

Prevalencia de la apatía, la ansiedad y la depresión en función del género y la fase de la enfermedad en una muestra de enfermos de Alzheimer

Álvaro RODRÍGUEZ MORA

Universidad de Cádiz (España)

Laura LÓPEZ MANGAS

Universidad de Sevilla (España)

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo determinar la prevalencia de síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD), concretamente la apatía, la depresión y la ansiedad, en función del género y fase de la enfermedad. La muestra estuvo compuesta de 33 enfermos de Alzheimer, clasificados en fase leve (48,5%) y moderada (54,5%), siendo 15 mujeres y 18 hombres. Se administró la escala Apadem NH para la apatía y la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Los resultados reflejan que, respecto al género, no se encontraron diferencias significativas para la apatía, la depresión y la ansiedad. Respecto a la fase de la enfermedad, se encontraron diferencias significativas en apatía ($F = 19,15; p = 0,000$), depresión ($F = 5,44; p = 0,027$) y ansiedad ($F = 4,35; p = 0,046$). La interacción entre género y fase, no fue significativa. Podemos concluir que no se hallaron diferencias entre hombres y mujeres respecto a la prevalencia de la apatía, la depresión y la ansiedad. Se encontró mayor prevalencia de la apatía, la depresión y la ansiedad en la fase moderada de la enfermedad. Por último, en la combinación entre género asociado a las fases leves y moderadas, no se hallaron diferencias.

Abstract

The objective of this work is to determine the prevalence of psychological and behavioral symptoms of dementia (SPCD), specifically apathy, depression and anxiety, depending on the gender and stage of the disease. The sample consisted of 33 Alzheimer's patients, classified as mild (48.5%) and moderate (54.5%), being 15 women and 18 men. The Apadem NH scale was administered for apathy and the Goldberg Anxiety and Depression scale. The results reflect that, regarding gender, no significant differences were found for apathy, depression and anxiety. Regarding the phase of the disease, significant differences were found in apathy ($F = 19.15, p = 0.000$), depression ($F = 5.44, p = 0.027$) and anxiety ($F = 4.35, p = 0.046$). The interaction between gender and phase was not significant. We can conclude that no differences were found between men and women regarding the prevalence of apathy, depression and anxiety. A higher prevalence of apathy, depression and anxiety was found in the moderate phase of the disease. Finally, in the combination between gender associated with the mild and moderate phases, no differences were found.

La población mundial está cada vez más envejecida y las enfermedades neurodegenerativas y demencias en las personas mayores están aumentando de forma progresiva. Dentro de las demencias, la enfermedad de Alzheimer (EA) es la más frecuente siendo su prevalencia en Europa del 5'05% y presentando una incidencia del 11'08 por 1000 personas por año (Niu, Álvarez, Guillén y Aguinaga, 2016).

Dentro de la sintomatología que presentan estos enfermos, se encuentran los síntomas psicológicos y conductuales

de la demencia (SPCD) (Abizanda, López Jiménez, López Ramos *et al.*, 2009; Lee, Lee y Kim, 2017; Pérez y González, 2016; Youn, Lee, Jhoo *et al.*, 2011). Estos síntomas hacen referencia a las reacciones psicológicas, alteraciones neuropsiquiátricas y trastornos del comportamiento, que tienden a aparecer en el transcurso de la demencia. Diversos estudios manifiestan que entre el 80% y 90% de las personas que padecen la EA presentan algún tipo de síntoma psicológico o conductual durante el proceso de la demencia (Abizanda

Dirección de primer autor: Departamento de Psicología, Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Ciencias de la Educación. Campus Universitario Río San Pedro. 11519 Puerto Real (Cádiz). *Correo electrónico:* alvaro.rodriguez mora@uca.es

Recibido: septiembre de 2018. *Aceptado:* diciembre de 2018.

