cuerpo de evidencias que avale la efectividad de este tipo de intervenciones y de sus distintas combinaciones.
- Desarrollo de Intervenciones clínicas enfermeras, tales como la Nursing Intervention Classification.
- Ley de Cuidados Inversos 2.0. (la relación inversa que existe entre la necesidad de buena atención médica y la necesidad que se tiene de ella) y la utilización de este tipo de recursos como un complemento más en nuestras intervenciones clínicas.

Los objetivos básicos que perseguimos con esta nueva práctica se relacionan con dos aspectos esenciales: el empoderamiento de los ciudadanos ante su salud y la potencial oportunidad que se nos brinda de poner al ciudadano como eje del sistema acercando de igual a igual a ciudadanos, administración y profesionales²⁷.

La Regulación Del Mercado De Las Aplicaciones

Este crecimiento espectacular en el número de aplicaciones no está siendo acompañado de ninguna medida de control de tipo sanitario, ya que lo único que se exige por parte de los markets a los desarrolladores de aplicaciones es que cumplan con los mismos requisitos que el resto de aplicaciones, y no se les pide ningún aval o garantía de calidad de salud.

Sea como fuere, en estos momentos los usuarios realmente no sabemos si las aplicaciones que nos estamos descargando son realmente útiles y fiables.

Países como Reino Unido y Estados Unidos están dando pasos en la dirección de organizar o regular las aplicaciones que puedan estar relacionadas con la salud, de la misma forma que ya lo hacen con otros dispositivos médicos²².

El Marco Regulatorio

La regulación de las aplicaciones móviles puede sufrir exceso de regulación, que a la larga puede dejar de ser efectiva porque los usuarios se pueden descargar apps de otros países. Lo más importante es que se regule a quien van dirigidas las apps (por ejemplo, una app puede no ser útil para mujeres embarazadas pero puede servir para otro sector de la población).

La regulación de las apps médicas y de salud está aún en proceso de desarrollo. Para la Comisión Europea, las apps de salud y bienestar pueden incluirse dentro de la definición de dispositivos médicos y si siguen la normativa pueden obtener un certificado oficial.

Una mayoría de expertos apuntan que con el tiempo se deberá establecer un marco de regulación propio para las apps de salud, especialmente cuando empiecen a integrarse en los sistemas sanitarios y sean reembolsadas por las compañías aseguradoras. En los Estados Unidos, la FDA ha establecido una definición de apps médicas, o la Biblioteca de Apps de Salud del NHS (Servicio de Salud del Reino Unido) y han expresado la intención de regular “el pequeño porcentaje de apps móviles que se pueden incluir en la definición de dispositivo médico”¹⁰.

Por tanto, se está demostrando que la sanidad auto-gestionada, guiada por profesionales con el apoyo de aplicaciones móviles, será el futuro.

En España existen algunas iniciativas al respecto, como la de la Agencia de Calidad del Servicio Andaluz de Salud, pero no hay ninguna regulación general a nivel estatal.

Guía de recomendaciones para el diseño, uso y evaluación de aplicaciones móviles de salud en entorno web:

- Concienciación y formación de la ciudadanía sobre aquellos aspectos que debe tener una app de salud para que sea segura y fiable.
- Creación de comunidad en torno a esta iniciativa, contando con la dinamización a través del portal y de canales en redes sociales.
- Reconocimiento de aplicaciones móviles de salud para su uso de forma fiable y segura, minimizando riesgos³⁰.

Introducción de Nuevas Tecnologías y APPs en Patologías Geriátricas y enfermedades NeuroDegenerativas.

¿Qué criterios debemos tener en cuenta para fiarnos de una app de salud?

El primer criterio que se plantea es diferenciar las apps entre clínicas y “no clínicas o informativas, es importante saber si una aplicación móvil de salud ayuda al diagnóstico o valoración de un profesional sanitario o simplemente aporta información genérica y se diferencia entre criterios clínicos y tecnológicos.

La necesidad de que incluya una información clara sobre su base científica y si existe algún conflicto de interés en los autores y estos deben ser visibles y reconocibles. Esta información debe estar disponible antes de descargarse, sobretudo en aquellas que son de pago. Además en las apps deben reflejarse guidelines y criterios científicos válidos reproducibles.

En los casos en que las apps acompañen al diagnóstico deberían pasar ensayos clínicos aleatorizados como cualquier tecnología sanitaria para demostrar su efectividad. Se propone por otra parte que no tenga posibilidad de dañar. Los organismos oficiales FDA y CE aportan estándares pero no entran en eficacia, efectividad, etc..

Criterios tecnológicos:

Es importante tener en cuenta la usabilidad de las mismas aunque será el usuario final el que decida si les resultan útiles o no en función del número de descargas y uso. La seguridad en las apps que contengan datos clínicos deben someterse a la LOPD,

Para acreditar una app debería revisarse cada cierto tiempo y tener en cuenta la evolución de descargas y uso como criterio de calidad pasado el tiempo.

Los que deben pagar las acreditaciones son los desarrolladores que quieran aval. Otras opiniones son quitar las nocivas y dejar que el libre mercado actúe.

Acreditación de las apps de salud:

Parece haber consenso en la necesidad de clasificar las aplicaciones móviles de salud según su función: informativa (promoción y hábitos de salud), diagnóstica, terapéutica, etc.

Para las informativas no existe necesidad de certificación, pero sí otras alternativas como:

- Cumplir con criterios y recomendaciones (elaborados por entidades independientes o expertos).
- Aavales por instituciones reconocidas en el mundo sanitario.
- Validación por parte de profesionales de la salud

Cuando nos referimos a apps “clínicas” o de uso profesional (diagnósticas y terapéuticas), se proponen diversas vías:

- Sociedades científicas: para otorgar aavales científicos y filtrado de las apps según su especialidad.
- Agencias de evaluación tecnológica: estatales y dependientes de autoridades sanitarias.
- Certificaciones de entidades independientes: que agrupen las apps certificadas en una appstore sanitaria.

