

DEMANDA DE INSTITUCIONALIZACION Y POSIBLES ALTERNATIVAS EN LA POBLACIÓN ANCIANA DE SAN SEBASTIAN

"El mejor sitio para las personas de edad estará siempre en su propia colectividad" (1). Esta es una de las recomendaciones que realiza la OMS sobre planificación y organización de servicios geriátricos. La necesidad de potenciar la permanencia domiciliaria del anciano está reconocida por la Administración como una política de actuación a seguir (2). Sin embargo, el ciudadano medio conoce pocas ofertas asistenciales para el anciano, excepto la tradicional hospitalización o residencialización.

En la actualidad se debate a qué tipo de ancianos se debe atender en las residencias geriátricas, en relación a las enfermedades que pueda padecer o al grado de validez que pueda tener (3). Las listas de espera por escasez de plazas residenciales son un hecho constatado en muchos de nuestros pueblos y ciudades. El déficit de plazas residenciales es una realidad en San Sebastián y su comarca (4), donde los plazos de espera se alargan varios años y los discapacitados moderada o severamente difícilmente van a poder ingresar en alguna de las residencias geriátricas en funcionamiento. Si las plazas residenciales son pocas y orientadas primordialmente a atender a ancianos válidos, aún son menos las alternativas a la institucionalización que se ofrecen (5).

A partir de esta idea genérica inicial, hemos pretendido acercarnos a conocer cuál era la opinión del anciano, potencial usuario, de San Sebastián que tras haber solicitado su ingreso en una residencia geriátrica se encontraba a la espera de que en un

plazo más o menos amplio se tramitase su admisión. A éstos, potencialmente futuros usuarios de residencias, les hemos planteado y explicado un amplio abanico de alternativas a la institucionalización solicitada, para que así pudiesen optar teóricamente por unas u otras alternativas planteadas o por la propia institucionalización ya solicitada.

El objetivo primordial del trabajo ha sido conocer lo que opina el viejo donostiarra de diferentes alternativas a la institucionalización actual que pueden plantearse, y qué utilidad cree que pudiera obtener de las mismas en su situación actual. A partir de los resultados que obtenemos, creemos que debiera esbozarse una política de actuación encaminada a disminuir la demanda de institucionalización.

MATERIAL Y MÉTODO

Período de realización

En el verano de 1988 se preparó la encuesta protocolizada y cerrada que posteriormente se utilizó. Se realizó una valoración de la viabilidad de la encuesta en 25 personas voluntarias ancianas. Durante ese período de tiempo también se recogieron los datos para elaborar el listado general inicial.

El trabajo de campo comenzó a realizarse el 1 de septiembre de 1988, finalizándose la recogida de datos el 30 de

noviembre del mismo año. A partir de entonces se ha realizado la informatización, evaluación, explotación y presentación de resultados iniciales (6), hasta su publicación actual.

Realización y composición de la muestra

Como ya hemos indicado, en este trabajo pretendemos acercarnos a conocer la opinión de los posibles usuarios de residencias de ancianos en San Sebastián. Para ello intentamos acceder a un hipotético listado nominal de potenciales usuarios de institucionalización permanente en San Sebastián. Este listado inicial debía contener la dirección habitual y el número de teléfono del demandante.

La demanda de institucionalización en San Sebastián no está centralizada, pudiéndose realizar a través de diversas Instituciones públicas o residenciales. Por lo tanto nos dirigimos a todas ellas explicando los objetivos del trabajo, su viabilidad y solicitando la información necesaria. El acceso a este gran listado nominal debió realizarse a través de la información que nos facilitaron en Instituciones Públicas (Ayuntamiento, Diputación, Gobierno Vasco) y privadas, así como residencias de ancianos, hogares de jubilados, asistentes sociales, etc. La colaboración, en líneas generales, fue excelente.

Este listado global inicial está compuesto por 529 personas, que teóricamente habían solicitado ingreso en alguna de las residencias de ancianos de San Sebastián y estaban a la espera de que fuese aceptada su solicitud de ingreso.

Metodología

La recogida de resultados se llevó a cabo mediante una encuesta cerrada, que constaba de los siguientes apartados generales:

1. Datos generales.
2. Datos sociales.
3. Datos de validez psico-física (incluía la realización tres escalas: escala de validez de Zorroaga, MSQ y escala de depresión de Zorroaga) (14, 15).
4. Atención domiciliaria: necesidades y cobertura actual.

5. Alternativas a la institucionalización solicitada.

Previamente a la utilización real de la encuesta se realizó un adiestramiento conjunto y unificación de criterios, que se plasmaron por escrito en un "texto guía" de método de realización de la encuesta.

