

El Rol del Trabajo Social en Psicogeriatría.

The Role of Social Work in Psychogeriatrics.

Rebeca Adámez¹, Andrés Correa² (*)

Trabajadora Social¹, Psiquiatra, Coordinador Programa Psicogeriatría².

(*) Unidad de Agudos AMSA (Avances Médicos S.A), Bilbao. Bizkaia.

Resumen: Las personas mayores con problemas de salud mental son una población vulnerable que requiere una atención específica. Se analizan los tipos de intervención desde Trabajo Social en diferentes niveles, los recursos existentes a cuyo acceso tienen derecho los pacientes y las dificultades que persisten actualmente en dicha intervención durante un ingreso hospitalario psiquiátrico. Se describe el desarrollo de un programa de psicogeriatría en una unidad de agudos de psiquiatría en la sanidad privada y se enfatiza en el papel del trabajador social. Se concluye que el papel del Trabajador Social en la atención a pacientes mayores ingresados en psiquiatría es útil y necesario.

Palabras clave: Psicogeriatría, Trabajo Social.

Abstract: Elderly people with mental health problems are an especially vulnerable part of community. We analyze types of interventions from Social Work at different levels, the resources to which the patients have the right to access and the current difficulties persisting in the intervention during a psychiatric hospitalization. It is described the development of a psychogeriatric program in a psychiatric acute care unit in the private health system, emphasizing the social worker's role. Finally, we conclude that the role of social worker in the care of older patients admitted to psychiatry is useful and necessary.

Key words: Geriatric Psychiatry, Social Work.

Introducción

Las personas mayores con problemas de salud mental son por lo general más vulnerables que el resto de la población, puesto que tienen factores que acentúan las carencias derivadas de la edad. La Psicogeriatría es la subespecialidad de la Psiquiatría Clínica que les atiende.

Todo anciano con un ingreso hospitalario en el último año y diagnóstico de demencia o depresión se considera de alto riesgo o anciano frágil¹. Muchos de nuestros pacientes tienen además otros factores que también se consideran de alto

riesgo como por ejemplo, persona que tiene más de 80 años, vive sola, con una situación económica precaria, se ha quedado viudo/a recientemente, ha cambiado de domicilio, toma más de 3 fármacos al día con efectos secundarios importantes, padece alguna patología crónica invalidante, con caídas o con insuficiente soporte social. Además se sabe que entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Esto les ocasiona aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia².



Desde el Trabajo Social se puede considerar que el anciano de riesgo es también un anciano que se encuentra de alguna manera recluido en su domicilio, con sospecha de malos tratos, problemas económicos, carencia de apoyo familiar y social o con signos de una posible institucionalización prematura.

Según el Plan de Salud del Gobierno Vasco 2013-2020 uno de los objetivos principales es la “Atención Sanitaria Integral, Integrada y Centrada en las personas”³. De esta manera, pone de manifiesto la importancia de “impulsar una asistencia sanitaria basada en una visión integral, integrada y centrada en la persona enferma especialmente en pacientes con cronicidad y pluriopatología, y asegurar una atención continuada, personalizada, eficiente y basada en la evidencia científica”. Uno de los puntos más importantes hace referencia al envejecimiento saludable, lo que pone en evidencia la visibilización de políticas públicas para este grupo poblacional específico, especialmente relevante en una comunidad autónoma con índices de longevidad superiores a la media europea⁴.

En el Plan de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco, la Enfermedad Mental es un objetivo importante, puesto que se pretende “garantizar la atención adecuada a pacientes con enfermedad mental, siguiendo las líneas establecidas en la Estrategia de Salud Mental de Euskadi y luchar contra su estigmatización”⁵. La Estrategia de Salud Mental de Euskadi refleja la Atención Integral como la “capacidad de dar respuesta a todos los factores que intervienen en la prevención, tratamiento y rehabilitación de un trastorno mental” y se contemplan varios objetivos relacionados de forma directa con el programa de Psicogeriatría y la atención a pacientes de Salud Mental y personas mayores. En uno de sus objetivos específicos habla sobre “desarrollar e implantar de forma efectiva las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como de la Atención Especializada”. Una de las propuestas y prioridades de este objetivo está en los programas de Psicogeriatría y se hace hincapié en mejorar la atención psiquiátrica en residencias de tercera edad. Sin hacer una mención específica a la población mayor, otro objetivo específico

