

LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS SOCIALES

El envejecimiento progresivo de la población genera un aumento del número de ancianos en residencias y de la prevalencia de trastornos psíquicos en las mismas.

En este artículo analizamos las potencialidades y las dificultades en la relación de los Servicios Sociales y los Servicios de Salud Mental. Finalmente, proponemos un proyecto de intervención a nivel asistencia/ y preventivo de atención a la Salud Mental en las residencias de ancianos.

La población de la Comunidad Autónoma Vasca, de modo similar al resto de las comunidades del mundo occidental desarrollado, presenta unos índices de envejecimiento progresivo: en la actualidad, en torno al 12% y con una estimación prospectiva del 17 % en el año 2.000 (1).

Estos datos asociados al mayor número de recursos sanitarios paliativos, contribuyen a la importancia creciente de las patologías psiquiátricas de la Tercera Edad y de las derivadas, de modo reactivo, de las enfermedades somáticas crónicas.

Una política de salud para ser efectiva y solidaria con los ancianos, debería impulsar cuatro objetivos al menos (2):

1. Mejora económica de las pensiones.
2. Atención a los problemas de vivienda de este colectivo.
3. Apoyo a las redes sociales de los ancianos (familiares, voluntariado, etc).
4. Integración estratégica de los Servicios Sociales y sanitarios ofreci-

dos al anciano, para lo cual sería necesario una mejor coordinación entre los servicios de corta y larga estancia (sociales o sanitarios) y un refuerzo de los servicios a nivel comunitario (Centros de Salud, Centros de Salud Mental, Ayudas a domicilio. Centros de Día, etc.).

Además desde el punto de vista psiquiátrico, las políticas de "desinstitucionalización" o no institucionalización en los centros psiquiátricos hospitalarios, desplazan sujetos de edades avanzadas con patologías psíquicas diversas hacia la atención comunitaria o a los centros residenciales dependientes de los Servicios Sociales.

Como profesionales de la Salud Mental, si asumimos nuestra proporción de responsabilidad en la atención a la Tercera Edad, optando por una atención comunitaria frente a un modelo de "desinstitucionalización salvaje", las realidades anteriores nos obligan a una reflexión y programación de dicha asistencia, tanto a nivel de sector (desarrollo explícito de programas psicogerítricos, apoyo a la familias, etc.), como de las instituciones especializadas en su acogida (en régimen de larga estancia).

Las aportaciones que a continuación se presentan, se centran en la interacción entre los Servicios de Salud Mental y las instituciones residenciales de los Servicios Sociales.

Algunas de estas experiencias de coordinación constituyen realidades, aún frágiles, otras únicamente proyectos o intuiciones, maduradas en la práctica asistencial del Centro de Salud Mental de Gasteiz-Este y el "staff" de la Residencia de ancianos "San Prudencio", dependiente del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE LA POBLACIÓN ANCIANA EN RESIDENCIAS

En general, no se observan trastornos psiquiátricos diferenciales en esta población, aunque sí se obtienen diferencias cuantitativas (2.5 a 4 veces superior) respecto a la prevalencia apreciable a nivel comunitario (3), debido a un mayor acumulo de trastornos crónicos en los centros residenciales.

En un estudio, a nivel federal, de las residencias geriátricas en U.S.A., se apreciaron trastornos mentales severos en el 20 % de los residentes, los cuales constituían la causa principal de su invalidez; mientras que en un 70 % se asociaban los trastornos mentales como factores contribuyentes a su dependencia social, afectación funcional y necesidad de cuidado residencial (4).

En un estudio reciente entre los residentes de una institución geriátrica en medio urbano en U.S.A., se confirmó mediante entrevista clínica la existencia de un trastorno psíquico según los criterios de la DSM-III-R en el 91 % de los residentes (5).

Los estudios que alcanzan cifras de prevalencia menores, parecen haber utilizado métodos de detección menos rigurosos, o haber seleccionado muestras menos representativas.

En todos los estudios el trastorno psíquico más común son los cuadros demenciales, con prevalencias del 50-75 % de los residentes (6).

Además, la mayoría de estos ancianos dementes se encuentran en un riesgo mayor de padecer trastornos confusionales.

depresión y psicosis asociados; el 6-7 % de los residentes presentaban cuadros confusionales (7); el 25-50 % de los dementes residenciados presentan síntomas psicóticos y el 25 % depresiones clínicamente significativas (8)(5).