La recogida de resultados se realizó a través de una visita-entrevista personal, que se hizo en el domicilio del demandante de institucionalización, tras haberle informado previamente (por teléfono o por escrito) de los objetivos del estudio y haber solicitado permiso de realización. La recogida de datos en la entrevista personal la llevaron a cabo dos Licenciadas en Psicología con experiencia en el campo de la Gerontología. En los casos de ausencia del domicilio se averiguó la causa o se procedió a acudir en dos ocasiones diferentes más, y si a pesar de ello se desconocía el motivo de la ausencia se procedía a catalogarle como "paradero desconocido".

Ya en el domicilio del anciano, se procedía de nuevo a informar sobre los objetivos y viabilidad del trabajo. Tras la aceptación positiva de colaboración se procedía a la recogida de datos, previa información de cada uno de sus apartados. La duración del trabajo realizado en el domicilio de cada anciano se ha aproximado a los 60 minutos de media por persona.

Elaboración final de la muestra

Del listado inicial general de 529 personas, comprobamos que 81 personas (15%) estaban ya residiendo en residencias de ancianos de Guipúzcoa o de otros lugares, 36 personas (7 %) habían fallecido cuando se realiza el trabajo de campo. Tras esta depuración inicial del listado general, quedó constituido el listado global definitivo de posibles usuarios de residencias por 412 personas (78%).

De esta lista depurada de 412 personas, 140 (34%) tenían una ausencia reiterada de su domicilio y fueron catalogadas como de paradero desconocido, vivían fuera de San Sebastián 49 personas (12%) por lo que también fueron excluidas de la muestra, y se negaron a colaborar en la realización del trabajo 30 personas (7 %). Accedimos al domicilio y recogimos la información deseada en los 193 casos restantes, que constituyeron la muestra definitiva.

Alternativas a la institucionalización actual

Las alternativas que se plantearon y explicaron fueron las siguientes:

1. Atención domiciliaria (ADO).
2. Centro de Día (CDI).
3. Vivir con su familia (VSF).
4. Aumento de apoyo familiar (AAF).
5. Familia próxima de acogida (conocida) (FPA).
6. Familia lejana de acogida (desconocida) (FDA).
7. Pisos compartidos entre viejos (no tutelados) (PNT).
8. Pisos compartidos tutelados (PST).
9. Apartamentos vigilados (AVI).
10. Mayor confort en vivienda habitual (VMC).
11. Miniresidencia de barrio (MRB).
12. Aumento del apoyo comunitario (AAC).
13. Apoyo económico mensual de 20.000, 40.000 ó 60.000 pesetas (AEC).
14. Apoyo institucional inmediato en caso de invalidez o enfermedad (AIN).

RESULTADOS

En este estudio han intervenido los datos obtenidos de 193 personas, que previamente habían solicitado su ingreso en una residencia de ancianos de San Sebastián. De estos 193 casos, 37 eran varones (19 %) y 156 mujeres (81 %). La media de edad de la población era de $76,48 \pm 8,21$ años.

Teniendo en cuenta que el trabajo de campo se realizó a partir del 9.º mes de 1988, comprobamos que únicamente 47 personas (27,4 %) habían realizado la solicitud de ingreso durante el propio año 1988. Un 18,7 % de la población (32 personas) habían realizado la solicitud de ingreso en 1987, y más de la mitad de la población encuestada ($n = 122$; 54,8 %) habían hecho esta solicitud en 1986 o en años anteriores.

A pesar de ser toda la población incluida residente en San Sebastián, comproba-

mos una muy diversa procedencia originaria. 110 personas (57,5 %) habían nacido en Guipúzcoa, 21 personas (10,9%) habían nacido en Navarra, 12 personas (6,2 %) lo habían hecho en Vizcaya, 10 en La Rioja (5,2 %) y 7 en Álava (3,6 %). Los restantes (16,6%) eran originarios de otros lugares del Estado.

Los motivos aducidos para explicar la solicitud de ingreso en una residencia eran principalmente los siguientes:

—Necesidad de protección (129 casos): 68,8 %.

-Soledad (35 casos): 18,1 %.

—Mayor independencia personal (8 casos): 4,1 %.

En cuanto a estado civil, 81 casos (42%) eran viudos y 76 solteros (39%), en 4 casos (2 %) se había producido una separación del cónyuge y permanecían casadas únicamente 32 personas (17%).

El grupo de edad más importante se situaba entre 75 y 85 años ($n = 85$; 44 %), seguido del grupo de 65 a 75 años ($n = 62$; 32%). También los mayores de 85 años son un grupo en alza, ya que la demanda se eleva a 36 casos (17%), mientras que solamente habían demandado institucionalización 13 personas menores de 65 años (7 %).