Finalmente las apps certificadas deberán ser las que puedan incorporarse a la historia clínica electrónica, ya que, al igual que con las webs, los profesionales irán hacia la prescripción de apps si les son útiles para mejorar la atención a sus pacientes¹².

Normativa legal, recomendaciones o sellos de calidad

- La directiva 2012/0266 que va a regular los “medical devices” incluye de forma implícita las apps de salud. ¿Deben todas las apps que ayuden al diagnóstico y estén incluidas en el ámbito de dicha directiva solicitar una autorización oficial previa a su comercialización?
- Las apps de salud son como los medicamentos y por ello requieren el mismo tipo de control previo y posterior.
- Certificación por empresas de control, listas de apps recomendadas (tras la revisión por algún ente público o certificador). Además de sellos de calidad o las recomendaciones de sociedades científicas en el caso de apps de una especialidad concreta.
- Las webs de información sanitaria que no han seguido ningún tipo de control salvo el caso de los sellos (al estilo Honcode o WMA).

Pedro Maldonado Maldonado

Beneficios y riesgos de las aplicaciones en salud

Los dos grandes grupos de aplicaciones en salud que pueden afectar al acto asistencial clínico para los sanitarios son aquellas apps que ofrecen información al paciente o que ofrecen información al profesional.

En los dos grupos de aplicaciones está produciéndose un aumento rápido, posiblemente muy rápido, del número de las mismas que se encuentran a disposición del consumidor en las tiendas virtuales de apps tanto oficiales como no oficiales.

Existen grandes ventajas y algunos inconvenientes en esta explosión de mercado.

Ventajas:

Para el usuario:

- Acceso a información y formación en temas relacionados con su salud. Empoderación de pacientes. e-pacientes.
- Consulta rápida de temas o dudas concretos que pueden ser solucionados sin necesidad de consulta a un profesional sanitario.
- Localización y facilitación de acceso a recursos en salud (localizadores de farmacias de guardia o servicios de urgencia) o de profesionales sanitarios.
- Monitorización de variables en domicilio. Pacientes crónicos.
- Posibilidad de realizar tratamientos domiciliarios (telerehabilitación a través de sistemas Kinect).
- Aumento de seguridad en la toma de medicación.
- Contacto en red con otras personas en su misma situación.

Para el profesional:

- Acceso a información concreta de forma rápida en consulta facilitando la toma de decisiones.
- Herramientas para crear una nueva relación profesional sanitario-paciente basada en la toma de decisiones compartidas.
- Posibilidad de disponer de herramientas fuera de la consulta o del centro médico (domicilio del paciente, consultorios rurales o servicios de urgencias móviles).
- Posibilidad de comunicación: sanitario-paciente o sanitario-sanitario.

Inconvenientes:

- Riesgo de toma de decisiones erróneas: contenidos no veraces o no actualizados.
- Dependencia de un terminal más que del propio conocimiento.
- Riesgo de vulneración de la confidencialidad en caso de pérdida o extravío de sistemas con almacenamiento de datos particulares.

Para salvar los inconvenientes se proponen en diferentes medios algunas soluciones:

Adecuación de sus contenidos a la realidad del conocimiento sanitario actual²⁹.

Informe de las mejores Apps de Salud

La irrupción de la mHealth a nivel mundial es ya una realidad. Según el último estudio del IMS (Institute for Healthcare Informatics), son ya más de 40.000 las apps de salud y medicina que se pueden descargar desde las diferentes app stores. Constituyen la tercera categoría con mayor crecimiento, sólo después de juegos y utilidades, y se espera que su presencia crezca un 23% anual en los próximos cinco años.

La conjunción de Internet, movilidad, transportabilidad, ubicuidad y tacto han modificado en poco tiempo la neurobiología de los procesos de información, educación, gestión y relación social. La salud móvil, dos palabras que unidas nadie pronunciaba hace muy pocos años (se hablaba de telemedicina y de eHealth), se está transformando en uno de los pilares básicos de la sanidad en todas partes, incluidos los países en vías de desarrollo. "Everywhere, everytime, everyone".

Research2Guidance, en su informe del Mercado Móvil de Salud 2011-2016, muestra que en 2012, unos 247 millones de los usuarios de smartphones se descargaron al menos una aplicación de mHealth, casi el doble que el año anterior. De hecho, en 2015 un tercio de los usuarios de smartphones tendrá instalada al menos una app de salud.

Por otro lado, la mayor parte de las aplicaciones desarrolladas hasta ahora no se corresponden con las áreas de mayor gasto sanitario, como las relacionadas con las enfermedades crónicas. Parece que esta tendencia va a cambiar, ya que en base al último informe de PricewaterhouseCoopers (PwC), *Touching lives through Mobile Health* (2012), se estima que en 2017 las herramientas para monitorizar

Introducción de Nuevas Tecnologías y APPs en Patologías Geriátricas y enfermedades NeuroDegenerativas.

las enfermedades crónicas supondrán el 65% del mercado global de la mHealth. La diabetes será el área terapéutica con el mayor potencial de negocio, seguida por las enfermedades cardiovasculares. Por su parte, los servicios de diagnóstico ocuparán el 15% y en tercer lugar, las apps relacionadas con los tratamientos médicos supondrán un 10% del mercado¹³.