et al., 2009; García-Alberca, Lara, González Barón *et al.*, 2008; Garre Olmo, 2008; Robles Castiñeiras, Díaz Grávalos, Reinoso Hermida *et al.*, 2012; Youn *et al.*, 2011). La presencia de estos síntomas es muy frecuente y heterogénea (García Alberca, Muñoz y Torres, 2010; Garre Olmo, 2008). En recientes revisiones sobre los SPCD, coinciden en la alta frecuencia de estos síntomas así como se destaca la gran relevancia en la EA (Ford, 2014; Pérez y González, 2016). Aunque las diversas investigaciones no se ponen de acuerdo en establecer la frecuencia de estos síntomas, la mayoría de los estudios determinan que la apatía es el síntoma conductual que más frecuentemente aparece en la demencia (Abizanda *et al.*, 2009; Ford, 2014; Pérez y González, 2016; Robles Castiñeiras *et al.*, 2012; Steffens, Maytan, Helms y Plassman, 2005; Turró Garriga, López Pousa, Vilalta-Franch *et al.*, 2009). Además de su frecuencia (García Alberca *et al.*, 2010; Van der Linde, Matthews, Denning y Brayne, 2017) presentan una fuerte asociación con la mortalidad (Lee, Lee y Kim, 2017). Respecto a la prevalencia de la apatía en las fases, el estudio de Starkstein, Mizrahi y Robinson (2006) muestra una frecuencia del 14% en fase leve y un 61% en fase severa.

Igualmente, la ansiedad y las alteraciones del estado del ánimo como la depresión o la labilidad emocional, también presentan una frecuencia alta. Algunos autores refieren una frecuencia del 68% de síntomas depresivos en estos enfermos (Ford, 2014; Youn *et al.*, 2011). En esa misma línea, diversos estudios muestran como la depresión es el segundo síntoma más frecuente con una prevalencia del 59'6% (Abizanda *et al.*, 2009), o del 32'6% (Robles Castiñeiras *et al.*, 2012). Respecto a la ansiedad, varias concluyen como su prevalencia oscilaría entre el 54% (García Alberca *et al.*, 2008) y el 13'3% (Robles Castiñeiras *et al.*, 2012).

En menor frecuencia, también aparecen síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios. Cabe destacar mayor prevalencia de delirios que de alucinaciones en los enfermos de Alzheimer (García Alberca *et al.*, 2008; Pérez y González, 2016; Robles Castiñeiras *et al.*, 2012; Van der Mussele, Mariën, Saerens *et al.*, 2015). Además de estos síntomas, dentro del conjunto de los SPCD también se dan otros como la irritabilidad, agitación, agresividad, actividad motora o euforia (Abizanda *et al.*, 2009; García Alberca *et al.*, 2010; Olazarán, Agüera y Muñoz, 2012; Robles Castiñeiras *et al.*, 2012; Youn *et al.*, 2011).

Al igual que ocurre con la diversa sintomatología, también existen discrepancias en las investigaciones, en función del género y en menor grado respecto a la fase de la enfermedad en que aparecen estos síntomas (Ford, 2014). Respecto al género, varios estudios mostraron que no existía variación entre mujeres y hombres (Abizanda *et al.*, 2009; Lee, Im, Kim y Lee, 2014; Van der Linde, Matthews, Denning *et al.*, 2017). Por el contrario, diversos autores sí señalan diferencias respecto al género en relación al tipo de síntoma neuropsiquiátrico que padecen (Ford, 2014; Lövhheim, Sandman, Karlsson y Gustafson, 2009; Ott, Tate, Gordon

y Heindel, 1996; Robles Castiñeiras *et al.*, 2012). Estos estudios (Ford, 2014; Robles Castiñeiras *et al.*, 2012) refieren que las mujeres presentan mayor prevalencia de alteraciones del estado de ánimo como depresión, seguido de ansiedad. En esta línea los estudios de Lövhheim, Sandman, Karlsson y Gustafson (2009) y Lee *et al.*, (2017) también concluyen que las mujeres presentan como síntoma más frecuente la depresión seguido de alteraciones nocturnas. Estos mismos autores, diferencian además entre la fase de la enfermedad concluyendo que las mujeres en fase leve presentarán mayor prevalencia de estas alteraciones nocturnas, apareciendo estados depresivos en la fase moderada. Ott *et al.*, (1996) hablan de presencia de labilidad emocional en las mujeres. Por su parte, respecto a los hombres varias investigaciones (Olazarán *et al.*, 2012; Van der Mussele *et al.*, 2015) muestran que estos presentan mayor prevalencia de agresividad y conductas vejatorias. En esta línea, una reciente revisión (Ford, 2014) también concluye mayor frecuencia de agresividad. Asimismo, Lee *et al.*, (2017) refieren como síntoma principal la irritabilidad independientemente de la fase de la enfermedad.