En el cuadro 1 exponemos las condiciones del habitat habitual del demandante. Comprobamos que el 66 % de los casos disponen de vivienda propia o alquilada a su nombre. El resto (34 %) dependen de familiares o terceras personas para su habitat. Respecto a las condiciones de ubicación y confort, comprobamos que en la mayoría de los casos son satisfactorias. La ubicación del domicilio habitual era considerada como buena o muy buena en el 86 % de los casos y el grado de confort del domicilio era considerado por las realizadoras como bueno o muy bueno en el 77 % de los casos.

En el cuadro 2 ofrecemos algunos datos referenciados al confort y servicios domiciliarios. Es de destacar las buenas condiciones higiénicas de los domicilios, en cuanto a servicios de agua corriente y caliente, aunque también sea reseñable que un 10 % no disponía de agua caliente en su domicilio. La calefacción era inexistente o insufi-

CUADRO 1
HABITAT: CONDICIÓN, UBICACIÓN Y CONFORT

* VIVIENDA HABITUAL:		
— Propia	78	(40 %)
— Alquilada	50	(26 %)
— Familiares	41	(21 %)
— Pensiones	12	(6 %)
— Amigos	7	(4 %)
— Ninguna.....	5	(3 %)
* UBICACIÓN:		
— Muy mala	3	(2 %)
- Mala.....	12	(6 %)
— Regular	11	(6 %)
— Buena	73	(38%)
— Muy buena	93	(48 %)
* CONFORT:		
— Muy malo	5	(3 %)
- Malo	14	(7%)
— Regular	24	(12%)
— Bueno	87	(45 %)
— Muy bueno.....	62	(32 %)

ciente en el 32 % de los casos. También es de resaltar la plena irrupción de los medios de comunicación en el mundo del anciano. Prácticamente todos disponen de radio y televisión y el 91 % de los entrevistados disponían de teléfono en su domicilio.

En el cuadro 3 se expone la cuantía que declararon percibir los encuestados como pensión económica mensual. El grupo más importante (51 %) declaran percibir una pensión entre 23.000 y 44.000 pesetas mensuales.

En el cuadro 4 se ofrece la valoración del nivel cultural de la población estudiada. Únicamente un 3 % fue considerada como analfabeta, mientras que un 14% era considerada semianalfabeta. El grupo más importante de población (66 %) había realizado estudios primarios.

En el cuadro 5 ofrecemos los resultados de la aplicación de las escalas de valoración psico-física. Tras la aplicación de la escala de valoración de funciones superiores "MSQ", comprobamos que el 90 % de la población no presentaba ningún deterioro en sus funciones intelectuales (intactas). No presentaban sintomatología depresiva el 76 % de los demandantes, mientras que un 12 % de los casos se catalogaron como

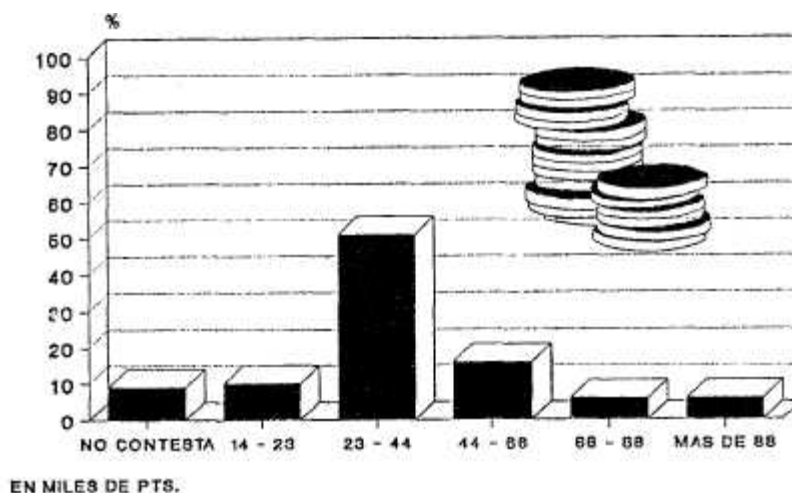
depresiones leves y un 11 % como depresiones graves. En suma, tras la aplicación de la escala de depresión de Zorroaga, un 23 % podía definirse como afecta de depresión. Un 15% presentaba discapacidades diversas que les definían como inválidos, con diferentes necesidades de ayuda para actos de la vida diaria. En otros casos los grados de discapacitación eran menores y en un 55 % (autónomos) presentaban una autonomía plena para la realización de todos los actos de la vida diaria.