Los trastornos depresivos son el segundo diagnóstico más común entre los residentes, describiéndose prevalencias en torno al 15-50 % de los residentes (6-10% de los residentes reúnen criterios DSM-III para el trastorno depresivo mayor (5).

La mayoría de las consultas psiquiátricas en las residencias suelen deberse a los trastornos de conducta, calculándose la existencia de al menos uno de estos síntomas en 2/3 de los sujetos y al menos 2 síntomas en casi el 50 %, los factores de riesgo más frecuentes serían: la demencia y/o los trastornos psicóticos (9)(5).

Se estima que aproximadamente 2/3 de los trastornos psíquicos de los ancianos internados son inadecuadamente diagnosticados con el consiguiente riesgo de no tratamiento o de abordajes erróneos (10)(11).

En cuanto a la utilización de psicofármacos existe una amplia preocupación en torno a su uso masivo y poco controlado.

En algunos estudios se ha estimado que el 50 % de los residentes recibe alguna prescripción de psicofármacos, con el 20-40 % tomando neurolépticos, 10-40% ansiolíticos o hipnóticos y el 5-10% anti-depresivos (12). Esta elevada prevalencia de consumo se asocia a un elevado riesgo de efectos secundarios adversos (disquinesias tardías, fracturas secundarias a caídas, etc.).

En un estudio se refleja que sólo el 15 % de los sujetos con psicofármacos prescritos habían recibido una consulta psiquiátrica (13).

En nuestro medio más inmediato, existen escasos estudios y con metodologías basadas en cuestionarios, no en entrevistas clínicas que nos aporten datos de la prevalencia de dichos trastornos psíquicos en nuestras residencias, con estas limitaciones señaladas, pasamos a comentar algunos datos aportados por las mismas.

En una investigación sobre los ancianos en residencias de la C.A.V. (14), se observaron problemáticas psicogerítricas en el 25.3 % de los ingresados. Este porcentaje hacia referencia fundamentalmente a los sujetos con incapacidades secundarias a los deterioros psicoórganicos; no valorando adecuadamente otros trastornos menos incapacitantes, pero más frecuentes, como los cuadros de tipo ansioso o depresivo.

En el estudio sobre "Necesidades psicogerítricas en la C.A.V. (15), se observaron entre los ancianos internados en residencias, la existencia en un 45 % de síntomas depresivos, de un 48 % con síntomas marcados de ansiedad, el 33 % muestran situaciones o actitudes de "falta de esperanza" y aparecen "malas relaciones familiares" en el 32 % de los sujetos.

En nuestra experiencia clínica, las demandas de atención psiquiátrica más frecuentes, por orden de frecuencia serían:

0. Trastornos depresivos y reacciones de adaptación (fundamentalmente "duelos") al ingreso, existen estudios que estiman la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en el primer año de ingreso en torno al 41.1 % frente al 25.3% entre los ancianos con un mayor período de estancia (3), pérdidas de familiares y amigos, déficits de salud, descenso de la autoestima.
1. Trastornos demenciales.
2. Trastornos confusionales (por patologías somáticas subyacentes o ya toxigenias medicamentosas).
3. Trastornos de ansiedad y síntomas asociados (fobias, insomnio, etc.).
4. Trastornos psicóticos (cuadros paranoides, esquizofrenias crónicas, parafrenias, etc.).

Asociado a lo anterior conviene destacar una serie de características que sí establecen unas diferencias cualitativas en el abordaje de estos enfermos (16): la mayor vulnerabilidad física, la recuperación más lenta y mayor riesgo de toxicidad de los medicamentos, en parte consecuencia de la frecuente polimedicación a los ancianos.

La mayor dificultad para distinguir lo normal de lo patológico, para el diagnóstico precoz de las enfermedades, la intrincación y presentación atípica de los síntomas en parte por la pluripatología habitual en este colectivo.

La mayor precariedad social y su influjo determinante en la evolución y tratamiento apropiado de la enfermedad, generando la necesidad de un abordaje global o biopsicosocial.

El diagnóstico implica la difícil tarea de distinguir la demencia de un cuadro depresivo pseudodemencial; un cuadro confusional de otro pseudoconfusional y un trastorno depresivo con quejas somáticas de una enfermedad física (17).