dice “aumentar el porcentaje de familias de pacientes con trastornos mentales graves que reciben un programa de intervención familiar específico, para mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas”, con lo cual también podría incluir el trabajo social como agente facilitador de estas intervenciones. Y por último, el objetivo quizá más importante en cuanto a la intervención de tipo social es el que habla sobre “delimitar la implicación y el papel de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en las personas con dependencia por enfermedad mental”. Señalamos que el mismo plan de salud mental reconoce que los elementos cognitivos y psiquiátricos no están contemplados dentro la escala de valoración y que se centra en aspectos que tienen que ver con la movilidad y la capacidad de realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Modelos de Atención desde Trabajo Social

Existen unos determinantes sociales de salud que influyen en el proceso del paciente y que orientan de alguna forma la intervención desde el Trabajo Social⁶. Según este modelo, más allá de los factores que tienen que ver con edad, sexo o factores hereditarios (además de los estilos de vida), el apoyo social y comunitario forma una parte importante en la salud, enmarcado siempre en condiciones ambientales y de entorno básicos como la vivienda, el desempleo (o entorno laboral), alimentación y servicios sanitarios. Se sabe ya que en relación a los factores asociados a una mayor prevalencia de problemas de salud mental están en el ser del sexo femenino, estar separado/a o divorciado/a, tener enfermedades crónicas, estar desempleado/a, tener poco apoyo social y tener una posición económica desventajada⁷. Muchos otros estudios muestran un claro gradiente de aumento de la prevalencia de problemas de salud mental según disminuye el apoyo social percibido⁸.

En Trabajo Social, el área de conocimiento que se denomina “Sociogerontología” consiste en un tipo de intervención e investigación que se enfoca en el envejecimiento y que se comparte con otras disciplinas. Es aquí donde se constituye también la atención directa a pacientes mayores⁹.

Desde los modelos teóricos, existen varias metodologías o formas de actuación desde el aspecto social, estas pueden ser:

- a. Trabajo Social de casos (intervención social con individuos): intervenciones orientadas a la prevención, atención, seguimiento y coordinación que se desarrolla con un paciente y/o núcleo familiar.
- b. Trabajo Social Sistémico (intervención familiar): las familias de estas personas tienen unas necesidades específicas, tanto en lo referente a lo emocional como al funcionamiento interno y a su relación con su contexto social más inmediato. Requieren apoyo, asesoramiento e información sobre la enfermedad y su tratamiento, así como sobre el modo de relacionarse con la persona.

- c. Trabajo Social en Red (intervención comunitaria): puede ser la intervención con redes sociales que van desde los propios vecinos hasta ONGs. Se trata de ir desde el individuo hacia el colectivo y desde el colectivo hacia el individuo, de forma que todos los ámbitos interactúen entre sí¹⁰.

Estos tres enfoques no son excluyentes y en nuestra experiencia son realizados simultáneamente en diferentes niveles por el trabajador social durante un ingreso hospitalario en psiquiatría cuando se trata de una persona mayor.

Para la realización de la intervención, el trabajador social cuenta con unas técnicas como la entrevista, observación y otras que se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Técnicas del Trabajador Social para la intervención social			
Objetivo	Actividades	Técnicas	Instrumentos
Atender la problemática social del paciente	Identificación de la situación de riesgo social	Observación	Escalas de riesgo social
Información, orientación y asesoramiento en materia de asistencia social	Facilitar el acceso a los mismos	Entrevista individual	Informe social
Favorecer el bienestar de la persona	Integración en su medio	Entrevista familiar o visita domiciliaria cuando procede	Cronograma de actividades
Prevenir las recaídas que incluyan motivos de entorno social o contexto	Desarrollar actividad de prevención, promoción y asistencia	Estudio social	Historia social
Promover el desarrollo de las capacidades de las personas	Fomentando la responsabilidad en la resolución de problemas	Participación en grupos	Realización de grupos de apoyo social y socioeducativos
Facilitar el acceso a recursos sociales	Informando a la persona y su familia de la cartera de recursos existentes	Derivación a otros recursos	Informe de derivación