En el cuadro 6 se comprueba que únicamente una tercera parte de la población demandante de institucionalización (n = 68; 35 %) no recibía ayuda o asistencia domiciliaria (de una u otra forma). La principal fuente de ayuda a domicilio es la que corresponde a la iniciativa privada del usuario (n = 66; 34 %), mientras que la ayuda domiciliaria procedente del Ayuntamiento de San Sebastián solamente alcanzaba a 23 personas (12%). Otras procedencias de ayuda domiciliaria son la propia comunidad (n = 12; 6%) o la familia (n = 24; 12%). Tras correlacionar los diferentes modelos de ayuda a domicilio los hemos correlacionado con el grado de satisfacción que producían. Así (cuadro 7), comprobamos que la ayuda a domicilio que mayor satisfacción produce es la que procede de la ini-

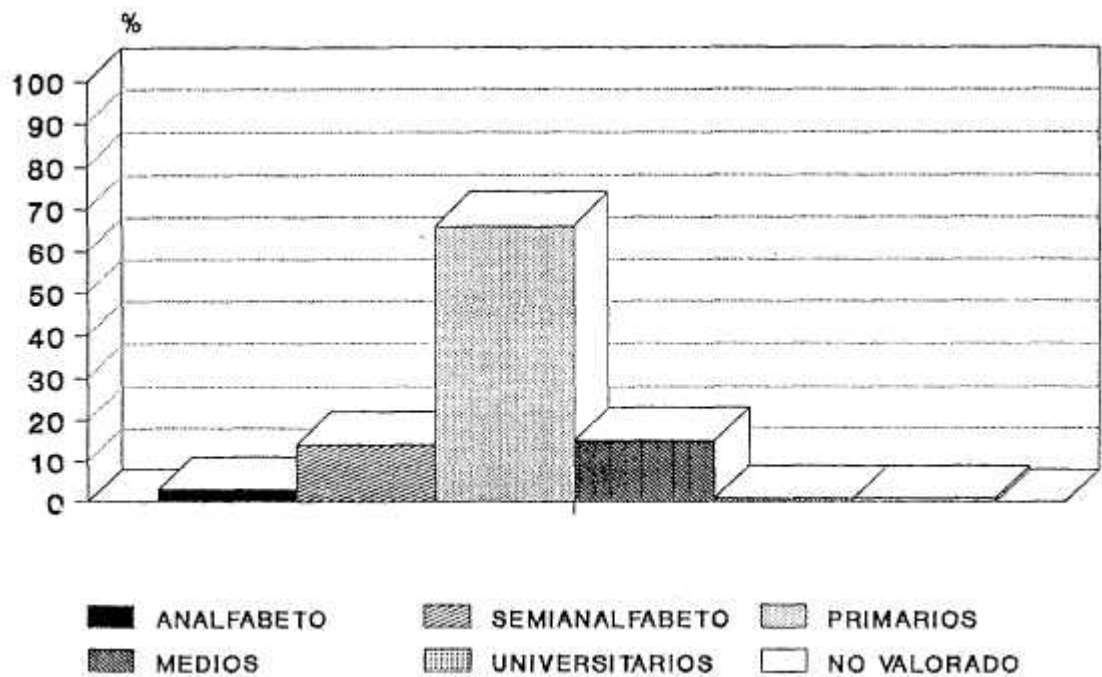
CUADRO 2
VIVIENDA: CONFORTABILIDAD Y SERVICIOS

• ASCENSOR:			
- SI	122	(63 %)	
- NO	71	(37 %)	
NOTA: 1 22 personas vivían en pisos más altos que un segundo, de los cuales 84 (69%) tenían ascensor y 38 (31 %) no.			
* HIGIENE:			
— Servicio completo.....	164	(85 %)	
— Ducha y retrete	13	(7 %)	
— Sólo retrete.....	15	(8 %)	
— Nada	1	(0 %)	
* AGUA CORRIENTE:			
- SI	191	(99%)	
- NO	2	(1 %)	
* AGUA CALIENTE:			
- SI	173	(90 %)	
- NO	20	(10%)	
* CALEFACCIÓN:			
— Suficiente	131	(68%)	
— Insuficiente	56	(29 %)	
— Ninguna	6	(3 %)	
* COMUNICACIÓN:			
— Radio	186	(96 %)	
— Televisión	181	(94%)	
— Teléfono	176	(91 %)	

CUADRO 3
PENSIÓN MENSUAL
CUANTÍA DECLARADA

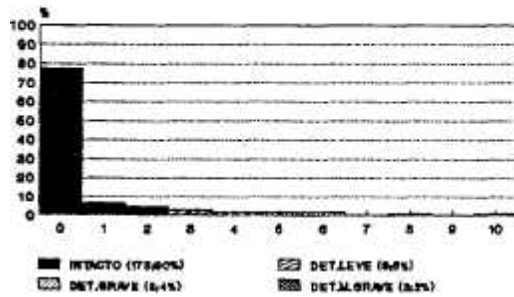


NIVEL CULTURAL

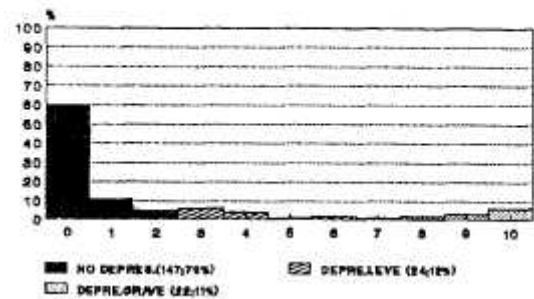


CUADRO 4

VALORACION INTELCTUAL M.S.Q.