Cambio De Relaciones y Procesos

Cada vez hay más profesionales sanitarios que utilizan los smartphones y tablets como herramienta de trabajo. Y es que las apps tienen muchas utilidades en la relación médico-paciente, ya que facilitan la comunicación y el tratamiento de las enfermedades, sobre todo en aquellas de tipo crónico. El paciente puede ir incorporando los síntomas que percibe (estado de ánimo, dolor, fatiga, etc.) o determinados niveles (presión arterial, glucosa, etc.) de forma periódica y en cualquier momento y lugar, lo que permite un fácil seguimiento por parte de su médico. Por otro lado, las apps permiten una mejor gestión sanitaria (petición de citas, consultas entre especialistas, el acceso al historial médico, etc.), así como el ahorro en costes y optimización de procesos, repercutiendo directamente en la mejora de la calidad asistencial.

Los soportes en los que se fundamentan la mHealth cuentan con una capacidad de manejar datos como nunca se ha tenido en sanidad. Si se respeta escrupulosamente la privacidad de las personas, se abre una perspectiva formidable para acceder a una información muy útil en el estudio de estadísticas, prevalencia y actitudes frente a numerosos aspectos biomédicos, imprescindibles en el diseño de cualquier estrategia sanitaria a medio y largo plazo²⁶.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistematizada a través de la consulta de descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) de la Biblioteca Virtual en salud. Como resultado hemos utilizado los descriptores: *Geriatría*, *Salud Mental*, *APP*, *Salud Móvil*; (*Geriatrics*, *Mental Health*, *APP*, *Mobile Health*).

Dichos descriptores, fueron utilizados para determinar la estrategia de búsqueda, conectados entre sí, con el operador booleano- and-. Se utilizó un lenguaje controlado, con una búsqueda avanzada en resumen

y título de los artículos. La búsqueda avanzada se completó utilizando filtros en el año de publicación (artículos a partir del año 2010) e idioma, en aquellas bases de datos que contenían dicha opción de filtro.

Las bases de datos utilizadas son: Scielo, Pubmed, Gerión y Google Académico durante los 6 últimos meses hasta Septiembre de 2015.

Los criterios de inclusión utilizados son:

- Artículos posteriores al año 2010
- Artículos en inglés y español.
- Artículos cuyos objetos de estudio sean mayores de 65 años.

Este trabajo tiene como principal objetivo conocer el estado actual de las aplicaciones móviles de salud, en el marco de la Health, que existen en español y en inglés, analizando sus funcionalidades, temáticas y aportaciones al sector de la salud, para seleccionar todas aquellas que sean destacables en nuestro ámbito laboral en centros Residenciales para Ancianos aquejados de enfermedades Crónicas incapacitantes así como en las enfermedades Psiquiátricas que también afectan en los parámetros estudiados.

Fuentes de Información:

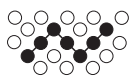
La recogida de información se realizó de la siguiente forma: Por una parte se ha llevado el siguiente procedimiento:

• Primera fase:

durante el último semestre de 2015 se ha realizado una intensa búsqueda de las apps de salud fundamentalmente de los "app markets", así como de noticias de impacto publicadas en los medios de comunicación, informes ya publicados, bancos de apps y redes sociales.

Nos hemos centrado en las aplicaciones sobre salud y medicina, excluyendo aquellas relacionadas con el deporte o estilos de vida, aunque sí se han incluido apps que tratan sobre actividad física pero que tienen un fuerte componente de salud, como es el caso de Endomondo o Nike +.

Segunda fase: una vez localizadas todas las apps, se ha realizado un proceso de selección de aquellas más relevantes, teniendo en cuenta los siguientes criterios:



Pedro Maldonado Maldonado

- a) Contenido Riguroso y de Calidad.
- b) Diseño y Experiencia de uso.
- c) Utilidad para el público al que va dirigido (personas de edad avanzada y/o con patologías neurodegenerativas y las propias de la edad avanzada).

Tercera fase: hemos elaborado fichas de las aplicaciones seleccionadas, incluyendo:

- a) Los principales datos identificativos de cada una de ellas: nombre y link de acceso a su web (o, en caso de no tener página específica, a su ubicación dentro de la app store), plataformas en las que se ha desarrollado.
- b) Breve texto descriptivo, en donde se incluyen datos más cualitativos, como su finalidad, el público y/o personal del ámbito sanitario al que va dirigida, utilidad, etc.

La información que figura en las fichas corresponde a los datos recogidos hasta Septiembre de 2015.

Se han establecido 4 categorías intentando abarcar grandes áreas de estudio y funcionalidad de la app:

Información:

las que tienen como principal función aportar información completa y detallada y utilidad sobre dichas patologías o áreas de especialización médica, ya sea en formato texto, imagen o vídeo, aportando, además datos y valor para el profesional sanitario.

Registro, monitorización y Herramientas:

las que se centran en el registro de parámetros físicos, así como el registro y seguimiento de constantes vitales de determinada actividad o comportamiento por parte del usuario, apoyo al paciente para mejorar su adherencia al tratamiento o tener un control sobre cómo está llevando el mismo.

Patologías Geriátricas:

aquellas especialmente destinadas a enfermedades de Demencia tipo Alzheimer o procesos degenerativos, como es el caso del Parkinson.

Patologías Psiquiátricas:

que por su especial tipología conlleven la pérdida de funciones cognitivas y/o comportamentales.

Hemos planteado tres áreas bien diferenciadas a la hora de mostrar las apps en la infografía, atendiendo a la siguiente clasificación:

- Apps con contenido más científico dirigidas fundamentalmente a profesionales de la salud.
- Apps que tienen un amplio contenido médico pero que están concebidas para servir de apoyo a pacientes y familiares/cuidadores en el proceso de una enfermedad o problema médico.
- Apps con contenido más generalista que facilitan la labor de la prevención primaria y el cuidado de la salud, dirigidas a la sociedad en general.