Además existen varios documentos o escalas diseñadas para valorar socialmente a las personas usuarias de un servicio donde intervenga Trabajo Social. Una de ellas es la Escala de Gijón¹¹, empleada para valorar la situación social y familiar de las personas mayores. Otra escala más adaptada a psicogeriatría es la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit¹², que recoge la frecuencia

con que el cuidador tiene sentimientos de carga, correlaciona el estado de ánimo y de salud física con la calidad de relación entre el cuidador y la persona atendida. El hándicap en este tipo de Escalas radica en la validez que tienen, puesto que suelen ser subjetivas, es decir, cuenta de manera notable la interpretación que le da el/la profesional que evalúa.



En un modelo más comunitario de atención psiquiátrica y en la línea de una atención individualizada y centrada en el contexto de la persona, otro de los objetivos que se plantea para salvaguardar varios factores de riesgo en la persona mayor y donde se incluye el papel de Trabajo Social, es la atención domiciliaria como estrategia a reforzar en el futuro. Se pretende con esto garantizar la continuidad de cuidados de las personas mayores en su propio domicilio y entorno familiar. La ONU ya reconoce: “Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares y amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible”¹³.

El Papel del Cuidador

Las intervenciones destinadas al espacio familiar y comunitario implican una mayor atención a los cuidadores. La figura del cuidador es fundamental en psicogeriatría. Existen diferentes tipos, en general es la propia familia quien le cuida (cuidadores informales) pero pueden ser profesionales contratados por la familia por horas o que residen con la persona y les atienden 24h (no profesionales). De forma generalizada, la tendencia de las personas mayores es rechazar la ayuda de cuidadores profesionales en su domicilio, debido a la personalidad, la cultura, las costumbres o la misma desconfianza a encontrarse personas desconocidas en casa; esto hace más complicada aun la tarea del cuidado. Las alternativas a estos problemas de momento son pocas. Se deben desarrollar intervenciones dirigidas a conseguir las condiciones propicias para la adecuada atención al enfermo, procurar fortalecer al cuidador principal para que ejerza su función y mejorar sus capacidades, y en ese sentido es fundamental procurar una adecuada formación.

Las actividades y estrategias que se pueden llevar a cabo para lograr fortalecer el papel del cuidador son:

- a. Información relativa a la enfermedad o dificultades, o cómo atender al enfermo (grupos psicoeducativos).

- b. Apoyar al cuidador: se trata de una cuestión emocional, dar herramientas técnicas para facilitar la tarea y reforzar positivamente al cuidador (grupos de ayuda mutua).

- c. Trabajar en la organización familiar, evitar el aislamiento del cuidador y fortalecer su red de apoyo social y emocional.

- d. Buscar recursos: apoyo formal cuando no haya una red de apoyo social informal

Otra de las alternativas para evitar la sobrecarga del cuidador es la participación en los programas de respiro familiar en centros de día que, específicamente en nuestra comunidad autónoma, ofrece la Diputación Foral de Bizkaia para personas mayores, los cuales tienen como finalidad ofrecer a la persona cuidadora la posibilidad de disponer de un tiempo para su descanso, recuperación y/o desarrollo personal o para hacer frente a una situación de necesidad puntual que le impida el ejercicio de sus funciones de cuidador durante el fin de semana¹⁴.

Programa de Psicogeriatría

Cerca de 15.000 personas se han beneficiado de los servicios de AMSA Servicios de Psiquiatría (Avances Médicos) durante los 25 años que esta institución lleva de trayectoria. Con sede principal en Bilbao (País Vasco) trabaja con diversas aseguradoras privadas y se ha convertido en referente autonómico de Atención en Salud Mental.