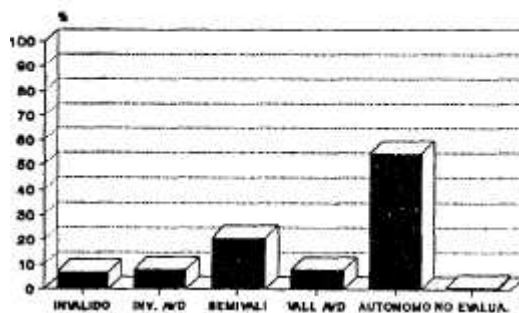


VALORACION DEPRESION ZORROAGA

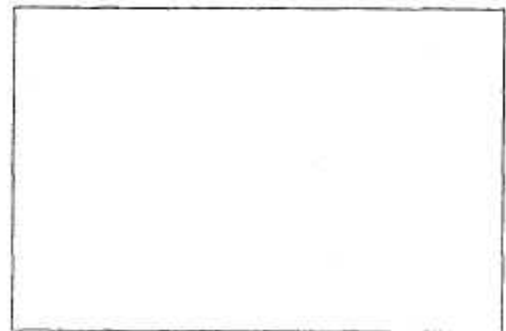


CUADRO 5

VALORACION DE VALIDEZ ZORROAGA

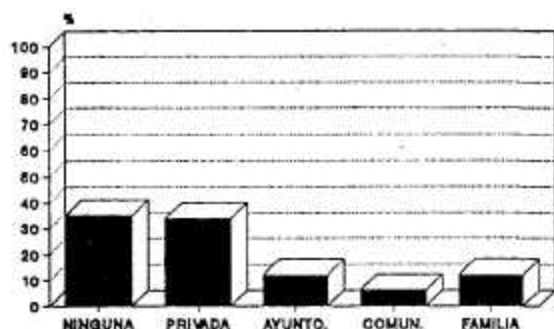


VALORACION PSICO-FISICA



CUADRO 6

AYUDA DOMICILIARIA COBERTURA ACTUAL



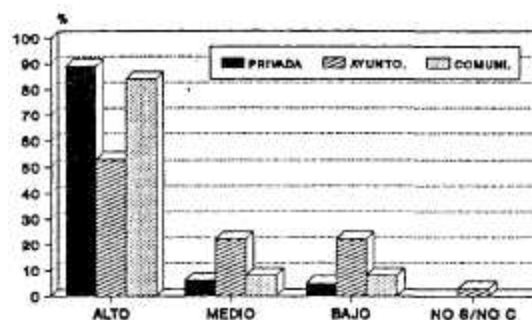
dativa privada, contratada por el usuario, y a muy poca distancia en satisfacción es la que procede de la comunidad. La ayuda domiciliaria procedente de instituciones públicas (Ayuntamiento), ofrecía menor grado de satisfacción.

Partiendo únicamente de una valoración del grado de movilidad y autonomía, se consideró que 53 personas (27 %) precisaban una atención sanitaria domiciliaria. Las principales causas que generaban esta necesidad de atención domiciliaria eran: patología reumatológica (27 casos), demencias (9 casos) y problemática sanitaria diversa (17 casos).

En el cuadro 8 se exponen las diferentes alternativas a la institucionalización solicitada, que se plantearon y explicaron a cada uno de los encuestados. Para ser aceptada como positiva una respuesta debía entenderse que el encuestado prefería ésta a la institucionalización solicitada. Por lo tanto las respuestas positivas podían ser múltiples. El mayor grado de aceptación lo recibió la alternativa considerada como "apoyo institucional (residencialización u hospitalización) urgente en caso de necesidad", que la consideraban "suficiente" casi el 50 % de la población encuestada. Poder acceder a una miniresidencia en su habitat habitual (barrio), era considerado como una buena alternativa en casi el 40 % de los casos. Otras alternativas con altos porcentajes de respuestas preferenciales (alrededor del 20 %) fueron: mejora de la atención domiciliaria actual, percibir un mayor aporte económico en el habitat actual, o residir en apartamentos vigilados. Otras alternativas (Centro de Día, pisos tutelados, etc.) tuvieron un grado de aceptación menor.

