

Salud mental en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife¹

Villaverde Ruiz, M. L.*; Fernández López, L.*; Gracia Marco, R.**; Morera Fumero, A.** y Cejas Méndez, R.***

* Departamento de Enfermería. EUE. Universidad de La Laguna. ** Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. *** Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias.

RESUMEN

OBJETIVO: Estimar la prevalencia de patología psíquica en una muestra de personas institucionalizadas mayores de 65 años.

MÉTODO: El estudio fue realizado en dos fases. En la primera fase fueron entrevistadas 212 personas, seleccionadas al azar, con el GHQ-28, y en la segunda fase fueron entrevistadas todas las personas que puntuaron ≥ 5 puntos en el GHQ (probables casos) y un grupo testigo de personas que puntuaron menos de 5 puntos en el GHQ (probables no casos) con la entrevista clínica CIS y con el MEC (Mini-Examen-Cognoscitivo) por un equipo de dos psiquiatras.

RESULTADOS: La prevalencia ponderada de patología psíquica fue del 45,8% (43,9% hombres y 44,08% mujeres). Según los criterios de la DSM-III-R, esta prevalencia corresponde a los siguientes diagnósticos psiquiátricos: 21,08% trastornos depresivos, 13% trastornos psicóticos, 6,33% trastornos de ansiedad y 5,28% demencias graves. La prevalencia de patología aumenta de forma significativa entre las personas que tienen hijos y se detecta una tendencia, que no es significativa, a sufrir más trastornos entre las mujeres, las personas casadas, las que no tienen algún amigo íntimo, ni familiares en la institución.

CONCLUSIONES: La prevalencia de patología psíquica entre los ancianos institucionalizados es muy alta, siendo los trastornos depresivos los más frecuentes.

Palabras clave

Prevalencia psiquiátrica. Desórdenes mentales. Población anciana.

Mental health in an institutionalized population of elderly subjects over 65 years in the Island of Tenerife

¹ Este trabajo ha sido financiado por la Consejería de Educación del Gobierno Autónomo de Canarias (proyecto de investigación 220 151 95).

Correspondencia: M. L. Villaverde Ruiz. Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería. Campus de Ofra, s/n. 38200 Universidad de La Laguna. Tenerife. E-mail: mlvilla@ull.es.

Recibido el 15-11-99; aceptado el 12-7-00.

SUMMARY

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of psychiatric disorders in a sample of elderly people living in a nursing home.

METHOD: The design was a two stage analysis. In the first stage 212 subjects, random selected, were interviewed using the GHQ-28. In the second stage, all the subjects screening positive on the GHQ-28 (≥ 5 points) and a random sample of the negative ones (< 5 points) were interviewed by two psychiatrists using the CIS and the MEC.

RESULTS: The prevalence of psychiatric cases was 45.8% (43.49% men, 44.08 women). According to the DSM-III-R criteria, the distribution of psychiatric diagnosis was: mood disorders 21.08%, psychotic disorders 13%, anxiety disorders 6.33% and dementia 5.28%.

CONCLUSION: We confirmed a significant relationship between psychosocial stress and psychiatric disorders in both sexes.

Key words

Psychiatric prevalence. Mental illness. Elderly population.

INTRODUCCIÓN

La institucionalización de las personas mayores, tanto en asilos como en residencias para la tercera edad, ha sido relacionada con un incremento de la patología psíquica, especialmente de los trastornos depresivos y cognitivos (1-4). Existen grandes diferencias entre las tasas de prevalencia aportadas por los diferentes estudios que oscilan entre un 27,9% y un 94% (1-9). Esta disparidad puede ser debida al uso de diferentes metodologías en la realización de los trabajos. Por otra parte, algunos síntomas propios de un trastorno depresivo, tales como alteraciones del sueño y del apetito, pérdida de energía, enlentecimiento psicomotor y del pensamiento, disminución de la concentración, son quejas comunes entre las personas mayores y manifestaciones propias del proceso de envejecimiento, y no siempre la consecuencia de una depresión.

La mayor prevalencia de patología psíquica entre las personas institucionalizadas podría ser una consecuencia

TABLA I. Puntuaciones en el GHQ-28 en la muestra de la primera fase del estudio por sexo.

