

Creación de una escala de medición de la apatía en pacientes con demencia tipo Alzheimer institucionalizados: la escala APADEM-NH-66

L.F. Agüera-Ortiz, N. Gil-Ruiz, I. Cruz-Orduña, M.I. Ramos-García, R.M. Osorio-Suárez, M. Valentí-Soler, P. Martínez-Martín, y el grupo UIPA-CAFRS

Objetivo. Describir el diseño y propiedades psicométricas de la escala APADEM-NH-66 para la medición de la apatía en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) institucionalizados. **Sujetos y métodos.** El proceso de desarrollo de la escala fue: 1) Revisión bibliográfica y selección del modelo de Levy y Dubois como marco teórico; 2) Desarrollo de posibles ítems distribuidos en tres dimensiones: aplastamiento emocional (AE), inercia cognitiva (IC) y déficit de pensamiento y conductas autogeneradas (DP), y creación de una versión de 72 ítems; 3) Aplicación sobre cuidadores formales a 21 pacientes; 4) Segunda aplicación de una versión depurada de 66 ítems sobre cuidadores formales de 51 pacientes (82,3% mujeres) con EA probable (80,3%) o posible (19,7%) y edad media de 83,5 años (rango: 57-97 años), de todo el espectro de gravedad de la EA (GDS 4-7) o EA (GDS \geq 4) y de apatía según el inventario de apatía (AI); 5) Análisis estadístico de la aceptabilidad, consistencia interna y validez de constructo de la escala. **Resultados.** La versión final se compone de 66 ítems (AE: 16, IC: 17, DP: 33). La viabilidad y aceptabilidad fueron satisfactorias, sin valores perdidos ni efecto suelo o techo. La consistencia interna fue óptima para cada una de las dimensiones (alfa de Cronbach de 0,93 para EA, 0,95 para IC y 0,96 para DP), presentando una alta correlación con escalas de apatía $-r = 0,59$ (AI); 0,64 (ítem 'apatía' del NPI)- y baja con escalas de depresión $-r = 0,22$ (ítem 'depresión' del NPI); 0,22 (escala de Cornell)-. **Conclusiones.** La escala APADEM-NH-66 es válida y fiable para evaluar la apatía en la EA. Los ítems que la conforman proporcionan mediciones sencillas, inteligibles y precisas de los síntomas de la apatía.

Palabras clave. Ancianos institucionalizados. Apatía. Demencia tipo Alzheimer. Escala de apatía.

Development of a scale for the measurement of apathy in institutionalized patients with Alzheimer-type dementia: the APADEM-NH-66 scale extended version

Aim. To describe the design and the psychometric properties of the scale APADEM-NH-66 for the measurement of apathy in institutionalized patients with Alzheimer-type dementia (AD).

Subjects and methods. The development process of the scale was: 1) Bibliographic revision and selection of the Levy & Dubois model as theoretical framework; 2) Development of possible items distributed in three dimensions: emotional blunting (EB), cognitive inertia (CI) and deficit of thinking and self-generated behaviours (DT) and creation of a 72 item version; 3) Application to 21 patients through their formal caregivers; 4) Second application of a depurated 66 items version to formal caregivers of a sample of 51 elderly institutionalized patients (82,3% female), mean age 83,5 (range: 57-97) with diagnosis of probable (80,3%) or possible AD (19,7%), in all the spectrum of AD (GDS 4-7) or AD (GDS \geq 4) severity, and of apathy based on the Apathy Inventory (AI); 5) Statistical analysis of the feasibility, acceptability, internal consistency and construct validity of the scale. **Results.** The final version consists of 66 items (EB: 16, CI: 17, DT: 33). Viability and acceptability were satisfactory, with no floor and ceiling effect in any dimension. Internal consistency for each dimension was optimal: Cronbach's alpha were EB = 0.93, CI = 0.95, DT = 0.96. Total score showed a moderate/high correlation with apathy scales (Spearman ρ , AI = 0.59; NPI-item apathy = 0.64) and low correlation with depression scales (NPI-item dementia = 0.22; Cornell scale = 0.22). **Conclusions.** The APADEM-NH-66 is a feasible, reliable and valid scale to assess apathy in AD institutionalized patients. Its items provide simple, intelligible and accurate measurements of apathy symptoms.