Desde el punto de vista terapéutico, es preciso subrayar la necesidad de una cuidadosa utilización de los psicofármacos, para evitar el mayor riesgo de efectos secundarios en esta población y el interés de investigar abordajes psicoterapéuticos tan abandonados en el anciano (18)(19).

A la luz de lo anterior, la atención a la Salud Mental de esta población debería orientarse hacia: la correcta evaluación de los trastornos psíquicos y asegurar un tratamiento adecuado en todos los casos.

La reevaluación de las terapéuticas psicofarmacológicas crónicas (en especial de los hipnóticos).

La monitorización de los síntomas conductuales de origen yatrógeno (síndromes confusionales, etc).

La mejor detección y tratamiento de los cuadros depresivos de prevalencia muy elevada en estos medios.

Existiendo la necesidad de desarrollar programas de Salud Mental de apoyo a las residencias que incluyan:

Desarrollo de programas de screening para la detección de casos.

Educación del staff.

Apoyo en el diseño de actividades y creación de entornos terapéuticos.

INTERACCION DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL

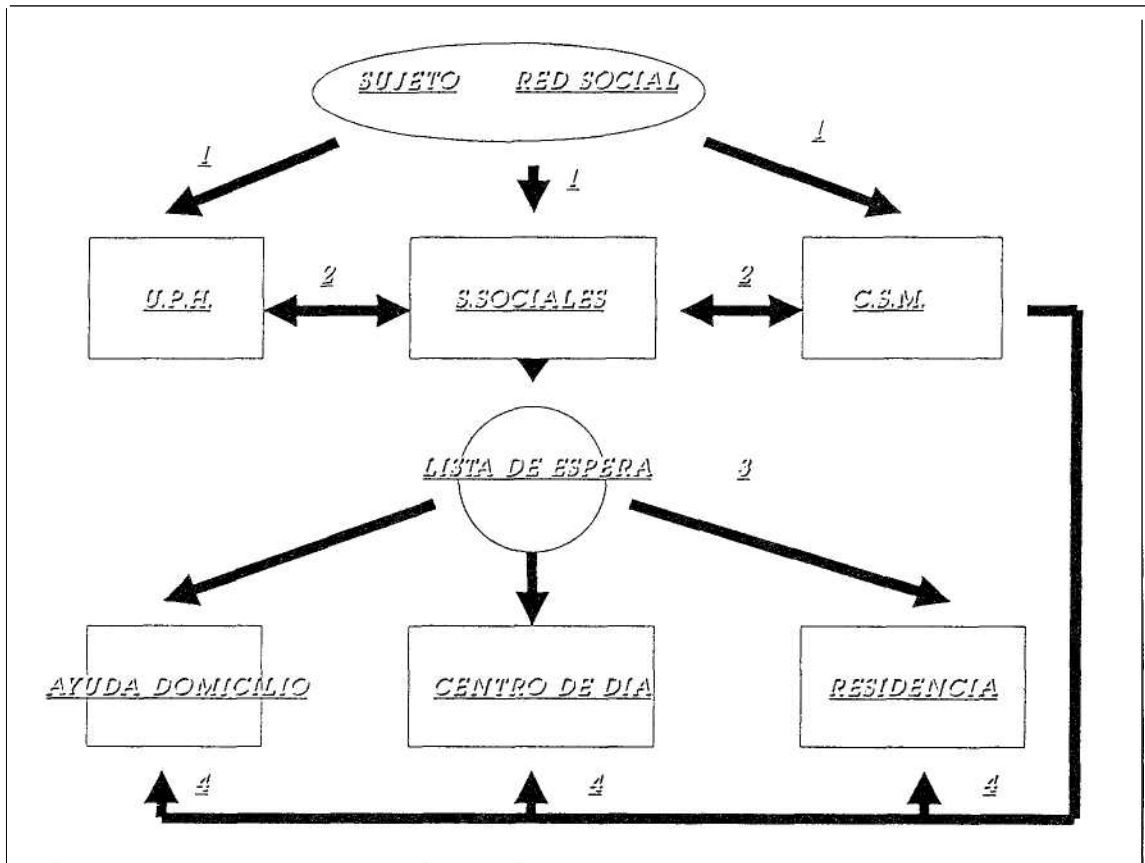
En la Fig. 1 se intentan especificar los puntos de contacto más frecuentes entre estos servicios en la atención concreta a las demandas. Conviene destacar algunas potencialidades y déficits, de dicha interacción en la actualidad:

- En /1/, se señala el rol de la detección de las necesidades de atención social y/o psiquiátricas de las diferentes instituciones en su interrelación.
- En /2 /, se quiere destacar la polémica sobre las competencias en la asistencia a poblaciones ancianas con patologías psiquiátricas asociadas, dificultad que no se presenta en el caso de los ancianos con problemas somáticos crónicos, incluso graves. Esta problemática deriva del tradicional carácter asilar atribuido a la asistencia psiquiátrica, mitología en torno a la supuesta "peligrosi-

dad" del enfermo mental y de las dificultades de coordinación y colaboración entre instituciones sociales y psiquiátricas.