<i>Puntuaciones GHQ</i>	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>		<i>Total</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Probables no casos (GHQ < 5)	62	55,4	38	43,6	100	47,2
Probables casos (GHQ ≥ 5)	50	44,6	62	56,4	112	52,8
Total	112	100,0	100	100,0	212	100,0

de la propia dinámica de la institución, con un ambiente rutinario, frecuentemente pobre en estímulos psicosociales, que favorece la aparición de sentimientos de aburrimiento, apatía, inhibición, desesperanza, así como el desequilibrio psicológico. En otras ocasiones, la dinámica de la institución puede favorecer las conductas de sobreprotección y de excesiva dependencia, conductas ambas que refuerzan la incapacidad física y los déficit comportamentales (10). Por consiguiente, aunque en teoría uno de los objetivos de las residencias de la tercera edad es la promoción y la integración social de las personas que viven en ellas, en la práctica la institucionalización produce la mayoría de las veces una pérdida de los soportes afectivos y psicosociales (11), favoreciendo la aparición de trastornos psíquicos en el anciano (12, 13).

El propósito de este trabajo es realizar un análisis de la salud mental de la población mayor de 65 años que vive en residencias y/o asilos públicos en la Isla de Tenerife.

MATERIAL Y MÉTODO

Procedimiento

El estudio ha sido realizado en dos fases, una primera fase de detección de «probable patología psíquica» usando un instrumento de screening, y una segunda fase de evaluación psicopatológica usando una entrevista psiquiátrica con el fin de poder confirmar los casos psíquicos.

Muestras

La muestra de la primera fase se elaboró entre las personas mayores de 65 años que viven en asilos y residen-

cias públicas (incluyendo la totalidad de residencias públicas y de asilos de la Isla de Tenerife). La selección fue de carácter aleatorio y estratificado por sexo. Esta muestra está compuesta por 212 personas (112 hombres y 110 mujeres) (tabla I).

La muestra de la segunda fase del estudio está formada por todos los probables casos psíquicos (puntuaciones ≥ 5 puntos en el GHQ) y por un grupo de personas con puntuaciones inferiores a 5 puntos en el GHQ-28 (probables no casos) seleccionadas al azar. El motivo de entrevistar a un grupo de probables no casos psíquicos en la segunda fase del estudio es poder ponderar la prevalencia de patología. La muestra finalmente estudiada está formada por 136 personas (66 hombres y 70 mujeres) (tabla II).

Los sujetos que participaron en el estudio fueron entrevistados en sus lugares de residencia, en la primera fase por un equipo de entrevistadores entrenados en el uso de los instrumentos y en la segunda fase por un equipo de dos psiquiatras.

Instrumentos

En la primera fase del estudio se utilizó la versión española del General Health Questionnaire-28 items (GHQ-28) (14, 15) y un cuestionario psicosocial. El GHQ-28 es un instrumento de screening que permite la identificación de probables casos psíquicos en la práctica clínica general y en la comunidad. En este estudio hemos utilizado el punto de corte 5/6, de forma que todos los sujetos que puntuaron cinco o más puntos en este cuestionario fueron considerados como «probables casos psíquicos», y los

TABLA II. Casos psíquicos evaluados con la entrevista CIS, según niveles en el GHQ, en la muestra de la segunda fase por sexo.

<i>Puntuaciones CIS</i>	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>			<i>Total</i>		
	<i>GHQ (-)</i>	<i>GHQ (+)</i>	<i>Total</i>	<i>GHQ (-)</i>	<i>GHQ (+)</i>	<i>Total</i>	<i>GHQ (-)</i>	<i>GHQ (+)</i>	<i>Total</i>
No casos (CIS < 2)	16	16	32	10	22	32	26	38	64
Casos (CIS ≥ 2)	6	28	34	4	34	38	10	62	72
Total	22	44	66	14	56	70	36	100	136

sujetos con una puntuación inferior a cinco puntos como «probables no casos psíquicos».