Desde 2011 se está llevando a cabo en su unidad de agudos, ubicada en el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi (Bizkaia) un Programa de Psicogeriatría orientado al tratamiento integral de los problemas de salud mental de las personas mayores de 65 años que ingresan en psiquiatría general. Este enfoque consiste en el trabajo en equipo de profesionales con experiencia en el área y con la sensibilidad necesaria para abordar de manera integral e inclusiva con la familia, las diferentes situaciones que puede presentarse en los adultos mayores, como trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos psicóticos crónicos y síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia, entre otros.

El programa surgió en respuesta a una necesidad de atender a esta población de manera más específica, dado que se vio un incremento paulatino de la proporción de mayores ingresados (alrededor del 25%) y que los recursos no se adecuaban en ocasiones a las necesidades de los pacientes.

Actualmente los pacientes tienen atención por un psiquiatra con formación y experiencia en psicogeriatría, evaluación sistemática por un psicólogo experto en neuropsicología y gerontología y por Trabajo Social. Enfermería realiza una valoración integral de diversos temas físicos y de requerimientos de atención y los auxiliares protocolizan las actividades en las que requieren supervisión o ayuda. Además contamos con la posibilidad de diversas interconsultas a otras especialidades médicas, especialmente Medicina Interna.

El programa da continuidad a los cuidados con una consulta ambulatoria específica de seguimiento que lleva el psiquiatra coordinador. Además se está también llevando a cabo una terapia de grupo ambulatoria, con frecuencia de una vez por semana, para pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de ansiedad y depresión, muchos de ellos provenientes de un ingreso en el hospital.

Intervención Social en Psicogeriatría en la Unidad de Agudos

La función del Trabajador Social es fundamentalmente la gestión de recursos sociales tanto con el paciente como con la familia. También hay otras funciones que cumple como por ejemplo, la mediación con las familias, favorecer la integración social de los pacientes en la comunidad y su entorno personal y procurar el derecho de autodeterminación de los pacientes, dándoles herramientas e información para que puedan ser ellos mismos (en la medida de lo posible) quienes elijan una opción sobre sus procesos.

Las intervenciones de Trabajo Social en el primer contacto están destinadas a conocer el entorno y el contexto del paciente anteriores al ingreso, para que durante este mismo se puedan paliar las posibles carencias que influyen de alguna forma en el proceso de su enfermedad. Para lo-

grar esto, se aplica una encuesta de necesidades sociales, adaptada por la trabajadora social, para detectar las principales áreas implicadas y enfocar cada caso individualmente. Se interroga sobre la red de apoyo, los recursos económicos y de ayudas según establezca la ley.

Dentro de la intervención propiamente dicha, se trata de ofrecer tanto al paciente como a la familia las herramientas, conocimientos, orientaciones y acceso a los recursos de tipo social, sanitario o judicial de los cuales disponen, siempre informando a la persona de los derechos que tiene a solicitar ayudas de carácter social y económico.

En la línea de la sociogerontología cabe mencionar que el aspecto más importante en la intervención social es la entrevista familiar, puesto que se trata de personas mayores, algunas de ellas se encuentran viudas y con algún cambio reciente en la dinámica diaria que altera de forma importante el ritmo de las familias y que propicia en muchos casos el ingreso hospitalario. Es por eso importante contar con el apoyo de los familiares y la predisposición a cambiar aspectos que ayuden a mejorar la situación al alta.

En cuanto al tipo de trabajo que se realiza con el paciente y sus familias, hay que detallar varios aspectos:

- a. En primer lugar mencionar que se trata de una Unidad en principio de corta estancia, por lo que los pacientes están atendidos durante un corto periodo de tiempo (15 días a un mes aproximadamente), teniendo este factor en cuenta, la intervención de Trabajo Social suele ser corta y en ocasiones de forma puntual ante la identificación de una dificultad social por parte del Psiquiatra de referencia.
- b. Se realizan entrevistas tanto a pacientes como a familiares cuando la situación lo requiere.
- c. En todas las ocasiones se informa al paciente y la familia sobre los recursos que existen en la comunidad, servicios sociales, sanitarios y jurídicos y el acceso a los mismos.
- d. Puede ser que el paciente sea derivado a otro recurso de carácter social o socio sanitario, por lo que se realiza la derivación desde Trabajo Social.