- En /3 /, se intenta llamar la atención del potencial de riesgo a nivel institucional e individual de un excesivo retraso de la atención socio-sanitaria y la necesidad de crear programas de atención paliativos, de modo conjunto ante la limitación de los recursos.
- En /4 /, aparece la necesidad de una interacción no puntual, como hasta ahora, sino continuada entre ambos servicios; lo cual genera mayores necesidades de comunicación, actuación y evaluación conjunta.

Así, Shulman y cols. (20) subrayaban que "la Psiquiatría del anciano, es una rama de la psiquiatría casada con la Geriatría y el futuro de la atención sanitaria a los ancianos pasa por una vinculación cada vez más estrecha entre ambas especialidades. Así los trastornos confusionales y



demenciales, son buenos ejemplos de este abordaje conjunto"; podríamos añadir que también lo debe estar con los Servicios Sociales (sobre todo ante la casi total ausencia en nuestro medio de los servicios geriátricos especializados), siendo necesario un mutuo conocimiento de los recursos respectivos, deficiencias y posibilidades de colaboración.

ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN PSQUIÁTRICA EXPERIMENTADOS

En esquema, los actuales tipos de asistencia utilizados serían:

Modelo A:

Una red paralela a la atención psiquiátrica dependiente de los Servicios Sociales, que se responsabiliza de la atención asistencial de los colectivos de las Residencias de la 3.ª Edad y Deficiencia Mental.

Este sistema, tiene la ventaja de que los técnicos se encuentran más integrados en la dinámica de los Servicios Sociales y conservan algunas posibilidades de intervención a nivel organizativo (evaluación, distribución de nuevos casos, etc.).

Los inconvenientes provendrían de la sobrecarga asistencial-burocrática (atención a los internos, evaluación de las nuevas demandas de ingreso, etc.), el aislamiento profesional, déficits en la formación y reflexión continuada sobre la propia tarea y la no posibilidad de intervención a nivel preventivo o asistencial comunitario (previo a su ingreso en las institucionales sociales).

Modelo B:

El Centro o Residencia queda adscrito a un determinado sector psiquiátrico o Centro de Salud Mental; el primer contacto se realiza a través del A. T. S. psiquiátrico o el psiquiatra, dicho contacto se realiza (idealmente) en el mismo Centro Residencial, tras la valoración del caso se deriva al miembro del equipo del C. S. M. más adecuado. Además se realizan otras intervenciones del equipo en la institución (Terapias grupales de apoyo, relajación, etc., actividades formativas y de coordinación, evaluación conjunta con el staff residencial.)

A continuación se indican las ventajas y desventajas a diferentes niveles del segundo enfoque:

A NIVEL DE RESIDENCIA VENTAJAS

Ventajas

- Apertura de la residencia al exterior, evitando riesgos de autosuficiencia o "institución total".
- Aprovechamiento de los recursos sanitarios "generales", con descenso del gasto y utilización más adecuada de los recursos de cada entidad.
- Mayor disponibilidad de los recursos (diferentes habilidades del equipo del C. S. M.) de atención a la salud mental.
- Instauración de nuevas estrategias terapéuticas que potencien las "rutinas" de intervención residencial.

Desventajas

- Menor integración del equipo en la vida del equipo residencial, al ser sus intervenciones más aisladas en el tiempo. En la actualidad este hecho, parece darse en algunos centros pese a poseer técnicos propios, por la escasez de recursos frente a la demanda.
- Intervenciones limitadas al nivel asistencial, con menores posibilidades de actuación a nivel organizativo, e impacto preventivo más limitado.