APLICACIONES: Tipos de aplicaciones:

APLICACIONES DE SALUD PARA USUARIOS

Las aplicaciones relacionadas con la salud más descargadas son las que se dirigen a la modificación de conductas y adquisición de hábitos saludables

Ejercicio

Lo que permiten estas aplicaciones es registrar nuestra actividad física como salir a pasear, correr, o andar en bicicleta y así poder saber en todo momento la distancia recorrida, velocidad, así como gasto calórico.

Dieta

Desde consejos sobre alimentación sana hasta aplicaciones que te permiten saber las calorías de los alimentos ingeridos, así como recomendaciones para una dieta equilibrada.

Control De Salud

Herramientas para aportar información y control de enfermedades crónicas, tanto para usuarios como para profesionales de la salud.

Herramientas

Herramientas interactivas tales como cuestionarios, calculadoras, evaluaciones...

Enfermedad Degenerativa

Afección generalmente crónica, en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo (Parkinson, Alzheimer).



Introducción de Nuevas Tecnologías y APPs en Patologías Geriátricas y enfermedades NeuroDegenerativas.

Enfermedad Psiquiátrica

Alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo

APP	Descripción	Usuario
EJERCICIO	App para el asesoramiento y guía durante la práctica deportiva	Para personas con autonomía conservada que sean capaces de realizar ejercicios físicos
DIETA	App para control y recomendaciones sobre alimentos y/o dietas	Para personas que por su patología de base requieran de un control para el mantenimiento de la salud o pérdida de peso.
CONTROL SALUD	Aplicaciones que incluyen el control y/o registro de constantes vitales	Para que pacientes y/o profesionales puedan llevar un control recíproco de los datos
HERRAMIENTAS	Herramientas para recordar la toma del tratamiento farmacológico, o en general, que facilitan el día a día de los usuarios	Para que pacientes y/o profesionales usen gadgets aplicables a la mhealth
ENFERMEDAD DEGENERATIVA	Orientado a personas de avanzada edad y/o con las patologías más comunes en dicho grupo de edad	Para pacientes, según su estado de salud, profesionales y/o cuidadores lleven un control y mejora de los cuidados de éstos
ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	Aplicaciones referentes a la Salud Mental en sus diversas acepciones.	Para pacientes según su estado neurológico y/o profesionales mejoren estado cognitivo y/o emocional

OBJETIVOS

Dado el gran potencial de estas tecnologías y dispositivos para su aplicación en el ámbito de los tratamientos de las patologías geriátricas y los trastornos mentales, el Objetivo Principal es realizar una búsqueda y revisión de las APP usadas en el campo sanitario y de la salud en general, y en las Patologías Geriátricas en particular, y aquellas que cursan con deterioro cognitivo y/o neurodegenerativo.

Objetivos Secundarios:

- Dar a conocer a los profesionales de la salud mental las ventajas y oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías en el tratamiento de los trastornos mentales para favorecer su adopción.

Pedro Maldonado Maldonado

- Optimizar sistemas ya existentes y disminuir los costes asociados para ofrecer soluciones accesibles a un mayor número de pacientes.
- Trabajar y seguir investigando en nuevos dispositivos y aplicaciones para incrementar el número de tratamientos y el número de enfermedades a los que van dirigidos.
- Avanzar en la estandarización de los dispositivos y aplicaciones, para facilitar la integración de distintas soluciones y la interoperabilidad entre sistemas.
- Desarrollo de más soluciones Open Source para posibilitar su uso en cualquier dispositivo y evitar problemas de interoperabilidad.
- Perfeccionar la integración y el funcionamiento de los dispositivos y aplicaciones que forman parte del concepto de Ambien Assisted Living, logrando un sistema global que permita a personas dependientes vivir solas en su propio hogar.
- Adaptación del Sistema Sanitario para dar soporte a nuevos servicios como la teleasistencia o la telepsicología.
- Tener acceso a información de salud que sea útil, rigurosa y relevante.
- Promover y dar soporte a estilos de vida independientes y a la mejora de la salud y el bienestar.
- Proveer múltiples rutas de acceso, incluyendo la red, la televisión y los smartphones.
- Personalizar los servicios, información, productos y actividades que se ofrecen para que se adapten a los intereses del usuario.
- Crear y mantener relaciones con la familia, amigos, vecinos, comunidades locales y profesionales.
- Dar apoyo a la gente para que puedan sacar beneficio de su comunidad.
- Estimular la riqueza creativa y la innovación mediante la promoción de nuevos productos, servicios y aplicaciones y la creación de nuevos sitios de trabajo.

CONCLUSIONES

Varios son los estudios que han demostrado la eficacia y la gran utilidad de las aplicaciones y dispositivos empleados en el tratamiento de determinados trastornos.

Estas herramientas ofrecen una serie de beneficios, como una mayor motivación de los pacientes,

mejora la accesibilidad a los recursos sanitarios con independencia del tiempo y del lugar donde se encuentre el usuario, mayor control en las terapias de exposición, posibilidad de sobreexposición y diseño personalizado de las sesiones, asistencia automática para la realización de tareas, vigilancia y monitorización para la detección temprana de posibles riesgos, estimulación de nuevas conductas sociales, entrenamiento de capacidades cognitivas a través de juegos, etc.

Debe haber formación y soluciones fáciles para que las personas mayores puedan acogerse a la revolución tecnológica que puede darles herramientas para poder ser autónomos durante más años y tener buena calidad de vida.

En cualquier caso, las numerosas soluciones tecnológicas son una muestra del potencial de la tecnología en la asistencia a las personas mayores, imprescindible en un mundo cada vez más envejecido: “más tecnología y habilidades digitales serán sinónimos de más calidad de vida para la gente mayor”.