En la segunda fase del estudio, de evaluación psicopatológica, se utilizó la versión española de la entrevista clínica CIS (Clinical Interview Schedule) (16, 17) y el MEC (Mini Examen Cognoscitivo) (18). El CIS es una entrevista psiquiátrica semiestructurada enfocada para ser utilizada en la comunidad. La entrevista consta de dos secciones, una para valorar los síntomas subjetivos y otra para la valoración objetiva. Las puntuaciones de los ítems se mueven en un baremo que va de 0 a 4 según la presencia, frecuencia e intensidad de cada síntoma. Sus autores consideran útil considerar como caso psíquico a aquel sujeto que puntúa dos o más en la sección objetiva. Por tanto, los sujetos que obtuvieron una puntuación igual o superior a dos puntos en la sección objetiva de la entrevista CIS fueron considerados «casos psíquicos» y los sujetos con una puntuación inferior a dos puntos fueron considerados «no casos psíquicos».

El MEC (Mini-Examen-Cognoscitivo) (18) es un instrumento diseñado para explorar áreas cognitivas. Puede ser utilizado como instrumento de screening en el área de psicopatología cognitiva o intelectual y además aporta una puntuación global que permite que la escala sea utilizada para valorar la existencia de deterioro cognitivo. La puntuación total máxima que se puede obtener en este instrumento es de 35, considerando que el punto de corte para adultos geriátricos es 23/24. Por tanto, el criterio de deterioro cognitivo fue obtener una puntuación inferior a 23 puntos en el MEC, aunque en este estudio sólo consideramos los casos de demencia grave (las actividades de la vida diaria están tan deterioradas que es necesario control continuo).

Los diagnósticos fueron emitidos siguiendo los criterios de la clasificación diagnóstica DSM-III-R (19).

Análisis estadístico

El análisis bivalente entre los grupos se realizó utilizando el estadístico chi cuadrado. Se estableció un valor de $p < 0,05$ como indicativo de significatividad.

Dada la estratificación de la muestra de la segunda fase del estudio, fue necesario ponderar la prevalencia mediante la aplicación de la siguiente fórmula matemática basada en el cálculo de ponderaciones:

$$\text{Prevalencia} = \frac{1}{N} \sum \frac{(e_i \cdot n_i)}{m_i}$$

e_i = número de casos detectados (para la variable analizada) en cada uno de los niveles de puntuación del GHQ (niveles mayor y menor de 5 puntos).

n_i = número de personas en la primera fase (para la variable analizada) en cada uno de los niveles de puntuación del GHQ.

m_i = número de personas en la segunda fase (para la variable analizada) en cada uno de los niveles de puntuación del GHQ.

N = número total de personas en la primera fase para la variable analizada.

RESULTADOS

Resultados en el GHQ-28 (primera fase del estudio)

En la muestra de la primera fase, 112 personas (50 hombres y 62 mujeres) puntuaron 5 o más puntos en el GHQ-28 (probables casos psíquicos), lo cual corresponde al 52,8% (44,6% hombres y 56,4% mujeres) de la muestra (tabla I).

Resultados en la entrevista clínica CIS (segunda fase del estudio)

De los 112 probables casos psíquicos, 12 sujetos (seis hombres y seis mujeres) no tomaron parte en la segunda fase por diferentes razones (negativa a participar, hospitalización), quedando la muestra de la segunda fase formada por 136 personas (100 probables casos psíquicos y 36 probables no casos psíquicos) (tabla I).

En esta fase de evaluación psicopatológica con la entrevista clínica CIS encontramos 72 casos psíquicos (62 casos entre los 100 probables casos y 10 casos entre los 36 probables no casos). Por tanto, la proporción de falsos positivos (puntuaciones positivas en el instrumento de screening y negativas en la entrevista clínica) es del 38% y la proporción de falsos negativos (puntuaciones negativas en el instrumento de screening y positivas en la entrevista clínica) es del 27,7%.

La distribución de los casos psíquicos según puntuaciones en el GHQ-28 se muestra en la tabla II.

Prevalencia ponderada de los distintos trastornos psíquicos por sexo

La proporción de prevalencia ponderada de patología psíquica es del 45,8% (43,9% en hombres y 44,08% en mujeres), que se distribuye de la siguiente manera (según criterios DSM-III-R) (tabla III):

- Trastornos por ansiedad (incluye trastornos por angustia, fobias y trastornos obsesivo-compulsivos): 6,33% (2,02% en hombres y 10,06% en mujeres).
- Trastornos del estado de ánimo: trastornos depresivos (incluye distimia y depresión mayor): 21,08% (19,22% en hombres y 21,02 en mujeres).