A NIVEL DEL EQUIPO PSQUIÁTRICO

Ventajas

- Posibilidad de mantener la continuidad de cuidados psiquiátricos en aquellos pacientes seguidos en la comunidad que deban ingresar en las residencias, e incluso prevenir en ocasiones su ingreso en las mismas.
- Sensibilización y mayor conocimiento de los recursos sociales, con posibles beneficios en su mejor integración en el plan de tratamiento o rehabilitación del enfermo psiquiátrico.
- Profundización en el conocimiento y abordaje de las áreas consideradas mar-

ginales en la atención psiquiátrica (3.ª edad, deficiencia mental, enfermos crónicos somáticos, etc.) pero de indudable y progresiva relevancia en la atención psiquiátrica y sanitaria futura.

- Posibilidades de investigación, en una población bien delimitada y de fácil acceso, de temáticas epidemiológicas psiquiátricas, evaluación de diferentes estilos de intervención, etc.

- Desarrollo del rol de consultor, refinamiento de la intervención psicofarmacológica, eclecticismo en los abordajes psicoterapéuticos (grupal, familiar, individual, institucional...).

Desventajas

- Aumento muy importante de la demanda de atención frente a unos recursos comunitarios escasos y sobrecargados asistencialmente en la actualidad, lo cual debe orientar los esfuerzos hacia la formación de los propios profesionales de las residencias y potenciar la función de consultor a medio plazo.

A NIVEL DE COMUNIDAD

Ventajas

- Mantener nuestra responsabilidad sanitaria y de calidad de cuidados hacia aquellas patologías crónicas, que en función de criterios exclusivamente económicos, están siendo derivadas hacia recursos sociales (de menor coste), ante la falta de instituciones sanitarias de media y larga estancia más acordes con estos problemas de salud.

- Menores costes económicos, al frenar demandas de atención sanitaria, mediante intervenciones precoces y continuadas, lo cual evita la utilización de recursos más costosos, o cuando el caso lo requiera, facilitar la utilización del recurso más adecuado (ingreso hospitalario, etc.)

PROYECTO DE INTERVENCIÓN ASISTENCIAL DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL EN RESIDENCIAS. POSIBILIDADES DE PREVENCIÓN

De modo preliminar, conviene recordar que las instituciones de larga estancia se

deben centrar principalmente en el mantenimiento de la capacidad funcional, retrasar el progreso de la enfermedad y desarrollar un entorno prostético y seguro que promueva el máximo nivel de autonomía y satisfacción vital (21).

Dada la importancia del medio ambiente institucional sobre nuestra intervención, convendrá (22):

- Tener en cuenta los valores, normas y expectativas del staff e institución.
- No sustituir, por agentes externos, las acciones del staff interno, procurando informarles y hacerles partícipes de nuestras actividades.

Todo lo anterior, lleva a priorizar los roles del equipo de salud mental como consultores y docentes, junto a la intervención asistencial directa, cuando sea requerida.

OBJETIVOS

Generales

Mejoría de la asistencia en Salud Mental a esta población.

Específicos

- Detección precoz y tratamiento de los problemas psiquiátricos comunes en esta población.
- Orientación en el abordaje y sostenimiento de las problemáticas de evolución crónica.

ACTIVIDADES

Ritmo semanal de contacto del equipo (A. T. S. y/o psiquiatra) con el staff residencial: Médico y/ o A. T. S. principalmente (comentario de casos, incidencias de los sujetos en tratamiento, orientaciones en los abordajes terapéuticos a seguir...)

Consulta y seguimiento de sujetos en tratamiento.

Programa de formación o sensibilización psiquiátrica (Seminarios, clases teóri-

casos o discusión de casos) con el equipo residencial (Médico, A. T. S., Auxiliares Clínicos, etc.). Frecuencia mensual (convenirá incluirlo dentro del programa de formación geriátrica continuada, si existe en la residencia).

RECURSOS (Equipo del C. S. M.)

Psiquiatra

Roles:

- Evaluación y diagnóstico.
- Tratamientos psicológicos y psico farmacológicos.
- Actividades formativas y de "liaison" o consultor.

A. T. S.

Roles:

- Screening o primer contacto con los probables casos (detectados por el equipo residencial).
- Actividades de seguimiento de casos y de los tratamientos indicados.
- Actividades terapéuticas: grupos de apoyo o relación en el "interior" de la residencia.
- Actividades formativas.