Key words. Alzheimer type dementia. Apathy. Apathy scale. Institutionalized elderly.

Unidad de Investigación del Proyecto Alzheimer. Fundación CIEN-Fundación Reina Sofía. Instituto de Salud Carlos III. Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía. Madrid, España.

Correspondencia

Dr. Luis F. Agüera Ortiz. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda. Córdoba, s/n. E-28041 Madrid.

E-mail

luis@aguera.es

Grupo UIPA-CAFRS

L. González-Hervías, A. Montero-Sánchez, E. Ortega-Rojo, E. Osa-Ruiz, C. Pérez-Muñano, S. Sáiz-Bailador, J.L. Dobato, J. Olazarán, B. León.

Introducción

La apatía se define como un déficit persistente de motivación, una ausencia o disminución de sentimientos, emociones o intereses que desembocan en una disminución significativa de las conductas autogeneradas dirigidas a un fin [1]. El término procede del griego y comúnmente se asocia a otros conceptos como el de indiferencia, desmotivación, dejadez, etc. De este modo, el diccionario de la Real Academia Española lo define como 'impasibilidad del ánimo' o, en una segunda acepción, como 'dejadez, indolencia, falta de vigor o energía'. En esta primera definición, alejada de tecnicismos, se aprecia cómo el concepto de apatía hace referencia tanto a aspectos cognitivos y afectivos como conductuales. Sin embargo, todas estas definiciones encuentran su punto débil cuando los síntomas apáticos aparecen conjuntamente con otros como la agitación, irritabilidad, euforia, etc., que precisamente no se caracterizan por una ausencia o disminución del componente emocional. Existe pues actualmente una necesidad de definir la apatía de una forma más adecuada, más precisa, y de operativizar los criterios que definen este trastorno.

La apatía es uno de los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes en las demencias en general y en la enfermedad de Alzheimer (EA) en particular. Distintos estudios sobre la prevalencia de la apatía en la EA la sitúan entre el 17 y el 84% [2,3], siendo por tanto el síntoma psicológico y conductual más frecuente en esta población [4,5]. Otros estudios con el inventario neuropsiquiátrico (*Neuropsychiatric Inventory*, NPI) [6] también arrojan datos en este mismo sentido y establecen la apatía como uno de los síndromes asociados a demencia más estables y prominentes junto con la hiperactividad, la psicosis y los trastornos afectivos.

En la práctica clínica y asistencial con pacientes de EA, la apatía supone un gran impedimento; el cuidador profesional o familiar se enfrenta con la sensación de impotencia o carencia de recursos que consigan motivar al enfermo, sacarlo de ese estado de impassibilidad en el que se encuentra. Esa indiferencia supone un obstáculo en el tratamiento del propio paciente e, indudablemente, en su calidad de vida global.

En la literatura científica se manejan principalmente dos conceptualizaciones distintas referentes a la apatía: los modelos de Marin y de Levy y Dubois.

Marin [7] define la apatía como una 'reducción de la motivación no justificada por una alteración del nivel de conciencia, deterioro cognitivo o estrés emocional'. Por tanto, se alude a un trastorno de la motivación que persiste en el tiempo (al menos durante cuatro semanas) y produce efectos negativos identificables en el nivel de funcionamiento previo del sujeto. A partir de esta definición, el autor establece tres dimensiones principales que servirían como criterios diagnósticos de apatía: disminución o reducción de la conducta dirigida a un fin o meta concretos, disminución o reducción de la actividad cognitiva dirigida a un fin o meta concretos, y disminución o reducción de la respuesta emocional. Marin propone además una serie de criterios de exclusión que dejan fuera de la definición de apatía a aquellos estados o condiciones que simulen los síntomas apáticos, (p. ej., abulia, anhedonia, depresión, indefensión aprendida, etc.), así como a los estados transitorios de apatía atribuibles a una causa concreta de origen no neuropsiquiátrico. El punto débil de la posición teórica adoptada por Marin consiste en la subjetividad de su concepto base: la motivación. Se trata de un concepto psicológico borroso, poco homogéneo y difícil de operativizar y delimitar.