Resulta, por lo tanto, imprescindible conocer el estado de la mHealth en la actualidad y éste es precisamente el principal Objetivo de este informe: ver cuáles son las aplicaciones móviles más destacables en el ámbito de la salud, centrándonos en aquellas que están orientadas a los profesionales y pacientes geriátricos y de la salud mental. Se trata de un primer estudio que sirva, por lo tanto, como espacio de promoción de la salud móvil y que nos ayude a conocer la situación actual de la mHealth.

Es necesario potenciar el uso de las apps de forma sistémica y sistemática en el sistema sanitario, como un componente integrado en la gestión de la salud. Y ello ha de ir acompañado de un proceso de evaluación de la calidad científica y nivel de eficacia de las mismas.

La mHealth se presenta como un factor clave en el desafío de avanzar hacia una sanidad más sostenible, mejorando la eficacia y eficiencia, reduciendo costes y atendiendo a las principales necesidades de nuestra sociedad, caracterizada por el envejecimiento y la prevalencia de las enfermedades crónicas.

Se ha elaborado una tabla alfabética con todas las APPs que pueden ser de gran utilidad para las personas a las que va dirigida esta investigación, ofreciendo las diferentes plataformas en las que se pueden encontrar y hacer uso de ellas.



Introducción de Nuevas Tecnologías y APPs en Patologías Geriátricas y enfermedades NeuroDegenerativas.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Sede Web]; 2014 [citado 30 Ene 2014]. Traslación del conocimiento; Disponible en: http://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation/es/
2. de Tomás, Á., & Francisco, J. Aplicaciones para terminales móviles en salud. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. (2012); 19(10), 613-620.
3. Silano, M. F. La Salud 2.0 y la atención de la salud en la era digital. Revista Médica de Risaralda. (2013); 20(1), 41-46.
4. Martín, I. S. M., Fernández, M. G., & Yurrita, L. C. Aplicaciones móviles en nutrición, dietética y hábitos saludables: análisis y consecuencia de una tendencia a la alza. Nutrición Hospitalaria. (2014); 30(n01), 15-24.
5. López, M. D. L. C. G., & de la Torre, I. Estudio de Aplicaciones y Dispositivos para la Mejora de la Calidad de Vida de Pacientes con Trastornos Mentales. RevistaSalud. com. (2012); 8(29), 8-24.
6. Cepeda, JM. Manual de Inmersión 2.0 para profesionales de salud. Salud Conectada. Recuperado el 01/08/2015 desde <http://saludconectada.com/>. Editado y publicado en Abril de 2014. Actualizado en Noviembre de 2015.
7. Directorio Europeo de Aplicaciones de Salud (PDF en inglés). 2012. http://www.patient-view.com/uploads/6/5/7/9/6579846/pv_appdirectory_final_web_300812.pdf. Consultado el 20/03/2015
8. Informe 50 mejores Apps de Salud en español (PDF en español). Enero 2014. <http://www.theappdate.es/static/media/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf>. Consultado el 30/04/2015
9. Appsalud: Apps de salud: ¿Fiables?. 29 de noviembre de 2012. <http://wikisanidad.wikispaces.com/Appsalud>. Consultado 10/04/2016
10. Regulation of health apps: a practical guide. Enero 2012. <http://www.d4.org.uk/research/regulation-of-health-apps-a-practical-guide-January-2012.pdf>. Consultado 15/04/2016
11. Understanding Medical Device Regulation for mHealth A Guide for Mobile Operators. Febrero 2012. <http://www.gsma.com/connectedliving/wp-content/uploads/2012/03/>



Reflexiones en torno al empoderamiento

Luciana Ferraris¹, Marina Guzzetti², Valeria Portaluppi³, Soledad Torrez⁴

Resumen

El trabajo con personas adultas mayores requiere una constante mirada reflexiva sobre las prácticas profesionales. En este sentido, poder reconocer los propios prejuicios, temores y posicionamientos del equipo de trabajo respecto a la vejez y el envejecimiento permite superar una mirada reduccionista sobre esta población. Es en esta práctica donde aparece la noción de empoderamiento que se pretende profundizar en este artículo. Este mismo posicionamiento es el que guía nuestras intervenciones profesionales en nuestro ámbito de trabajo: Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología (RPIG) con sede el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 36 (CeSAC), ubicado en el barrio de Floresta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina (CABA), dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires.

Con el propósito de facilitar la lectura, en el presente documento no se incluye el recurso de la a/o para evitar el uso de masculino como genérico. Sin embargo, quisiéramos destacar la intención no sexista del equipo.

Palabras claves: personas mayores - empoderamiento - salud .

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2016

Recibido:
16/11/2016

Aceptado:
25/11/2016

Abstract

Working with older adults requires a constant reflective look at professional practices. In this sense, recognizing the prejudices, fears and positions of the work team regarding aging and aging allow us to overcome a reductionist view on this population. It is in this practice that the notion of empowerment that is interested in this article appears. This place is the one that directs our professional interventions in our field of work: Interdisciplinary Pediatric Interdisciplinary Residence in Gerontology (RPIG) with headquarters

in the Center of Health and Community Action No. 36 (CeSAC), located in the neighborhood of Floresta of the Autonomous City From Buenos Aires, Argentina (CABA), under the Ministry of Health of the Government of the city of Buenos Aires.

In order to facilitate reading, this document does not include the use of the a / o to avoid the use of men as generic. However, we would like to emphasize the non-sexist intention of the team.