CUADRO 7

AYUDA DOMICILIARIA GRADOS DE SATISFACCIÓN



Una vez realizado este planteamiento inicial la psicóloga realizadora del trabajo de campo, solicitó al usuario que eligiese entre alguna de las alternativas positivas la que mejor resolviese su situación actual, siempre teniendo en cuenta que esta alternativa debía ser considerada como "mejor" que la institucionalización solicitada. En el cuadro 9 resumimos los resultados de esta elección. Las minirresidencias de barrio (25 %); el apoyo institucional inmediato en caso de necesidad (13%); la mejora de la atención domiciliaria (11 %); los apartamentos vigilados (8 %), y un apoyo económico "extra" de 20.000 pesetas mensuales (7 %), se consideran como las mejores alternativas a la institucionalización solicitada. Únicamente un 15 % consideraba que ninguna de las alternativas planteadas eran mejor para su persona y su situación que la institucionalización permanente que habían solicitado en alguna residencia de ancianos de San Sebastián.

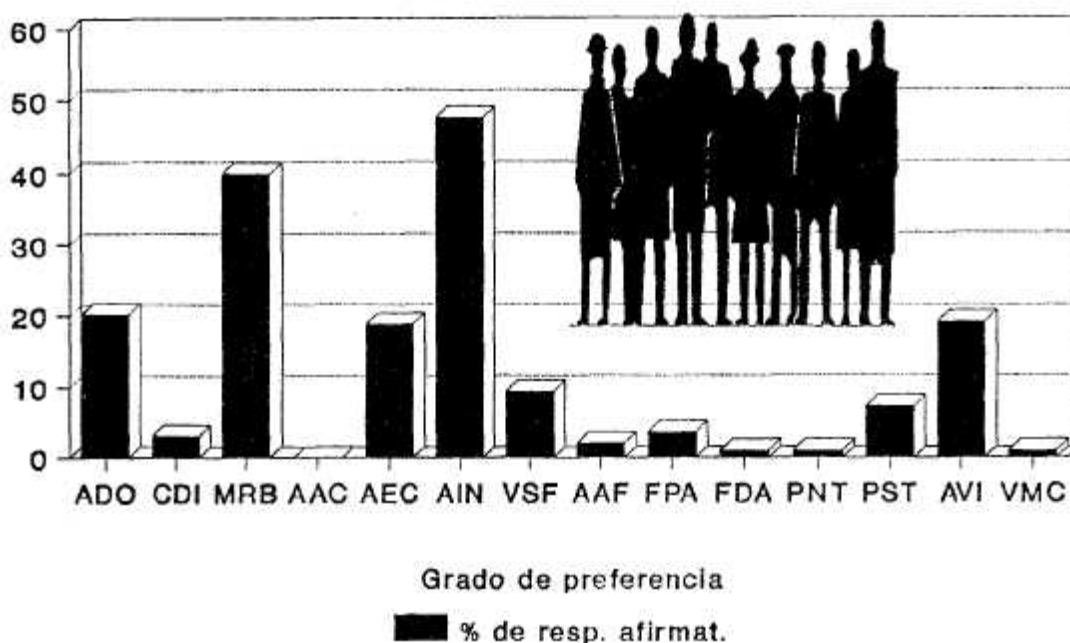
Respecto a las necesidades de atención domiciliaria, en el cuadro 10 ofrecemos el desglose de las mismas. El 67 % necesitaba ayuda para la limpieza del hogar, el 39 % para hacer la compra, el 25 % para hacer la comida y el 33 % para todas las actividades del hogar que se plantearon. Referían necesidad de compañía un 11 %.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos nos indican que la población que está demandando institucionalización en San Sebastián es ya bastante vieja (media de edad = 76,48 años). Sin embargo, aunque presenta un