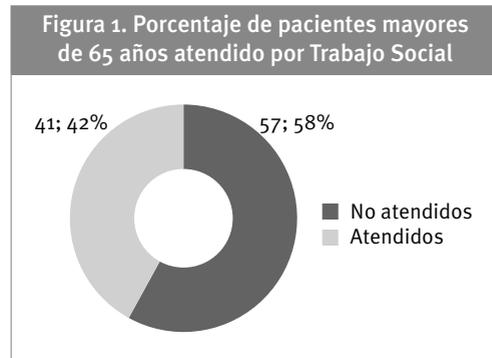


- e. Las causas que determinan el cierre de la intervención son en la mayoría de ocasiones el alta médica, que en algunos casos son por derivaciones a otros recursos de tipo residencial o de media o larga estancia.

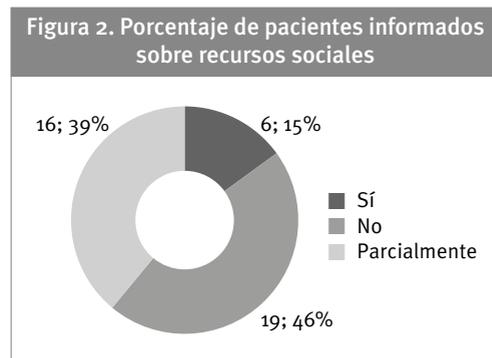
Entre los recursos que más se suelen gestionar para pacientes mayores, en coordinación con los asistentes de los servicios sociales de base, existen los siguientes:

- a. **Valoración de Dependencia:** La mayoría de pacientes que ingresan no la tienen gestionada. Es la principal actividad que se facilita en personas mayores, porque da acceso a otras ayudas en función del grado o nivel (Dependencia Moderada, Severa o Gran Dependencia).
- b. **Residencias o Centros de Día.** La forma de acceso es la misma para ambos, se rige en función del grado y nivel que se tenga como personas dependiente. La adjudicación de plazas concertadas puede tardar mucho, por lo que se aconseja siempre valorar la Dependencia aunque no se sienta como una necesidad en ese momento, puesto que facilita dicha labor en el futuro.
- c. **SAD o Servicio de Ayuda a Domicilio.** Es un servicio de apoyo a la persona para la realización de las actividades de la vida diaria, proporcionando en el domicilio atención personal y especializada. El objetivo es mejorar la calidad de vida de la persona dependiente y sus familiares mediante personal especializado en actividades concretas, favoreciendo su permanencia en el domicilio habitual.
- d. **Servicio de Teleasistencia.** Es un servicio de ayuda inmediata que permite a las personas mayores estar en contacto, a través de un pulsador (colgante o pulsera) con un centro de atención personal que en casos de emergencia pone en marcha el plan idóneo para una rápida y eficaz solución (aviso a familiares, médicos, ambulancia, etc). Tiene por objeto proporcionar seguridad a las personas mayores.
- e. **Otros:** cambio de Plan Individual de Atención, Incapacidad Judicial, ayudas para adaptar la vivienda, temas sobre pensión, etc.

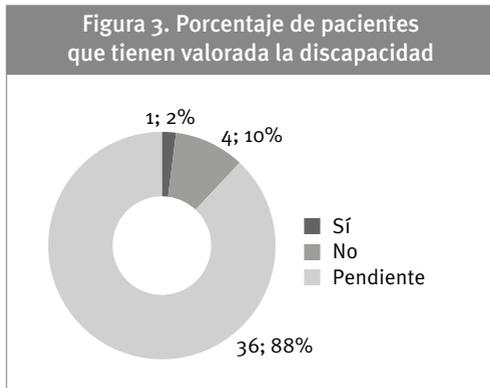
Se han revisado los datos de los pacientes atendidos por Trabajo Social durante un año (de abril de 2014 a abril de 2015) en la unidad de agudos y se representan en las siguientes figuras.