Respecto a la prevalencia según la fase de la enfermedad, parece haber mayor consenso. Los SPCD están adquiriendo una importancia cada vez mayor, de hecho en algunas fases de la enfermedad pueden aparecer antes que los síntomas cognitivos y de una forma más marcada, aunque lo normal es que ambos se den a la vez (García Alberca *et al.*, 2008). Estos síntomas pueden observarse en todas las fases de la EA, sin embargo la mayoría de ellos son más comunes e intensos a medida que aumenta la gravedad de la enfermedad (Abizanda *et al.*, 2009; García Alberca *et al.*, 2010; Lee *et al.*, 2017; Robles Castiñeiras *et al.*, 2012; Youn *et al.*, 2011). En esta línea diversos estudios concluyen el incremento en la frecuencia de los SPCD en función de la gravedad de la demencia (Ford, 2014; Starkstein *et al.*, 2006).

En todo caso, donde sí existe concordancia respecto a los SPCD es que siguen una progresión de U invertida en la aparición de los síntomas (Youn *et al.*, 2011). Por tanto, existe menor prevalencia en las fases leves y severas de la enfermedad, siendo mayor su presencia en fase moderada.

Por tanto, aunque se determine esta progresión, la heterogeneidad de los SPCD sigue siendo manifiesta, en función del paciente que la sufra, variando tanto la presencia de los síntomas, como su fluctuación (Garre Olmo, 2008) y dependiendo de diversos factores, como el progreso de la enfermedad, el género, su distribución demográfica o las escalas de evaluación utilizadas para detectarlos (Lee *et al.*, 2017).

Es por ello que partiendo de que tanto la apatía como la depresión y ansiedad presentan una mayor frecuencia en la enfermedad de Alzheimer y estos síntomas están sujetos a variables como el género y la fase de la enfermedad; el objetivo de este estudio es analizar si existen diferencias en la prevalencia de aparición de la apatía, la depresión y ansiedad, en función del género y la fase de la enfermedad, así como la interacción de ambas variables.

Método

Participantes

Se realizó un estudio transversal de muestreo por conveniencia, con una muestra compuesta por 33 enfermos de Alzheimer (15 hombres y 18 mujeres), previamente diagnosticados por médico especialista en neurología. Los participantes pertenecían al centro de día Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer Esperanza (AFEAES) de Alcalá de Guadaíra (Sevilla). El criterio para clasificarlos en las diferentes fases (fase leve y fase moderada-severa), fue las puntuaciones obtenidas en la *Global Deterioration Scale* (GDS) (Reisberg, Ferris, de Leon y Crook, 1982), que figuraban en sus informes.

A los familiares responsables de la tutela de aquellos participantes incluidos en el estudio y a aquellos que mantenían un nivel de conciencia adecuado para la comprensión, se administró el consentimiento informado para formar parte de la investigación. Así mismo, se cumplieron las normas éticas establecidas.

Instrumentos

Para la recogida de los datos, se administraron dos escalas para evaluar la apatía y las alteraciones del ánimo y ansiedad, que se describen a continuación.

La *Escala Apadem NH* (Apatía en Demencia-Nursing Home) (Agüera Ortiz, Gil-Ruiz, Cruz Orduña *et al.*, 2010), cuyo objetivo es la medición del grado de apatía que presentan las personas con EA. La escala está compuesta por 26 ítems, divididos en tres subescalas; la primera de ellas recibe el nombre de déficit de pensamiento y de conductas autogeneradas, la segunda se trataría de la subescala del aplanamiento emocional-afectivo y la última es la subescala de la inercia cognitiva. El tipo de respuesta se trata de una escala tipo Likert donde se puntúa de 0 (si lo hace espontáneamente), 1 o 2 (si responde en alguna acción ya iniciada), y 3 (si no lo hace). La consistencia interna es satisfactoria ($\alpha = 0,70$) (Agüera Ortiz *et al.*, 2010).