CUADRO 8

ALTERNATIVAS A LA INSTITUCIONALIZACION Preferencias



CUADRO 9

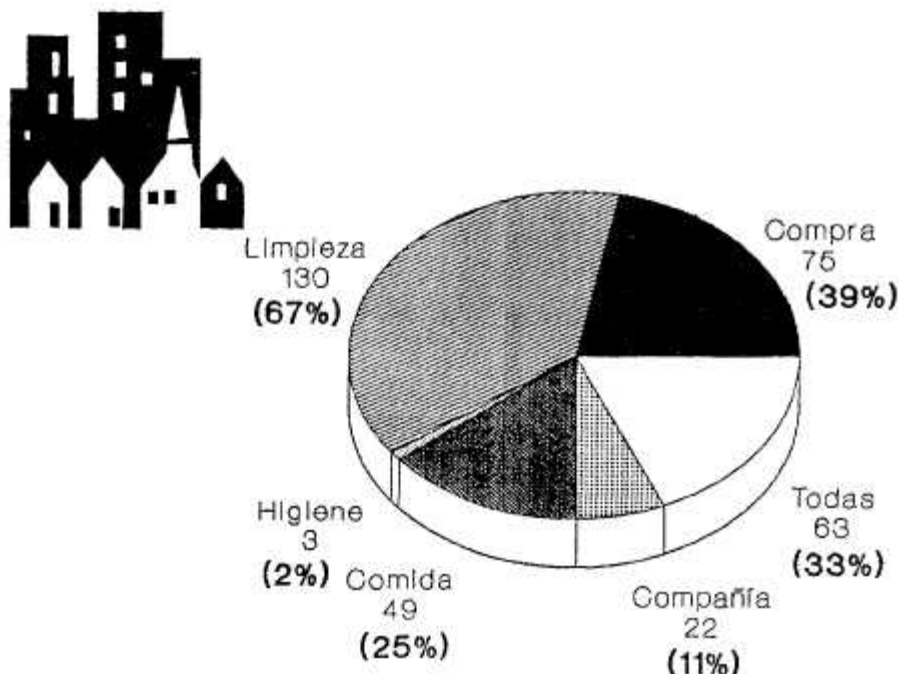
ELECCIÓN DE MEJOR ALTERNATIVA A LA SOLICITUD DE INSTITUCIONALIZACION

Mejor alternativa	n	%
* Atención domiciliaria	22	11
* Centro de día	4	2
* Vivir con su familia	9	5
* Aumento apoyo familiar	4	2
* Familia próxima acogida	1	1
* Familia desconocida acogida.....	2	1
* Pisos compartidos, no tutelados.....	5	3
* Pisos compartidos, tutelados.....	16	8
* Apartamentos vigilados	--	--
* Mayor confort vivienda actual	48	25
* Mini-residencia en su barrio	--	--
* Mayor apoyo comunitario	14	7
* Apoyo económico: 20.000 ptas./mes	8	4
* Apoyo económico: 40.000 ptas./mes	7	4
* Apoyo económico: 60.000 ptas./mes	25	13
* Apoyo institucional inmediato en caso de invalidez o enfermedad	28	15
* Ninguna		

CUADRO 10

ALTERNATIVAS A LA INSTITUCIONALIZACION

Necesidades de atención domiciliaria



Sobre 193 encuestados

importante deterioro cuantitativo para la realización de actos de vida diaria, no son muchos los ancianos inválidos que están demandando institucionalización (15%). Este resultado posiblemente esté sesgado por la actual imposibilidad real de acceder a una plaza residencial para la mayoría de los inválidos. Si es un hecho conocido que un inválido no puede ingresar en una residencia geriátrica, ¿para qué realizar la solicitud de ingreso?

La "necesidad de protección" es el hecho al que con más frecuencia se alude como principal factor determinante para haber realizado la solicitud de ingreso. Este factor apriorístico de demanda de institucionalización, va a correlacionarse posteriormente con la fuerte respuesta positiva que obtiene la necesidad de mayor apoyo institucional en caso de necesidad. Muchas personas que están inscritas en la actualidad para ingresar en una residencia geriátrica (casi el 50 %), se "borrarían" de la lista de espera si supiesen que la Administración Pública les ofrecería de manera inmediata hospitalización o residencialización en caso de necesidad en su estado de salud.

En la actualidad no lo necesitan, pero tienen miedo a que cuando lo necesiten no tengan acceso. Los cuidados de larga estancia son una estructura asistencial que debe desarrollarse en nuestra comunidad, pero no de manera aislada, sino imbricada en una atención integral del viejo (7, 8, 9). La ayuda domiciliaria (social y sanitaria) es otro de los campos que debe desarrollarse mucho más ampliamente en los próximos años (10, 11), para acercarnos a los ratios de atención que se ofrecen en otros países de nuestro entorno socio-político. Esta demanda es mayor en la población que está esperando institucionalización. La mayoría de ellos están recibiendo en la actualidad ayuda domiciliaria de muy diversa procedencia. Así, la tercera parte tiene una ayuda domiciliaria "privada", y un contenido primordialmente menajero. Esta solución, a pesar de estar limitada a aliviar solamente en la realización de algunas de las tareas del hogar, obtiene un alto grado de satisfacción por parte del usuario.