TABLA III. Prevalencia ponderada de los distintos trastornos psíquicos por sexo.

Casos (CIS ≥ 2)	Puntuaciones GHQ						Prevalencia ponderada (%)		
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres	Mujeres	Total
	0-4	≥ 5	0-4	≥ 5	0-4	≥ 5			
T. ansiedad	0	2	0	10	0	12	2,02	10,06	6,33
T. depresivos	2	14	2	16	4	30	19,22	21,02	21,08
T. psicóticos	4	8	2	2	6	10	18,17	6,93	13,00
Demencias	0	4	0	6	0	10	4,05	6,03	5,28
Total	6	28	4	34	10	62	43,46	44,04	45,69

- Trastornos psicóticos (incluye esquizofrenia y trastorno delirante): 13,0% (18,17% en hombres y 6,93% en mujeres).
- Demencias de intensidad grave 5,28% (4,05% en hombres y 6,03% en mujeres).

Morbilidad psiquiátrica y variables psicosociales

Respecto a las variables psicosociales estudiadas, encontramos un incremento significativo de morbilidad entre las personas que tienen hijos ($\chi^2= 4,13$, $gl= 1$, $p< 0,05$), y una mayor tendencia, que no es significativa, a sufrir trastornos entre las mujeres, las personas casadas, las que refieren no tener algún amigo íntimo (soporte social bajo) y las que no tienen familiares en la institución (tabla IV).

DISCUSIÓN

Los resultados aportados por los diferentes estudios respecto a las tasas de prevalencia de patología psíquica entre los ancianos institucionalizados, son muy dispares: Rabins et al (1) encuentran una tasa de prevalencia del 27,9%, Lobo et al (5) del 28,8%, Blazer (6) del 47%, el estudio ECA (Epidemiological Catchment Area) (7) de más del 50%, el USA National Institute of Aging (8) del 60-90%, Rovners et al (9) del 94%, y Safford (20) refiere que es difícil encontrar una residencia de ancianos en la que la prevalencia de patología psíquica sea inferior al 50%. Esta disparidad se atribuye a diferencias metodológicas relacionadas tanto con los instrumentos utilizados para evaluar la patología como con los criterios diagnósticos utilizados y también al hecho de considerar o no como casos psíquicos a aquellos sujetos afectos de desmoralización (21) y/o deterioro cognitivo.

El alto porcentaje de falsos positivos obtenido con el GHQ-28 ítems puede ser debido al hecho de que entre las personas mayores existe una alta prevalencia de patología somática, siendo este uno de los factores que se ha relacionado con los falsos positivos (22, 23). Por otra parte, los falsos negativos se han relacionado, entre otros fac-

tores, con la presencia de patología mental crónica (24, 25). Considerando que entre las personas mayores es frecuente la presencia de patología física por un lado, y de patología psíquica de larga evolución por otro, habría que plantearse la validez del CHQ como cuestionario de screening de patología mental en poblaciones ancianas.

La patología depresiva es el trastorno más común en este estudio, lo cual es un hecho ampliamente confirmado en la literatura. La proporción de trastornos depresivos en-

TABLA IV. Patología psíquica y variables psicosociales.

Variables psicosociales	Casos		No casos	
	Num.	%	Num.	%
<i>Sexo</i>				
Hombre	34	30,4	78	69,6
Mujer	38	38,0	62	62,0
<i>Estado civil</i>				
Soltero	30	31,3	66	68,7
Casado	12	40,0	18	60,0
Viudo-separado	30	34,9	56	65,1
<i>Estatus social</i>				
Bajo	54	32,9	110	67,1
Medio-Alto	18	37,5	30	62,5
<i>Nivel cultural</i>				
Bajo	52	34,2	100	65,8
Medio-Alto	20	33,3	40	66,7
<i>Integración religiosa</i>				
Poco creyentes	20	35,7	36	64,3
Muy creyentes	52	33,3	104	66,7
<i>Soporte social</i>				
Bajo	22	40,7	32	59,3
Medio-Alto	50	31,6	108	68,4
<i>Familiares en la Institución</i>				
No	70	34,6	132	65,4
Sí	2	20,0	8	80,0
<i>Hijos</i>				
No	38	42,2	52	57,8
Sí	34	27,9	88	72,1

contrada es muy similar a la aportada por otros autores, que reportan tasas de prevalencia de patología depresiva que oscilan entre un 25 y un 29% (26-31).