El modelo teórico de Levy y Dubois [1] define la apatía como la 'reducción cuantitativa de las conductas autogeneradas voluntarias y propositivas'. Estos autores se refieren a la apatía como una patología de la acción voluntaria dirigida a un fin concreto. Se trataría por tanto de un trastorno observable y cuantificable cuyos mecanismos responsables se situarían en el nivel de la elaboración, ejecución y control de la conducta autogenerada y volitiva. Para estos autores, debe existir un claro contraste entre la alteración profunda de la conducta autogenerada y la aparición de la conducta propositiva tras estimulación externa de diferente intensidad, la cual puede permanecer relativamente preservada. La reducción de la acción en la apatía debe poder ser reversible, al menos en parte, mediante la estimulación externa del sujeto. Las tres dimensiones de la apatía propuestos por Levy y Dubois son las siguientes: aplanamiento emocional-afectivo (AE), inercia cognitiva (IC) y déficit del pensamiento y conductas autogeneradas (DP) [1].

Las escalas actuales más usadas que valoran exclusivamente la apatía son las siguientes: *Structured Clinical Interview for Apathy* (SCIA) [8], *Apathy Evaluation Scale* (AES) [9], *Apathy Scale*

Tabla I. Principales ventajas e inconvenientes de las escalas de apatía actuales.

	Ventajas	Inconvenientes
SCIA	Validada en pacientes con enfermedad de Alzheimer Entrevista estructurada Ayuda a discernir entre depresión y demencia	Usada solamente con fines diagnósticos No dirigida a personas institucionalizadas Muestra pequeña de pacientes con demencia grave en la validación
AES	Usada para detectar la apatía y medir su intensidad No efecto techo ni efecto suelo	No validada en personas con enfermedad de Alzheimer No dirigida a personas institucionalizadas La versión para el profesional es la más utilizada: se basa en el juicio clínico y necesita entrenamiento previo No hace referencia a la expresión emocional del sujeto Tiempo de aplicación
AS	Usada para detectar la apatía y medir su intensidad Tiempo de aplicación aceptable No efecto suelo Validada en español	No validada en personas con enfermedad de Alzheimer No dirigida a personas institucionalizadas Efecto techo No útil en demencias moderadas ni graves Escala autoaplicada: el sujeto puede minimizar sus síntomas
AI	Usada para detectar la apatía y medir su intensidad Se basa en respuestas observables Tiempo de aplicación aceptable	No validada en personas con enfermedad de Alzheimer No dirigida a personas institucionalizadas La versión dirigida al paciente no resulta útil en demencias moderadas-graves
DAIR	Validada en sujetos con demencia El evaluador aplica la escala a un informador-cuidador habitual del paciente No efecto techo ni efecto suelo Validada en español Tiempo de aplicación breve	No validada ni apropiada para sujetos institucionalizados No indicada en sujetos con demencia grave Mide solamente la intensidad de la apatía Detecta el síntoma sólo si hay variación premórbida
LARS	Usada para detectar la apatía y medir su intensidad No efecto techo ni efecto suelo	No validada en personas con enfermedad de Alzheimer No dirigida a personas institucionalizadas Subjetividad del evaluador en la interpretación de las respuestas El paciente puede minimizar sus síntomas Tiempo de aplicación Superposición con síntomas depresivos

SCIA: Structured Clinical Interview for Apathy; AES: Apathy Evaluation Scale; AS: Apathy Scale; AI: Apathy Inventory; DAIR: Dementia Apathy Interview and Rating; LARS: Lille Apathy Rating Scale.