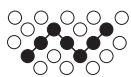
Keywords: elderly - empowerment - health

(1) Ferraris, Luciana: Lic. y Prof. en Psicología. Ex Residente de Salud Mental Htal Castex de San Martín, Prov. de Buenos Aires, Argentina. R2 de la Residencia posbásica interdisciplinaria en gerontología. sede Cesac 36 - Htal Velez Sarsfield, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

(2) Guzzetti, Marina: Lic. y Prof. En Psicología. Ex residente de Salud Mental del HIGA Dr. Paroissien de La Matanza, Prov. de Buenos Aires, Argentina. Jefa de residentes de la Residencia posbásica interdisciplinaria en gerontología. sede Cesac 36 - Htal Velez Sarsfield, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

(3) Portaluppi, Valeria: Lic. en Psicología. Ex Residente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, Prov. de Buenos Aires, Argentina. R1 de la Residencia posbásica interdisciplinaria en gerontología. sede Cesac 36 - Htal Velez Sarsfield, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

(4) Torres, Eliana Soledad: Lic. en Comunicación Social. Ex Residente de la Residencia Interdisciplinaria en Educación para la Salud sede CeSAC 12 - Hospital Dr. Ignacio Pirovano, Argentina. R1 de la Residencia posbásica interdisciplinaria en gerontología. sede Cesac 36 - Htal Velez Sarsfield, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.



Reflexiones en torno al empoderamiento.

Reflexiones en torno al empoderamiento

El empoderamiento de las personas mayores implica un proceso de reconstrucción de las identidades, el mismo se expresa en tres niveles diferentes, ellos son el personal, el de relaciones próximas y el colectivo.

La participación y la reflexión sobre cuestiones ligadas al proceso de envejecimiento contribuye al fortalecimiento de las redes, a la construcción de nuevas significaciones de la realidad y del ciclo vital y genera herramientas para transitar activa y protagónicamente la vejez.

En las últimas décadas se han experimentado, tanto a nivel mundial, regional como nacional, cambios demográficos sin antecedentes históricos. Se estima que esta transición demográfica tendrá como correlato que en el año 2050 uno de cada cuatro habitantes de Latinoamérica sea un adulto mayor.

En este contexto consideramos que es fundamental reflexionar acerca de nuestras prácticas actuales, nuestro modo de asumir la política pública que orienta nuestras intervenciones desde las diferentes instituciones estatales que abordan el envejecimiento, y contribuir al desarrollo de nuevos proyectos socio-comunitarios que puedan promover otra mirada sobre la vejez y el envejecimiento.

La Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología (RPIG) forma parte del equipo del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 36 (CeSAC), perteneciente al área programática del Hospital General de Agudos Dr. D. Vélez Sarsfield, ubicado en la región noroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La ciudad se encuentra dividida en unidades administrativas llamadas comunas. El área del CeSAC se corresponde con la comuna 10, una de las más envejecidas de la ciudad, ya que su porcentaje de personas mayores asciende a 25,4%, es decir, uno de cada cuatro individuos es mayor de 60 años.

El equipo de la residencia lleva a cabo actividades destinadas a los adultos mayores desde una perspectiva de promoción de la salud y prevención de enfermedades en dispositivos grupales e individuales. Estas actividades se realizan desde un enfoque interdisciplinario, que implica trabajo cooperativo, sostener la tensión entre distintas teorías y miradas sobre el mismo objeto de estudio.

En virtud de este trabajo interdisciplinario se puede arribar a una problematización del concepto de empoderamiento enriquecida con los aportes que cada uno realiza y es en ese intercambio donde se genera un nuevo posicionamiento desde el cual intervenir (Burlando Páez, Vicente).

Las intervenciones que realizamos como equipo de residentes están orientadas a favorecer procesos crecientes de autonomía (Czeresnia, 1999)[2] de los usuarios, problematizando temáticas relacionadas al proceso de envejecimiento, intercambiando puntos de vista y experiencias. Asimismo, se propone contribuir al desarrollo de un modelo de cuidado de carácter integral, procurando la democratización de los vínculos entre el equipo de salud y la comunidad. A través de estas intervenciones se pretende generar espacios donde abordar cuestiones ligadas al proceso de envejecimiento y dar lugar a la construcción de nuevas significaciones de la realidad y del curso de vida y co-construir herramientas para transitar activa y protagónicamente dicho proceso. Se busca propiciar que lo trabajado en el marco de los talleres que realizamos pueda exceder los límites de los mismos y generar nuevos posicionamientos en diferentes ámbitos cotidianos.

El grupo y las redes en el trabajo con adultos mayores

En todas nuestras intervenciones existe un objetivo implícito que es el de propiciar un espacio de pertenencia grupal y fortalecimiento de redes sociales desde una perspectiva de salud integral con el fin de favorecer un envejecimiento activo. En la actualidad la relación entre redes sociales y adultos mayores se aborda desde diversos ámbitos (tanto académicos como asistenciales) y teniendo en cuenta diversos factores. Entre las dimensiones que dieron lugar a esta articulación podemos ubicar los siguientes: crecimiento demográfico de personas mayores; caracterización de la vejez como etapa susceptible de experimentar un debilitamiento de las redes sociales debido a pérdidas; el hecho de que la existencia de una red social no necesariamente implica apoyo y contención.

(1) La RPIG se trata de un sistema remunerado de capacitación en asistencia, a tiempo completo, con actividades programadas y supervisadas, siendo un objetivo fundamental el de formar recursos humanos para el sistema de salud en beneficio de la comunidad (Burlando Páez, 2014)



Luciana Ferraris, Marina Guzzetti, Valeria Portaluppi, Soledad Torrez

Si bien la conceptualización de las redes sociales ha atravesado diferentes etapas y líneas teóricas, nos basaremos en la línea propuesta por Elina Dabas y Nestor Perrone quienes refieren que la noción de red social “implica un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (...) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades” (Dabas, Perrone, 1998: 5).