En este trabajo es llamativa la alta prevalencia de trastornos psicóticos (esquizofrenia y trastorno delirante) principalmente en hombres. Una posible explicación a este fenómeno sería que los pacientes psicóticos tienen una mayor tendencia a ser institucionalizados (1).

En los estudios de referencia la prevalencia de demencias graves oscila entre un 0,6% y un 5,6% (32). La tasa encontrada en este estudio se asemeja a la aportada por autores como Forbes y Barham del 5% (33) y Lobo et al del 4% (5).

El hecho de que la psicopatología sea significativamente más frecuente entre las personas que refieren tener hijos frente a las que no los tienen podría ser debido a la percepción de pérdida de soporte y de abandono, siendo éste un factor que pudiera dificultar la aceptación de la institucionalización. La mayor tendencia a enfermar entre las personas que refieren no tener amigos íntimos, ni familiares en la residencia, podría interpretarse como una consecuencia de un pobre soporte social y la relación entre pérdida de soporte social y psicopatología ha sido ampliamente documentada en la literatura (7, 12, 34-39).

Finalmente, en un estudio realizado por nosotros con la misma metodología en población mayor de 65 años que vive en la comunidad (40) encontramos una proporción de patología psíquica del 17,6% (13% en hombres y 21,4% en mujeres), confirmandose que la morbilidad psiquiátrica es más alta, casi el doble, en la institución que en la comunidad. Este hecho también ha sido confirmado por otros autores (1, 5, 13, 29, 41-44). Una posible explicación a este fenómeno sería considerar a la institución como un factor que favorece el desequilibrio psicológico y el riesgo de enfermar psíquicamente (12, 13), y otra sería que la presencia de patología psíquica favorece la institucionalización de las personas que la sufren, especialmente en los casos de demencia (45, 46).