Psicólogo

Roles:

- Evaluación psicológica o psicométrica de los casos detectados por los profesionales anteriores.
- Actividades terapéuticas:
 - Terapias individuales
 - Terapias individuales:
 - Grupos de Apoyo
 - Grupos de relajación.
 - Terapias de familia
- Actividades de formación.

POSIBLES PUNTOS DE INTERVENCIÓN "CRUCIALES" CON FINALIDAD PREVENTIVA A NIVEL 1.º, 2.º, 3.º

"Lista de espera" para ingreso en residencias

Las consecuencias de un retraso excesivo o no intervenir durante esta "fase de espera" hasta la admisión, pueden generar (1 5):

- Un mayor deterioro del estado de salud.
- El agotamiento de la red de apoyo por aumento de la sensación de "carga".
- La sobrecarga y el uso inadecuado de otros dispositivos sanitarios (unidades de agudos, servicios de urgencias, etc.).
- El aumento paradójico de la demanda y de la "lista de espera", ante el temor a un gran retraso en la respuesta, los solicitantes se ven impulsados a solicitar una admisión más precozmente.

Desde el punto de vista psiquiátrico puede intervenir, de diferentes modos:

A) Introducir escalas o cuestionarios que permitan un cierto screening psiquiátrico de los sujetos y una intervención precoz, en especial, si existen indicios de trastornos psicopatológicos, los cuales se asocian a un mayor grado de estrés a nivel de los cuidadores.

—Intervención a nivel familiar, con fines de apoyo.

B) Aproximación "gradual" al centro residencial, del futuro residente.

— Visitas programadas: (visita, comida, etc. del sujeto y familia).

— Equipo de acogida: (A. S. responsable del caso, supervisora del centro, psicólogo, etc.).

C) Seguimiento: reacción del sujeto y familia al próximo ingreso y a la "aproximación gradual".

- Planificación de la vida tras el ingreso.
- Actividades - Contacto, visitas.

D) Ingreso:

- Aviso "con tiempo" del momento (a los pacientes y al staff).
- Organización de los primeros días:
- Acciones de la familia.
- Acciones del personal del centro (equipo de acogida).
- Acciones del miembro del equipo psiquiátrico (Evolución y seguimiento más frecuente tanto del sujeto como de la familia).

DESARROLLO DE PROGRAMAS A NIVEL DE LOS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES

Dirigidos a estimular las visitas, su participación y colaboración en la gestión y actividades residenciales, prevenir procesos de "duelo" y mejorar la propia adaptación al proceso de tener que ceder la mayoría de sus "roles" como cuidadores al centro.

INTERVENCIÓN EN LOS PROCESOS DE "CRISIS"

- Por traumatismos emocionales: "pérdidas" de seres queridos.
- Por traumatismos físicos: Aparición o agravación de enfermedades somáticas.
- Invalidación.

A) Intervención precoz:

- Servicio de Urgencias psiquiátricas.
- Valoración por un miembro del equipo psiquiátrico responsa-

ble del centro (necesidad de contacto permanente, teléfono de localización).

B) Organización de un plan de rehabilitación.

Intervención a nivel familiar.

Intervención a nivel del staff:

Discusión del caso

Pautas "aproximadas" de acción, con medidas de apoyo al proceso de duelo.

SISTEMAS DE COORDINACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A INSTITUCIONES SOCIALES

La inevitable confluencia de ambas instituciones en múltiples problemáticas, la esterilidad de los intentos de "pasarse" los problemas y la necesaria utilización conjunta de los recursos, obligan a la instauración de unos mecanismos de coordinación que permitan superar el "voluntarismo" y coordinen los esfuerzos individuales.

Comisión Coordinadora de Servicios Sociales y Servicios de Salud Mental (Frecuencia bianual).

- Miembros: Director Técnico de los Servicios Sociales de 3.ª Edad. Representantes de los Servicios Sociales de Base y de las Residencias.
- Jefe de Área de los Servicios de salud Mental. Representantes de los C. S. M.
- Funciones: Evaluar necesidades o el volumen de las demandas (psiquiátricas, sociales...)
- Evaluar las intervenciones de los diferentes equipos y Servicios Sociales.
- Proponer nuevas intervenciones o modificar las anteriores.

Comisión de atención psicogeriátrica a las Residencias (Frecuencia trimestral).