Al referirse a las características dominantes que debe tener una red, los autores mencionan las siguientes: adaptabilidad, flexibilidad, apertura, horizontalidad, fluidez y espontaneidad de las relaciones. Desde la coordinación de los diferentes espacios de encuentro entre el equipo de salud y los adultos mayores, como ser por ejemplo el “Grupo de Reflexión” o el “Dispositivo de Orientación al Adulto Mayor” se promueve que el ambiente generado cuente con dichos atributos, donde la palabra pueda circular en un marco de respeto y escucha mutua apuntando a construir posicionamientos flexibles. A su vez Carlos Sluzki, define a las redes de la siguiente manera: “una red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad” (Sluzki, 1996: 10), la misma contribuye al reconocimiento de la persona como individuo y constituye un factor fundamental para la experiencia de identidad, bienestar, competencia y protagonismo.

En consecuencia cuando diseñamos e implementamos los proyectos para trabajar con la comunidad tenemos en cuenta la perspectiva de promoción de la salud donde se considera que los espacios grupales actúan como un factor que favorece el bienestar donde el establecimiento de vínculos entre pares puede promocionar una experiencia enriquecedora. De este modo, tomamos en cuenta las propuestas de los participantes al momento de planificar las actividades, la temática a trabajar, los materiales a utilizar. Consideramos que de esta manera esta modalidad de abordaje se constituye en una práctica subjetivante y en un espacio donde se pueda poner en juego el reconocimiento de la persona en tanto individuo protagonista de su experiencia.

Estas temáticas, generalmente, están atravesadas por la condición de ser personas mayores, entre ellas se destacan: la jubilación, las redes y los vínculos

entre pares e intergeneracionales, la sexualidad, las búsquedas de deseos y proyectos, entre otros. En este sentido, Sluzki refiere que “existe evidencia comprobada de que una red personal estable, sensible, activa y confiable protege a las personas de las enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia, es decir es salutogénica. Podemos afirmar que existe una correlación directa entre calidad de red social y calidad de la salud” (Sluzki, 1996:10).

En el transcurso de este tiempo trabajado desde esta perspectiva hemos identificado un enriquecimiento de las redes de las personas mayores que concurren a los espacios mencionados. En ellos, se ha evidenciado en todos los casos que los participantes comenzaron a brindarse apoyo mutuo, tanto de tipo emocional (la compañía y el consejo ante un problema o una situación difícil de atravesar), como otros más instrumentales, (acompañarse a hacer un trámite o informarse acerca de cómo conseguir un recurso o servicio determinado). Así mismo como equipo destacamos la solidaridad generada en los diferentes grupos como un valor positivo y lo vemos reflejado en la consulta ante la ausencia de un compañero a alguna actividad y la consecuente disposición a averiguar qué le ocurrió a esa persona que no asistió mediante llamados telefónicos o visitas a su casa.

Pensando el concepto de empoderamiento

Consideramos que una red social es fundamental para promover procesos de autonomía, de bienestar y calidad de vida, en esta perspectiva, destacamos la conceptualización de Arias (2013) quien sostiene que “la formación de redes, la participación en variadas organizaciones y la integración comunitaria tienen estrecha relación con los procesos de empoderamiento en los adultos mayores”[3]. Asimismo, sostenemos que no es sólo a través del enriquecimiento de la red social que se contribuye al empoderamiento sino que dicho proceso requiere de otras dimensiones.

Durante la vejez se producen ciertos cambios en el ámbito social y subjetivo de las personas, propias del proceso de envejecimiento. Sin embargo, más allá de las transformaciones a nivel personal, existe una dimensión relacionada con las representaciones sociales, ya que estas actúan como factores condicionantes de las

Reflexiones en torno al empoderamiento.

posibles maneras de transitar esta etapa de la vida. De esta manera, las ideas referidas a la improductividad laboral, la actitud pasiva, la pérdida de capacidad intelectual y física generan en el imaginario social la concepción de que las personas mayores ya no pueden desempeñar determinados roles. En consecuencia, se puede afirmar que los estereotipos y prejuicios actúan de manera negativa sobre la actitud de los adultos mayores mientras que las miradas positivas sobre la vejez representan una herramienta que habilita mayores posibilidades.

Teniendo en cuenta estas concepciones, el trabajo planteado con los adultos mayores toma en consideración la noción de empoderamiento. Al respecto, Iacub (2010) plantea que este concepto cobra relevancia al permitir develar las relaciones de poder inscriptas en los estereotipos y prejuicios en relación al envejecimiento. El autor sostiene que determinados usos del poder pueden repercutir de manera negativa o positiva en la construcción social de la identidad durante la vejez, por ello, es importante poder deconstruir las ideas plasmadas en el imaginario social. De este modo, el empoderamiento se plantea como un proceso que implica la revisión y problematización de ciertos códigos culturales que produce un cambio de orden ideológico y social; conlleva el incremento de la autonomía y del auto concepto, permitiendo un mayor ejercicio de roles sociales y también de derechos.

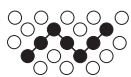
Consideramos entonces que el empoderamiento es un proceso que se debe favorecer desde los equipos de salud, contrarrestando los estereotipos negativos sobre la vejez, favoreciendo representaciones positivas, promoviendo la participación comunitaria a partir de espacios que permitan a los adultos mayores expresarse, impartir sus opiniones y experiencias. En esta línea, Chapela Mendoza (2007) sostiene que el concepto de promoción de la salud es clave para el fomento del empoderamiento en la comunidad ya que la promoción de la salud emancipatoria[4] considera a los seres humanos como sujetos éticos capaces de construir conocimiento independientemente de los expertos o instituciones, y en base a ese conocimiento, dar significado, valor y sentido a su mundo y práctica.