BIBLIOGRAFÍA

1. Rabins PV, Black B, Germán P, Roaca R, McGuire M, Brant L, Cook J. The prevalence of psychiatric disorders in elderly residents of public housing. *J Gerontol* 1996;51A:M319-M24.
2. Berkman LF, Berkman CS, Kasl S. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *Am J Epidemiol* 1986;124:372-88.
3. Bojrab SL, Sipes GP, Wienberger M. A model for predicting depression in elderly tenants of public housing. *Hosp Commun Psychiatry* 1988;39:304-9.
4. Gurland BJ, Birkett DP. The senile and pre-senile dementias. En: Lader MH, ed. *Mental disorders and somatic illness*. London: Cambridge University Press; 1983. p. 128-46.
5. Lobo A, Ventura T, Marco C. Psychiatric morbidity among residents in a home for the elderly in Spain: Prevalence of disorders and validity of screening. *Int J Geriatr Psychiatry* 1990;5:83-91.
6. Blazer D. The epidemiology of mental illness in late life. En: Busse EW, Brazer DG, eds. *Handbook of Geriatric Psychiatry*. New York: Van Nostrand Reinhold; 1980.
7. Germán PS, Shapiro S, Kramer M. Nursing home study of the eastern Baltimore epidemiological catchment area study. En: Harper MS, Lebowitz BD, ed. *Mental illness in nursing homes: Agenda for research*. Rockville, Md: National Institute of Mental Health (cit. En Smyer et al, 1988).
8. National Institute of Aging Task Force. Senility reconsidered: Treatment possibilities for mental impairment in the elderly. *JAMA* 1980;244:259-63.
9. Rovner BW, Kafonnet S, Filipp L. Prevalence of mental illness in a community nursing home. *Am J Psychiatry* 1986;143:1446-9.
10. Zarit S. *Aging and mental disorders*. New York: Free Press; 1980.
11. Calvete E, Fernández C, García I. Apoyo social y síntomas psicológicos en ancianos institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994;29:73-8.
12. Bowling A. Social support and social networks: the relationship to the successful analysis of concepts and a review of the evidence. *Fam Pract* 1991;8:68-83.
13. Flórez JA, Adeva J, Martínez M. Trastornos psicológicos en el anciano institucionalizado. *Rev Psiquiatría Fac Med Barc* 1993;20:163-71.
14. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139-45.
15. Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scale of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986;16:135-40.
16. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Sheperd M. A standardized psychiatric interview for use in the community surveys. *Br J Prev Soc Med* 1970;24:18-23.
17. Lobo A. Estudio de la entrevista psiquiátrica estructurado CIS en pacientes españoles. *Com Psiquiatr* 1984;XI:4360.
18. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psych Res* 1975;12:189-98.
19. American Psychiatric Association. *DSM-III-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson SA; 1989.
20. Safford F. *Developing a training program for families of the mentally impaired aged*. New York: Isabella Geriatrics Center; 1979.
21. Dohrenwend B. Nonspecific psychological distress another of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1229-33.
22. Kirk CA, Saunders M. Psychiatric illness in a neurological out-patient department in North East England. Use of the General Health Questionnaire in the prospective study of the neurological out-patient. *Acta Psychiatr Scand* 1979;60:427-38.
23. Villaverde Ruiz ML, Gracia Marco R, de la Fuente Portero J. Validación del cuestionario de screening GHQ-28 en población comunitaria de la isla de Tenerife. *An Psiquiatría* 1999;15:434-9.
24. Finlay-Jones RA, Murphy E. Severity of psychiatric disorders and the 30-items General Health Questionnaire. *Br J Psychiatry* 1979;134:609-16.
25. Goodchild ME, Duncan-Jones P. Chronicity and the General Health Questionnaire. *Br J Psychiatry* 1985;146:55-61.
26. Mann A, Jenkins R, Cross P, Gurland B. A comparison of the prescription received by the elderly in long-term care in New York and London. *Psychol Med* 1984;14:891-7.
27. Kay DW, Holding T. Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: The effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. *Psychol Med* 1985;17:71-8.
28. Kivela SL, Pakkala K, Laipala P. Prevalence of depression in an Elderly Population in Finland. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:401-3.
29. Showdon J, Donnelly N. A study of depression in nursing home. *J Psychiatry Res* 1986;20:327-33.
30. Fernández de Santiago FJ, Villar Sordo V. Depresión en una residencia geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1989;24:217-8.

31. Rojano Capilla P, Calcedo Barba A, Calcedo Ordóñez A. Epidemiología de la depresión en las residencias de ancianos. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1993;28:49-58.
32. Richard J, Droz P. Epidemiología de los estados demenciales en Europa y sus consecuencias sobre el desarrollo humano. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1989;24:29-34.
33. Forbes WF, Barham JFH. Concerning the prevalence of dementing. *Can J Public Health* 1991;82:185-8.
34. Lowenthal M, Haven C. Interaction and adaptation: intimacy as a critical variables. *Am Sociol Rev* 1968;33:20-30.
35. Miller PM, Inghem JG. Friends, confidants and symptoms. *Soc Psychiatry* 1976;11:51-8.
36. Cooke DJ. Psychosocial variables and the life event/ anxiety-depression link. *Acta Psychiatr Scand* 1986;74:281-91.
37. Finch J, Okun M, Barrera M Jr, Zautra AJ, Reich JW. Positive and negative social ties among older adults: Measurement models and the prediction of psychological distress and well-being. *Am J Community Psychol* 1989;17:585-605.
38. Mellor KS, Edelman RJ. Mobility, social support, loneliness and well-being among two groups of older adults. *Personality Individ Diff* 1988;9:1-5.
39. Oxman TE, Bergman LF, Karls S. Social supports and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol* 1992;135:356-68.
40. Fernández López L, Villaverde Ruiz ML. Psychiatric morbidity in community population over 65 years of age in the Tenerife Island. Comunicación al Symposium The Portuguese Psychiatric Association. Lisboa: Julio; 1994.
41. Bland RC, Newman C, Orn H. Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmond. *Acta Psychiatrica Scand* 1988;338(Supl):57-63.
42. Merchan Maroto E. Estudio e investigación de la depresión en población anciana general y en centros institucionalizados. Barcelona: Actas del XVII Congreso de Geriatria y Gerontología; 1988. p. 154.
43. Morganti JB, Nehrke MF, Hulicka IM. Latitude of choice and well-being in institutionalized and non institutionalized elderly. Psychol Department Buffalo, Spring-summer 1990. p. 16,1-2, 25-33.
44. Livingstone G, Hawkins A, Graham N, Blizard B, Mann A. Prevalences rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. *Psychol Med* 1990;20:137-46.
45. Preston GAN. Dementia in elderly adults: Prevalence and institutionalization. *J Gerontol* 1986;41:261-7.
46. O'Connor DW, Pollitt PA, Roth M. Problems reported by relatives in a community study of dementia. *Br J Psychiatry* 1990;156:835-41.