La *Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg* (EADG) (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988). Para este estudio se utilizó la versión en castellano validada por Montón, Pérez, Campos, García y Lobo (1993). Se trata de un instrumento de cribaje para la detección de la ansiedad y la depresión cuyas respuestas son dicotómicas

(SI/NO), y está formada por dos subescalas que miden ambos síndromes. Presenta una elevada consistencia interna en la población general ($\alpha = 0,86$) (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2011).

Procedimiento

Se realizó un muestreo intencional en el centro de día AFEAES de la localidad de Alcalá de Guadaíra en Sevilla. Se administraron de forma personal e individual las pruebas seleccionadas a cada participante seleccionado a partir de la puntuación obtenida en la GDS. Todos los participantes estaban tratados farmacológicamente para el deterioro cognitivo, con inhibidores de la acetilcolinesterasa.

En lo que respecta al orden de las pruebas, en primer lugar, se administró la EADG, la cual fue administrada de forma individual a los pacientes. Posteriormente se comprobaron las respuestas con el personal de apoyo del centro para aumentar la fiabilidad de las mismas. A continuación, se administró de forma individual la Escala Apadem NH, utilizada para medir el nivel de apatía que presentaban las personas con EA.

Se procedió a realizar el análisis estadístico de los datos mediante el programa estadístico SPSS v. 20.0. En primer lugar se estableció un análisis descriptivo de la muestra. A continuación, se realizó un ANOVA factorial para determinar si existían diferencias respecto al género y fase de la enfermedad de forma individual y la interacción, sobre la apatía, la depresión y la ansiedad. Se estableció un nivel de confianza mínimo del 95% ($p < 0,05$). Asimismo, se utilizó el programa G*Power 3 (Faul, Erdfelder, Buchner y Lang, 2009) para determinar la potencia estadística y tamaño del efecto, para las variables predictoras, 1 *gl* cada una y $\alpha = 0,05$. Todo ello para un tamaño de muestra, $N = 33$.

Resultados

De los 33 participantes, 16 se encontraban en fase leve (48,5%) y 17 en fase moderada-severa (51,5%). La edad media fue de 79,69 años ($DT=5,49$). Respecto al tiempo de institucionalización el 34,3% (12 casos) llevaban menos de 1 año. El 25,7% (9 casos) levaba entre 1 y 2 años. El 17,1% (6 casos) llevaban entre 2 y 4 años. Por último, el 17,1% (6 casos) llevaban más de 4 años de institucionalización. En la tabla 1 se muestra el análisis descriptivo de las variables dependientes respecto al género y la fase de la enfermedad.

Tabla 1. Medias y DT de la apatía, depresión y ansiedad por género y fase de la enfermedad ($N=33$).

	Género				Fase			
	Hombre		Mujer		Leve		Moderada	
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)
Apatía	40,67	(12,24)	38,83	(11,61)	33,19	(6,61)	45,76	(12,39)
Depresión	3,33	(2,09)	3,00	(2,59)	2,31	(2,35)	3,94	(2,10)
Ansiedad	3,27	(2,37)	2,44	(2,43)	2,13	(2,18)	3,47	(2,47)

Los hombres presentaron medias superiores a las mujeres en los tres síntomas neuropsiquiátricos analizados. En depresión y ansiedad se obtuvo una desviación alta en ambos sexos. Respecto a la fase de la enfermedad, los resultados mostraron una media superior en la fase moderada respecto a la fase leve también en las variables observadas.

La tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos de la interacción del género y la fase de la enfermedad respecto a las variables dependientes. Respecto a la ansiedad, las medias superiores se obtuvieron en los hombres en la fase moderada. La prevalencia menor de la ansiedad la presentan las mujeres en fase leve. Referente a la depresión, la tendencia de las medias es similar a la ansiedad, siendo los hombres en fase moderada los que presentan mayores puntuaciones en las medias y las mujeres menos en la fase leve. Respecto a la apatía, las medias en fase leve son similares tanto para hombres como para mujeres, aunque estas últimas presentan mayor desviación que los hombres. Respecto a la fase moderada, las puntuaciones de los hombres si son mayores que las obtenidas por las mujeres.