Si bien desde los equipos de salud se pueden generar espacios que posibiliten un proceso de empoderamiento por parte de los adultos mayores, también es cierto que las posibilidades muchas veces son limitadas, ya que la trama social conlleva ciertas representaciones negativas sobre la vejez que resulta difícil de-construir. Desde los espacios de poder las representaciones relativas a la edad que se matizan como positivas son aquellas que

destacan a la juventud como un ideal, imponiendo ciertos modelos a las personas mayores que los condicionan y actúan, en definitiva, como un proceso que va en contra del empoderamiento. En relación con esto, uno de los objetivos de nuestra intervención es el de problematizar temáticas relacionadas al proceso de envejecimiento. Se intentan desarmar los mitos, prejuicios y estereotipos relacionados a la vejez, que no sólo se sostienen “desde afuera” sino que muchas veces son sostenidos por los mismos adultos mayores. Se trata de propiciar que en lugar de las creencias “viejistas”, que tal vez nunca antes habían sido problematizadas, emerjan otras acordes a la realidad efectiva de los Adultos Mayores. Consideramos que este trabajo genera efectos de empoderamiento, ya que al decir de Iacub, “empoderar implica deconstruir un discurso para volverlo a conformar desde otra ideología y, fundamentalmente, intentando que aquello que era marginal se vuelva central” (Iacub, 2010: 27). Esto permite entender al empoderamiento como proceso de reconstrucción de las identidades ya que supone la atribución de un poder, sensación de mayor capacidad y competencia para promover cambios en los niveles personal y social.

Entendemos que la concepción de empoderamiento que nosotros abordamos difiere de la concepción tradicional, que lo piensa con alcances más amplios a nivel sociopolítico, pero consideramos, a partir de los desarrollos de Iacub[5], que el proceso de empoderamiento que intentamos propiciar se expresa en el nivel personal, porque tiene efectos en la autoestima, la confianza, y el sentido de capacidad de las personas y de relaciones próximas, ya que promueve nuevos posicionamientos en la red de relaciones de cada integrante.

A partir de lo planteado, consideramos que el concepto de empoderamiento representa uno de los pilares fundamentales a la hora de planificar proyectos destinados a las personas mayores ya que ello implica la intención de propiciar un proceso creciente de autonomía que repercuta de manera positiva y como factor saludable sobre los mismos. Asimismo, reconocemos las dificultades y limitaciones que muchas veces tienen los equipos de salud debido a prácticas institucionalizadas, representaciones sociales que devienen en prejuicios y estereotipos respecto a las personas mayores, al proceso de envejecimiento y a la vejez como etapa de vida. Por ello, creemos que el proceso de empoderamiento debe estar en el horizonte de nuestras intervenciones y para ello es necesario contemplar espacios de debate, diálogo e intercambio



Luciana Ferraris, Marina Guzzetti, Valeria Portaluppi, Soledad Torrez

al interior de los equipos en donde se reflexione respecto al envejecimiento.

Derrumbar las creencias negativas respecto a la vejez no es tarea fácil ya que los equipos de salud deben dialogar con sus propios prejuicios y estereotipos sobre esta población. La deconstrucción, y en definitiva, la transformación, requieren un proceso activo por parte de los profesionales de la salud que den cuenta de nuevas miradas sobre el envejecimiento, que puedan ser capaces de confrontar con aquellas ideas que consideran a la vejez como una etapa solamente vulnerable. En esta línea, es importante destacar que la intervención, pensada como dispositivo, no puede desprenderse de la sociedad en la que se enmarca, e implica una serie de acciones, mecanismos y procesos que construyen representaciones y construcción de ese “otro” sobre el que se interviene. Es por eso que se vuelve fundamental tener los ya mencionados espacios de debate y reflexión donde repensar la práctica a fin de que los preconceptos sobre la vejez y las ideas arraigadas no condicionen nuestras intervenciones y no se contradigan con el objetivo que intentamos promover.

Somos conscientes que existen muchas otras modalidades, esta es una posible. Nuestro objetivo es que se pongan en juego las distintas voces y que el intercambio entre los adultos mayores tanto con sus pares como con el equipo coordinador, puedan generar un proceso de enriquecimiento mutuo, partiendo de la concepción de que el encuentro con otros propicia necesariamente un proceso de empoderamiento.

Referencias

1. Arias, C. J.; Iacub, R.; (2010). El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, Noviembre-Abril, 25-32. Arias, C. (2013b). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós Gerontología*, 16(6), 25-40.
2. Arias, C. y Soliverez, C.; (2009) “VII Jornadas de psicología de la tercera edad y la vejez. Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento. Aportes de la Estrategia a un trabajo interdisciplinario en Gerontología”. Eudeba; Buenos Aires
3. Burlando Páez, A. y Vicente P.; (2011) La interdisciplina en la práctica profesional y la formación de recursos humanos de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología del G.C.A.B.A. 1) Congreso Latinoamericano de Gerontología Comunitaria.
4. Burlando Páez, A.; (2014) Reflexiones sobre el proceso de formación profesional de Residentes en Gerontología, en revista *Neurama*, Nº2 ISSUE, Vol. 1.
5. Chapela Mendoza, M. (2007); Promoción de la salud. Un instrumento de poder y una alternativa emancipatoria. *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires, 2007.
6. Czeresnia, D. (2006) “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción”. *Cuadernos de Salud Pública*, 15(4): 701-710. Dabas, E., & Perrone, N. (1999). *Redes en salud*. Córdoba, Argentina, Escuela de negocios FUNCER, Universidad Nacional de Córdoba, 3.
7. Dabas, E. y Perrone, N.; (1999) *Redes en Salud*. Córdoba, Argentina, Escuela de Negocios FUNCER, Universidad Nacional de Córdoba, 3.
8. Sluzki, C.; “La Red Social: frontera de la práctica sistémica”. Editorial Gedisa; Barcelona 1998.