INFORMACIONES DE ESPAÑA

FIGEDIS. IV Feria Internacional para la Gerontología y las Discapacidades

Gijón, mayo 2001

Recinto Ferial:

Paseo del Dr. Fleming, s/n

33203 Gijón

Tel.: 985 18 01 00

Fax: 985 33 77 11

E-mail: fidma@fidma.com

Centro de Humanización de la Salud (religiosos Camilos)

Programa 2000-2001

Tienen entre otras las siguientes actividades:

- *Humanización de la asistencia al enfermo. Humanizarse para humanizar.* Madrid, del 3 al 5 de noviembre de 2000.
- *Habilidades de relación y cuidados a la persona con Alzheimer.* Bilbao, del 10 al 12 de noviembre de 2000.
- *Dilemas éticos del final de la vida.* Guadix (Granada), del 27 al 29 de octubre de 2000.
- *Apoyo emocional al enfermo terminal (en colaboración con PROSAC).* Tenerife, del 1 al 3 de diciembre de 2000.
- *Counseling con enfermos crónicos y terminales.* Madrid, del 15 al 17 de diciembre de 2000.
- *Vida consagrada socio-sanitaria, identidad y comunión.* Madrid, del 12 al 14 de enero de 2001.
- *Acompañamiento y cuidado a enfermos terminales: Duelo y muerte.* Aduadulce (Almería), del 19 al 21 de enero de 2001.

• *Calidad asistencial y humanización (en colaboración con Centro de Estudios Teológicos Pastorales San Torcuato).* Guadix (Granada), del 16 al 18 de febrero de 2001.

• *Formación en Gerontología para enfermería religiosas (en colaboración con la CONFER).* Madrid, del 2 al 4 de marzo de 2001.

• *La atención humana al anciano institucionalizado.* Tres Cantos (Madrid), del 23 al 27 de abril de 2001.

• *Formación en Gerontología para enfermería religiosas.* Loyola (Gipuzcoa), del 4 al 6 de mayo de 2001.

• *Habilidades de relación y cuidados a la persona con Alzheimer.* Barcelona, del 11 al 13 de mayo de 2000.

• *Salud y vida consagrada en la tercera edad (en colaboración con la CONFER).* Madrid, del 17 al 20 de mayo de 2001.

• *Desarrollo de la agudeza empática (en colaboración con Centro de Estudios Teológicos Pastorales San Torcuato).* Guadix (Granada), del 25 al 27 de mayo de 2001.

• *Habilidades de relación y cuidados a la persona con Alzheimer.* Madrid, del 8 al 10 de junio de 2001.

• *Gerocultores y auxiliares geriátricos.* A distancia.

• *Consentimiento informado en personas mayores.* Tres Cantos (Madrid), 9 de marzo de 2001.

• *Eutanasia.* Tres Cantos (Madrid), 10 de marzo de 2001.

• *VI Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud.* Tres Cantos (Madrid), primavera de 2001.

• *IV Jornadas sobre el Alzheimer.* Tres Cantos (Madrid), primavera de 2001.

Información:

Centro de Humanización de la Salud. Sector Escultores, 39. 28760 Tres Cantos (Madrid). Tel.: 918 034 000 – 918 060 696. Fax: 918 040 033. E-mail: humanizar@telcom.es.