La tabla 3 muestra los resultados correspondientes al ANOVA factorial realizado para cada una de las variables, así como la interacción, respecto a la ansiedad, la depresión y la apatía. Se comprobó la homocedasticidad con la prueba *F* de Levene. Los resultados no mostraron diferencias significativas respecto al género en función de las variables observadas. Sin embargo, las puntuaciones en apatía obtenidas por los hombres fueron superiores aunque no llegaron a ser significativas. Sí resultaron significativas las diferencias en las puntuaciones obtenidas en las tres variables en función de la fase de la enfermedad, presentando la apatía una significación al 0'001. El tamaño de efecto fue grande (1'26) y una potencia estadística de $1 - \beta = 0'97$. La ansiedad presentó una significación estadística al 0,05, con un tamaño del efecto medio (0'57) y una potencia estadística de $1 - \beta = 0'48$. Finalmente la depresión

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la interacción del género y la fase de la enfermedad respecto a la ansiedad, la depresión y la apatía.

	Fase	Género	N	M	(DT)
Ansiedad	Leve	Mujer	6	1,0	(1,54)
		Hombre	10	2,80	(2,30)
	Moderada	Mujer	12	3,17	(2,51)
		Hombre	5	4,20	(2,49)
Depresión	Leve	Mujer	6	1,67	(2,58)
		Hombre	10	2,70	(2,26)
	Moderada	Mujer	12	3,67	(2,42)
		Hombre	5	4,60	(0,89)
Apatía	Leve	Mujer	6	32,17	(7,65)
		Hombre	10	33,80	(3,26)
	Moderada	Mujer	15	42,17	(12,05)
		Hombre	5	54,40	(9,09)

Tabla 3. ANOVA factorial de las variables ansiedad, depresión y apatía respecto al género y fase de la enfermedad y su interacción (*significación a 0'05, **significación a 0'01).

		gl	Media cuadrática	F	p
Género	Ansiedad	1	14,59	2,74	0,108
	Depresión	1	7,03	1,38	0,249
	Apatía	1	349,60	3,93	0,057
Fase	Ansiedad	1	23,12	4,35	0,046*
	Depresión	1	27,65	5,44	0,027*
	Apatía	1	1702,47	19,15	0,000**
Interacción género y fase	Ansiedad	1	1,06	0,20	0,657
	Depresión	1	0,018	0,00	0,953
	Apatía	1	204,29	2,29	0,140

fue estadísticamente significativa al 0'05. El tamaño de efecto fue medio (0'73) y una potencia estadística de $1 - \beta = 0'65$. Respecto a la interacción entre el género y la fase de la enfermedad, no resultó significativa en ninguna de las tres variables analizadas.

Discusión

En el presente estudio, el primer objetivo era conocer la influencia del género sobre los SPCD, concretamente la ansiedad, depresión y apatía. Nuestros resultados muestran que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. Estos resultados siguen la línea de Abizanda *et al.*, (2009), quienes, en una muestra de 82 enfermos de Alzheimer, no encontraron variación respecto a hombres y mujeres en la prevalencia de los SPCD. En esta misma línea Lee *et al.* (2014) en su estudio con 98 enfermos de Alzheimer, tampoco encontraron diferencias significativas en el género. Más concretamente y respecto a los síntomas analizados (apatía, ansiedad y depresión), nuestros resultados seguirían la línea del estudio de Turró Garriga *et al.* (2009) donde en una muestra de 155 participantes, sus resultados no mostraron diferencias entre pacientes con y sin apatía respecto al género. Al igual que en nuestro estudio, la apatía va a ser un síntoma común tanto en hombres como en mujeres no diferenciándose respecto al sexo. Sin embargo, diversos estudios sí muestran diferencias respecto a la apatía determinando que es un síntoma más frecuente en hombres que en mujeres (Ford, 2014; Kitamura, Kitamura, Hino, Tanaka y Kurata, 2012; Ott *et al.*, 1996). Respecto a la ansiedad y depresión, nuestros resultados tampoco ofrecieron diferencias significativas respecto a hombres y mujeres. Al igual que con la apatía, estos síntomas se dieron de forma similar tanto en mujeres como en hombres, aunque estos últimos mostraron medias superiores. Nuestros resultados en este caso, son contrarios a los obtenidos en la mayoría de

los estudios, principalmente sobre depresión donde se asocia a las mujeres mayor frecuencia de ansiedad y depresión en contraposición a los hombres (Ford, 2014; Lee *et al.*, 2017; Lövheim *et al.*, 2009).