En nuestro país comienzan a darse los primeros pasos en la creación y desarrollo de alternativas a la hospitalización (12) y a

la residencialización permanente (13). Sin embargo, estos intentos siguen siendo minoritarios. A partir de los resultados que hemos obtenido en San Sebastián, creemos que las alternativas a la institucionalización actual están por desarrollarse y que el grado de aceptación de sus potenciales usuarios va a ser alto. Las alternativas aceptadas son muchas, en mayor o menor grado, y corroboran el deseo del viejo de vivir lo más próximo posible a su medio habitual. Pero necesita ayuda. Necesita apoyo institucional en caso de necesidad. Y aceptaría gustoso otras alternativas diferentes a la residencialización que actualmente se le ofrece.

La demanda de institucionalización (o de alternativas) debiera centralizarse en San Sebastián en una oficina única, en la que se valorase cada caso desde una perspectiva multidisciplinaria, y a partir de estas consideraciones y de la opinión del usuario, se plantease cuál podía ser la mejor ayuda para cada caso. No tiene sentido lo que ocurre en la actualidad, en la que una persona accede a vivir en una residencia geriátrica porque se apunta en su lista de espera y no conoce otro tipo de ayudas.

Por encima de todo creemos que hay que destacar que de las 193 personas sobre las que se ha realizado el trabajo, únicamente un 15 % consideraban que la institucionalización que habían solicitado era la mejor opción para su situación. El resto (85 %) optaba por algunas de las diferentes alternativas que se le habían ofertado. La gran mayoría de las alternativas planteadas eran más baratas que la institucionalización actual. Estos resultados creemos que avalan la necesidad de ampliar el abanico de alternativas a la institucionalización, respetando siempre la opinión del usuario y con el necesario esfuerzo imaginativo de los Departamentos de Bienestar Social.

J. J. Calvo
L. Aranguren
L. Rodríguez
T. Berriochoa
A. Calvo
M. Alvarez de Arcaya

BIBLIOGRAFÍA

1. **COMITÉ DE EXPERTOS. OMS.:** "Planificación y organización de los servicios geriátricos". OMS. Ginebra, 1974: 22.
2. **SECRETARIA TÉCNICA.:** "Borrador del Plan Gerontológico para la CAV". Gobierno Vasco. Vitoria, 1989.
3. **CALVO AGUIRRE, J. J.; BERRIOCHOA, T.; BEGURISTAIN, A.** "Movimiento poblacional y mortalidad en la Residencia Zorroaga". *Zerbitzuan*. San Sebastián, 1989 (en prensa).
4. **CALVO AGUIRRE, J. J.; ALVAREZ DE ARCAYA VITORIA, M.** "Previsiones demográficas y necesidades asistenciales en Guipúzcoa". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1988; 23: 363-373.
5. **ALFONSO GAMEZ, L.:** "Los abuelos que ya no viven en casa". *Diario Vasco*. San Sebastián, 1989; 5 noviembre: (supl.) 4-5.
6. **CALVO AGUIRRE, J. J.; ARANGUREN, L.; RODRÍGUEZ, L.; ALVAREZ DE ARCAYA, M.:** "Población geronte demandante de institucionalización en San Sebastián. Alternativas deseadas". *Reunión Soc. Esp. Geriatr. y Gerontol.* Segovia, 1989; mayo: comunicación a la ponencia.
7. **BOEKHOLDT, M. M.:** "Hospitales y asistencia a largo plazo para el anciano". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1989; 24: 37-43.
8. **BERTHAUX, P.:** "Cuidados de larga estancia". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1989; 24: 44-47.
9. **RICHARD, J.:** "Cuidados llamados de larga duración y psiquiatría geriátrica o de la conceptualización de la asistencia en psiquiatría geriátrica". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1989; 24: 48-51.
10. **GONZÁLEZ MONTALBO, J.:** "Asistencia Geriátrica domiciliaria. ¿Cómo es el paciente?". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1988; 23: 295-300.
11. **SAIZARBITORIA, R.:** "Asistencia domiciliaria". Gobierno Vasco. Vitoria. D. Bienestar Social, 1984.
12. **LÓPEZ ESQUEDA, J.; GONZÁLEZ ALANIS, I. M.; DEL VALLE OPERE, I.; GUILLEN LLERA, F.:** "Hospital de Día. Eficacia en el control clínico del paciente anciano". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1989; 23: 309-314.
13. **CABALLERO, J. C.; VEGA, E.; ACHIRICA, C. J.; GARCÍA, M. A.** "Anciano inválido. Los pisos asistidos como solución a su problema". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1985; 20: 439-443.
14. **PEJENAUTE, A. y cois.:** "Escala de depresión de Zorroaga". *XVI Congreso de la Sociedad Española de Geriatria*. Barcelona, 1988; mayo: comunicación en póster.
15. **CALVO AGUIRRE, J. J. y cois.:** "Escala de validez de Zorroaga". *XVI Congreso de la Sociedad Española de Geriatria*. Barcelona, 1988; mayo: comunicación en póster.