- Miembros: Un representante de cada equipo de los C. S. M. Técnicos de cada residencia de los servicios sociales.
- Funciones: Intercambio y valoración de experiencias de atención.
- Elaboración de materiales o documentaciones para su uso en la asistencia o formación del personal de las residencias.
- Diseño de estudios de investigación y evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

1. **FERNANDEZ DE GAMARRA J. M., PADIERNA J. A.:** *La atención psicogeriátrica en Euskadi hasta el año 2000. El caso de la Demencia Senil. Servicios y financiación.* Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 1990; pág: 77.
- ESTES C. L, LEE P. R.:** "Health problems and policy issues of old age". En: L. H. HAIKEN & MECHANIC D. (eds.) *Applications of social science to clinical medicine and health policy.* New Brunswick: Rutgers University Press 1986; pág. 349.
- SMYER M. A., GARFEIN A. J.:** "The mental health problems of nursing home residents" En: SMYER MA, COHN MD & BRANNON D. (EDS.). *Mental health consultation in nursing homes.* New York: New York Univ Press 1990; 64-81.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS:** *The national nursing home survey: 1977 summary for the United States. Vital and Health Statistics, serial 13. Number 43.* Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, 1979.
- PARMELEE P. A., KATZ I. R., LAWTON M. P.:** "Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation". *J. Gerontol*, 1989; 44: M22-M29.
- CHANDLER J. D., CHANDLER J. E.:** "The prevalence of neuropsychiatric disorders in a nursing home population". *J. Geriatric Psychiatry and Neurology*, 1988; 1: 71-76.
- ROVNER B. W., KAFONEK S., FILIPP L et al.:** "Prevalence of mental illness in a community nursing home". *Am. J. Psychiatry*, 1986; 143: 1446-1449.
8. **BERRIOS G. E., BROOK P.:** "Delusions and psychopathology of the elderly with dementia". *Acta Psychiatr. Scand.*, 1985; 75: 296-301.
9. **COHEN-MANSFIELD J.:** "Agitated behaviors in the elderly: preliminary results in the cognitively deteriorated". *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1986; 34: 722-727.
10. **TEETER R. B., GARETZ F. K., MILLER W. R., et al.:** "Psychiatric disturbances of aged patients in skilled nursing homes". *Am. J. Psychiatry*, 1976; 133: 1430-1434.
11. **MILLER M. B., ELLIOT D. F.:** "Errors and omissions in diagnostic records on admission of patients to a nursing home". *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1976; 24: 108-116.
12. **AVORN J., DREYER P., CONNELLY K. et al.:** "Use of psychoactive medication and the quality of care in rest home". *N. Engl. J. Med.*, 1989; 320: 227-232.
13. **ZIMMER J. G., WATSON N., TREAT A.:** "Behavioural problems among patients in skilled nursing facilities". *Am. J. Public Health*, 1984; 74: 1118-1121.
14. **SANZO L.:** *Ancianos en residencias. Evaluación de la situación de los ancianos en las residencias de la Comunidad Autónoma Vasca.* Vitoria: Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco. 1985.
0. **OZAMIZ J. A.:** *Necesidades psicogeriatricas en la C.A.V.* Vitoria: Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Estudios e Informes n.º4. 1984, págs: 99-100.
1. **ARCANO M., HEBERT R.:** *Précis Pratique de Gériatrie.* Québec. Edisem 1987, págs: 561-571.
17. **LIPOWSKY Z. J.:** "The need to integrate liaison psychiatry and Geropsychiatry". *Am. J. Psychiatry*, 1983; 140: 1003-1005.
18. **PADIERNA J. A.:** "Aportaciones psicodinámicas a la terapia del anciano". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiátrica*, 1988; vol VIII, 25: 219-225.
19. **PADIERNA J. A., ETXEBESTE A., SALAZAR M.:** "Terapia grupal con ancianos deprimidos en una residencia". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiátrica*, 1989; vol IX, 28: 15-21.
20. **SHULMAN K. I., SILVER I. L., HERSHBERG R. I., FISHER R. H.:** "Geriatric psychiatry in the general hospital: the integration of services and training". *Gen. Hosp. Psychiatry*, 1986; 8: 223-228.
1. **BORSON S., LIPTZIN B., NININGER J., RABINS P.:** "Psychiatry and the nursing home". *Am. J. Psychiatry*, 1987; 144: 1412-1418.
2. **WOODS R. T., BRITTON P.G.:** *Clinical Psychology with the elderly.* London: Croom Helm, 1985, págs. 250-284.