Analizando la influencia de la gravedad de la EA en la apatía y alteraciones del estado de ánimo, cabe destacar que se encontraron diferencias significativas de manera que son más frecuentes en las fases moderadas de la enfermedad. La mayoría de los estudios apoyan nuestros resultados, como el estudio de Abizanda *et al.*, (2009) donde encontraron una clara asociación entre la severidad del deterioro y los SPCD. En esta línea Youn *et al.*, (2011) destacan la prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en función de la fase. Concluyen que existe un incremento a medida que avanza la demencia decreciendo el llegar a la fase más severa. Muestran así el progreso de U invertida de los SPCD en el proceso de la enfermedad.

Concretamente respecto a la apatía, nuestros resultados muestran que mayores puntuaciones en la media de la fase moderada respecto a la fase leve. Por tanto, se determina un incremento a medida que progresa la enfermedad. Estos resultados son coincidentes con el estudio longitudinal de Turró Garriga *et al.* (2009) donde se muestra cómo la apatía aumenta con la evolución de la EA, a la vez que se asocia a mayor discapacidad funcional, sobre todo en iniciativa y capacidad ejecutiva. En esta misma línea, los estudios de Ford (2014) y Lee *et al.* (2017) también refieren que la severidad de la demencia está asociada a un incremento de la apatía. En un estudio similar se muestra que la apatía incrementaba su frecuencia con la severidad de la fase (Starkstein *et al.*, 2006).

En cuanto a la depresión, existen discrepancias en cuanto a la prevalencia en la fase de deterioro. Como se planteó en la introducción, distintos estudios avalan que este síntoma aparece tanto en la fase leve como en la fase moderada o grave de la enfermedad. Nuestros resultados en este caso, muestran que sí existe diferencia significativa entre las fases. La media obtenida por los participantes en fase moderada es significativamente mayor que la obtenida en la fase leve. En esta línea, son coincidentes con el estudio de Youn *et al.*, (2011) donde determinaron una mayor frecuencia de depresión en fase moderada. Sin embargo y como hemos comentado, otros estudios recientes (Abizanda *et al.*, 2009; Lee *et al.*, 2017) refieren que los síntomas depresivos tienden a presentarse en la fase leve de la demencia. Por tanto, es importante destacar que la variable depresión tiene una relación menos clara con respecto a la fase de la EA (Fitz y Teri, 1994). Respecto a la ansiedad, nuestros resultados mostraron diferencias significativas entre las fases, siendo en la moderada donde se incrementaría la presencia de este síntoma. Son escasos los estudios respecto a la prevalencia de la ansiedad respecto a la fase, sin embargo, nuestros resultados seguirían la línea del estudio de Ford (2014) donde asocia este síntoma a una fase más severa de la demencia.

Respecto a la interacción entre el género y la fase de la enfermedad, nuestros resultados mostraron que no existían diferencias significativas. Tanto la apatía, como la depresión y la ansiedad, no se verían determinados por la combinación del género y la fase. Los síntomas se incrementarían en la fase moderada independientemente de si fueran los participantes hombres o mujeres. Asimismo, no habría diferenciación entre síntomas para hombres y mujeres, respecto de la fase en la que se encuentren. No se determinó ningún síntoma característico para un determinado género en una determinada fase. Estos resultados obtenidos son coincidentes para la apatía con el estudio de Lee *et al.* (2017) Sus resultados mostraron que para la apatía y la irritabilidad no existieron diferencias en la interacción género y la fase. Sin embargo, respecto a la depresión, estos autores obtuvieron que las mujeres que se encontraban en fase moderada presentaban mayor frecuencia de depresión que aquellas que se encontraban en fase leve. Asimismo, determinaron que los hombres presentaban mayor frecuencia de depresión en fase leve.