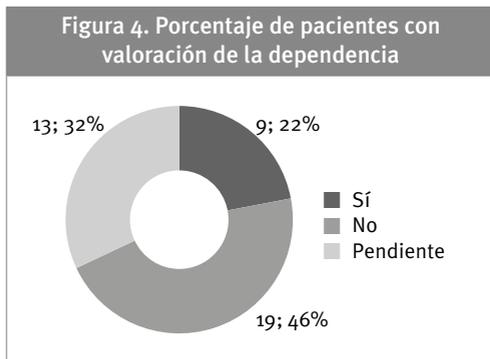
La figura muestra que es posible extender aún más la población atendida aunque es posible que la razón de que no hayan sido valorados es porque ni su psiquiatra de referencia ni el equipo terapéutico identificaron ninguna necesidad específica.



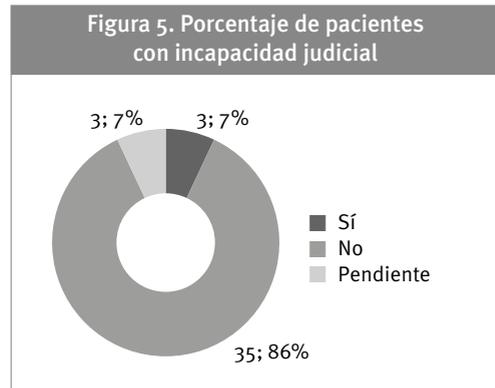
Podemos observar que la mayor parte de los pacientes que llegan al servicio vienen desinformados sobre recursos o están informados de forma muy parcial, sin saber exactamente en qué consisten los servicios y prestaciones ni el acceso a ellos.



De los pacientes atendidos mayores de 65 años, la mayoría no tienen valorada la discapacidad. Esto se puede explicar desde la naturaleza de esta ayuda, orientada en su origen a personas en edad laboral o a quienes se les ha dado la incapacidad laboral en grado de parcial, total, absoluta o gran incapacidad y que, pasando la edad de 65, pasan a ser pensionistas de jubilación del INSS.



En cuanto al número de personas que tienen valoración de dependencia, sigue siendo bajo aunque ligeramente más alto en comparación con la valoración de discapacidad. La tendencia en este tipo de pacientes debería ser en aumento a la tramitación de este recurso, puesto que se configura como la puerta de acceso a prestaciones y servicios en materia de personas dependientes, y subvencionado por las administraciones públicas.



El ámbito de las incapacidades judiciales sigue siendo un tema complejo, ya que continúa existiendo resistencia por parte de las familias a iniciar dicho trámite, utilizándolo como último recurso y solamente en casos en los que sea absolutamente necesario, puesto que comporta exigencias de carácter legal (exigir a los tutores el buen ejercicio de la tutela y la justificación anual de cuentas ante el juez).

Conclusiones y Reflexiones finales

En la atención integral a personas mayores que tienen una patología mental y que están en una unidad de agudos, es clave el papel del trabajador social ya que facilita la participación de familia y la sociedad con la intervención activa de éstas en el tratamiento y recuperación del enfermo.

Se recomienda que la intervención con esta tipología de pacientes mayores sea de forma sistemática en todos los casos, ya que esto ayudaría en gran medida a evitar posibles recaídas relacionadas con factores sociales no resueltos en anteriores ingresos o contactos con Salud Mental. La intervención social debe ser algo fundamental que se lleve a cabo de una forma estructurada mediante la evaluación con escalas como la de Gijón o Zarit¹⁵, o la utilización del genograma como herramienta que ayude en las dificultades familiares y pueda ayudar a explicar aspectos comportamentales que afectan tanto al individuo como a la familia.