Respecto a las limitaciones de este estudio, la principal correspondería al tamaño muestral. Consideramos que una muestra mayor ofrecería datos más consistentes y significativos. Una segunda limitación es que los participantes correspondían a un centro de día donde la institucionalización no era permanente. Por tanto, estos resultados solo podrían extrapolarse a enfermos de Alzheimer que acudan a este tipo de centros de estancias temporales. No podemos generalizar por tanto la prevalencia de estos síntomas en función del género y la fase a aquellos pacientes que estuviesen en instituciones de estancia permanente, ya que las características de esta estancia influirán en la frecuencia y prevalencia de los SPCD. En tercer lugar, se evaluaron a enfermos de Alzheimer en fases leve y moderada. Por cuestiones del propio centro, no se dispuso de enfermos en fase grave. Como se describió en el procedimiento, las puntuaciones de estos participantes provocaron que se reagruparan en fase moderada. Por ello, sería adecuado incluir participantes fase grave para determinar la frecuencia e prevalencia de los SPCD.

En conclusión, cabe destacar que no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres respecto a la prevalencia de la apatía, la ansiedad y la depresión. Sí hubo estas diferencias en relación a la fase de la enfermedad, siendo mayor la prevalencia de estos síntomas en la fase moderada. Respecto a la interacción entre género y fase, no se encontraron diferencias significativas respecto a la apatía, ansiedad y depresión.

Referencias

Abizanda, P., López Jiménez, E., López Ramos, B., Romero, L., Sánchez Jurado, P. M., León, M., Martín-Sebastiá, E., Paterna, G. y Martínez Sánchez, E. (2009). [Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo](#)

- [leve y enfermedad de Alzheimer](#). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(5), 238-243 [DOI: 10.1016/j.regg.2009.03.018].
- Agüera Ortiz, L. F., Gil-Ruiz, N., Cruz Orduña, I., Ramos García, M. I., Osorio-Suárez, R. M., Valentí-Soler, M., Martínez-Martín, P. y el grupo UIPA-CAFRS (2010). [Creación de una escala de medición de la apatía en pacientes con demencia tipo Alzheimer institucionalizados: la escala APADEM-NH-66](#). *Psicogeriatría*, 2(4), 207-219.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. y Lang, A.G. (2009). [Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analysis](#). *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160 [DOI: 10.3758/BRM.41.4.1149].
- Fitz, A.G. y Teri, L. (1994). [Depression, Cognition, and Functional Ability in Patients with Alzheimer's Disease](#). *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(2), 186-191 [DOI: 10.1111/j.1532-5415.1994.tb04950.x].
- Ford, A.H. (2014). [Neuropsychiatric aspects of dementia](#). *Maturitas*, 79(2), 209-215 [DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.04.005].
- García Alberca, J.M., Lara, J.P., González Barón, S., Barbancho, M.A., Porta, D. y Berthier, M. (2008). [Prevalencia y comorbilidad de síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer](#). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(5), 265-270.
- García Alberca, J.M., Muñoz, J.P.L. y Torres, M.B. (2010). [Síntomatología neuropsiquiátrica y conductual en la enfermedad de Alzheimer](#). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(4), 212-222.
- Garre Olmo, J. (2008). Evolución de los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer: un ejemplo de aplicación de modelos de crecimiento latente para datos longitudinales. *Alzheimer. Realidades e Investigación en Demencia*, 40, 4-13.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan Jones, P. y Grayson, D. (1988). [Detecting anxiety and depression in general medical settings](#). *British Medical Journal* 297(6653), 897-899 [DOI: 10.1136/bmj.297.6653.897].
- Kitamura, T., Kitamura, M., Hino, S., Tanaka, N. y Kurata, K. (2012). [Gender differences in clinical manifestations and outcomes among hospitalized patients with behavioral and psychological symptoms of dementia](#). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(12), 1548-1554 [DOI: 10.4088/jcp.11m07614].
- Lee, J.Y., Im, W.Y., Kim, H. y Lee, K.J. (2014). [Gender differences in behavioral psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease](#). *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*, 22(2), 71-78.
- Lee, J., Lee, K.J. y Kim, H. (2017). [Gender differences in behavioral and psychological symptoms of patients with Alzheimer's disease](#). *Asian Journal of Psychiatry*, 26, 124-128 [DOI: 10.1016/j.ajp.2017.01.027].
- Lövheim, H., Sandman, P. O., Karlsson, S. y Gustafson, Y. (2009). [Sex differences in the prevalence of behavioral and psychological symptoms of dementia](#). *International Psychogeriatrics*, 21(3), 469-475 [DOI: 10.1017/S1041610209008497].
- Montón Franco, C., Pérez Echevarría, M.J., Campos, R., García Campayo, J. y Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12(6), 345-349.
- Niu, H., Álvarez Álvarez, I., Guillén Grima, F. y Aguinaga Ontoso, I. (2016). [Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis](#). *Neurología*, 32(8), 523-532 [DOI: 10.1016/j.nrl.2016.02.016].
- Olazarán Rodríguez, J., Agüera Ortiz, L.F. y Muñiz Schworchert, R. (2012). [Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento](#). *Revista de Neurología*, 55(10), 598-608 [DOI: 10.33588/rn.5510.2012370].
- Ott, B.R., Tate, C.A., Gordon, N.M. y Heindel, W.C. (1996). [Gender Differences in the Behavioral Manifestations of Alzheimer's Disease](#). *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(5), 583-587 [DOI: 10.1111/j.1532-5415.1996.tb01447.x].
- Pérez Romero, A. y González Garrido, S. (2016). [La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales \(SPCD\) en la enfermedad de Alzheimer](#). *Neurología*, 33(6), 378-384 [DOI: 10.1016/j.nrl.2016.02.024].
- Reisberg, B., Ferris, S.H., De Leon, M.J. y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139 [DOI: 10.1176/ajp.139.9.1136].
- Robles Castiñeiras, A., Díaz Grávalos, G.J., Reinoso Hermida, S., López González, A., Vázquez Gil, C. y García Caballero, A.A. (2012). [Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes institucionalizados con diagnóstico de demencia y factores asociados: estudio transversal multicéntrico](#). *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 47(3), 96-101 [DOI: 10.1016/j.regg.2012.02.002].
- Rocha, K.B., Pérez, K., Rodríguez Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J.E. (2011). [Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire \(GHQ-12\) en población general española](#). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125-139.
- Starkstein, S.E., Jorge, R., Mizrahi, R. y Robinson, R.G. (2006). [A prospective longitudinal study of apathy in Alzheimer's disease](#). *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 77(1), 8-11 [DOI: 10.1136/jnnp.2005.069575].
- Steffens, D.C., Maytan, M., Helms, M.J. y Plassman, B.L. (2005). [Prevalence and clinical correlates of neuropsy-](#)

- [chiatric symptoms in dementia](#). *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 20(6), 367-373 [DOI: 10.1177/153331750502000611].
- Turró Garriga, O., López Pousa, S., Vilalta-Franch, J., Turón-Estrada, A., Pericot-Nierga, I., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Soler-Cors, O., Planas-Pujol, X., Monserrat-Vila, S. y Garre-Olmo, J. (2009). [Estudio longitudinal de la apatía en pacientes con enfermedad de Alzheimer](#). *Revista de Neurología*, 48(1), 7-13 [DOI: 10.33588/rn.4801.2008565].
- Van der Linde, R.M., Matthews, F.E., Denning, T. y Brayne, C. (2017). [Patterns and persistence of behavioural and psychological symptoms in those with cognitive impairment: The importance of apathy](#). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 306-315 [DOI: 10.1002/gps.4464].
- Van der Musselle, S., Mariën, P., Saerens, J., Somers, N., Goeman, J., De Deyn, P.P. y Engelborghs, S. (2015). [Psychosis associated behavioral and psychological signs and symptoms in mild cognitive impairment and Alzheimer's dementia](#). *Aging & Mental Health*, 19(9), 818-828 [DOI: 10.1080/13607863.2014.967170].
- Youn, J.C., Lee, D.Y., Jhoo, J.H., Kim, K.W., Choo, I.H. y Woo, J.I. (2011). [Prevalence of neuropsychiatric syndromes in Alzheimer's disease \(AD\)](#). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(3), 258-263 [https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.04.015]