Cabe mencionar desde el espacio laboral y terapéutico la importancia de la intervención interdisciplinar y el trabajo en equipo con Psiquiatría, Psicología y Enfermería para lograr el principal



objetivo común, el bienestar del paciente. La experiencia en este sentido es de un balance muy positivo a favor de la rehabilitación del paciente. Analizar la situación individual desde cada una de las disciplinas para poder llevar a cabo un tratamiento con un fin común favorece tanto a la persona como al equipo, que puede ser capaz de ver de una forma distinta y más amplia el contexto en el que se encuentra el paciente y valorar así diferentes tipos de actuación.

La coordinación además de realizarse con el equipo, se hace fuera de la unidad de hospitalización hacia los Servicios Sociales de base, re-

curso jurídicos, sanitarios y médicos. Sin todo este trabajo en red no sería posible la integración del paciente en la comunidad y el retorno a su domicilio en las condiciones propicias para ello.

Se deben continuar desarrollando modelos de atención interdisciplinar en el área de la psiquiatría dado la importancia actual y futura de esta área clínica, donde se tengan en cuenta enfoques integrales con el fin último de brindarles a nuestros pacientes la mejor atención posible.

Contacto

Andrés Correa Hospital • San Juan de Dios
Avda. Murrieta 70 • 48980 Santurtzi, Bizkaia
acorrea@avancesmedicos.es • Tel.: 944 947 071

Referencias bibliográficas

1. Suay AL, Ortega M, Mendo O, Simó MD. Aniano Frágil: Guía de Actuación Clínica AP. URL: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasapo3ancianofragil.pdf> [2003].
2. La Salud Mental y los adultos Mayores. Nota descriptiva N°381. In: Organización Mundial de la Salud. URL: <http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs381/es/> [Septiembre de 2013].
3. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. In: Osakidetza – Euskadi. URL: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf [Diciembre de 2013].
4. Población de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales, según grandes grupos de edad y sexo. 2013. In: Eustat. URL: http://www.eustat.es/elementos/ele0011400/ti_Poblacion_de_la_CA_de_Euskadi_por_mbitos_territoriales_seg_n_grandes_grupos_de_edad_y_sexo_2013/tblo011427_c.html#axzz3Kri8w9Kl [13.03.2014].
5. Estrategia en Salud Mental de la CAPV. In: Osakidetza. URL: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpublo2/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/mental/estrategiaSaludMental.pdf [06-2010].
6. Dahlgren G., Whitehead M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies.
7. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Intervenir en Salud Mental. In: Organización Mundial de la Salud. URL: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf [2004].
8. Bones K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Eiol J. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicotherma* 2010; 3: 389-395.
9. Landriel. E. Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención del Trabajo Social. In: Universidad de Costa Rica. URL: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-031.pdf> [20-09-2001].

10. Aroca L, Arocas A, Cebrián A, Maltés L, Pasqual M, Pérez C, et al. Intervención del/la trabajador/a social en las unidades de apoyo de salud mental. In: Generalitat Valenciana. URL: http://www.san.gva.es/documentos/156344/484152/Intervencion_del_TSS_unidades_de_salud_mental.pdf
11. Abellán G, Abizanda P, Alastruey C, Albó A, Alfaro A, Alonso M, et al. Tratado de Geriatría para Residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología 2007.
12. Regueiro AA; Pérez-Vázquez A; Gómara SM, Ferreiro MC. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria 2007 39(4):185-8.
13. Lamarca, I. El papel de la sociedad en la integración de las personas con enfermedad mental. In: Norte de Salud Mental. Norte de Salud Mental 2009; 34: 34-43.
14. Departamento de Acción Social. In: Diputación Foral de Bizkaia. URL: http://www.bizkaia.net/home2/Temas/DetalleTema.asp?Tem_Codigo=8697&idioma=CA&bnetmobile=1&dp_to_biz=3&codpath_biz=3|235|8697 [2014].
15. Pujol M. El trabajo interdisciplinar en Psicogeriatría. El trabajo social con el paciente psico-geriátrico. Informaciones Psiquiátricas 2008; 192: sin página.

- Recibido: 2/10/2015.
- Aceptado: 15/12/2015.