(AS) [10], *Apathy Inventory* (AI) [11], *Dementia Apathy Interview and Rating* (DAIR) [12] y *Lille Apathy Rating Scale* (LARS) [13]. Todas ellas se basan en el modelo de Marin y en el déficit de motivación como eje central. La aplicación de cada una de estas escalas de evaluación de la apatía ofrece una serie de ventajas y de inconvenientes respecto al resto. Algunas de ellas han surgido precisamente como un intento de resolver los problemas más sobresalientes de otras (tiempo de aplicación, subjetividad del informador, etc.) y en ocasiones lo han logrado, pero hasta el momento ninguna ha conseguido solventar la totalidad de esos problemas (Tabla I).

La idea de crear la escala APADEM-NH (Apatía en Demencia-Nursing Home) surge, por un lado, de la intención de crear una escala de apatía específica para pacientes con EA. Se trata de una versión específica para pacientes institucionalizados (del inglés *nursing-home*), que presentan peculiaridades específicas tanto por el grado de demencia que padecen como por las peculiaridades del medio institucional. Por otro lado, surge de la necesidad de crear una escala que subsane en la medida de lo posible los inconvenientes de las escalas de apatía existentes en la actualidad, en especial del efecto techo que se da en la mayoría de ellas al evaluar a los pacientes con demencia avan-

zada. De este modo, se podrán realizar mediciones válidas y fiables de este síndrome tan frecuente, incapacitante y difícil de valorar

Los objetivos concretos perseguidos por la escala APADEM son los siguientes:

- Medir la apatía en personas con EA institucionalizadas. Se trata de hacer una medición válida y fiable que permita detectar y medir con precisión los síntomas apáticos en pacientes con una demencia en dicho medio.
- Medir la apatía en todos los estadios de la EA y especialmente en estadios avanzados de la EA en los que, debido a una reducción generalizada de las actividades de la vida diaria, interacciones sociales y en general, del nivel de funcionamiento previo del individuo, el clínico se encuentra con numerosas dificultades para poder identificar y medir la sintomatología apática.
- Superar la limitación del efecto techo y el efecto suelo, es decir, medir la apatía en toda su magnitud, desde los síntomas leves hasta los más graves e incapacitantes.
- Discernir con mayor precisión entre depresión y apatía. En aquellos casos en que ambos trastornos coexistan, ayudar a la prescripción farmacológica correcta y a la generación de estrategias de tratamiento alternativas.
- Desarrollar una herramienta de medición que sea precisa (por lo tanto, probablemente sensible al cambio) y útil para la valoración de los tratamientos efectuados, tanto farmacológicos como no farmacológicos.

Sujetos y métodos

Objetivo

Describir el proceso de creación y validación de una escala de medición de apatía para pacientes institucionalizados con demencia.

Procedimiento

Para la creación de la escala se estableció inicialmente un grupo de trabajo multidisciplinar (tres psiquiatras, dos neuropsicólogas, tres terapeutas ocupacionales y dos fisioterapeutas) formado por miembros del Equipo Multidisciplinar de Apoyo (UMA) y del equipo técnico (CLECE) de la Uni-

dad de Investigación del Proyecto Alzheimer, Fundación CIEN-Fundación Reina Sofía, del Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía de Madrid (CAFRS).

Se utilizó una metodología específica de trabajo siguiendo diferentes pasos:

- Revisión de los modelos teóricos de Marin [7] y de Levy y Dubois [1] sobre apatía y escalas al uso. Se eligió el modelo de Levy y Dubois como marco teórico sobre el que plantear los objetivos y las hipótesis de trabajo. La elección de este modelo teórico se fundamentó en el uso de tres dimensiones observables y cuantificables de la apatía: AE, IC y DP.
- Valoración grupal de las características psicométricas necesarias de la futura escala (validez, fiabilidad, precisión, etc.) para cumplir las hipótesis de trabajo planteadas.
- ‘Tormenta de ideas’ donde se generaron posibles ítems distribuidos en los diferentes apartados, en base a las tres dimensiones de apatía que se definen en el modelo teórico elegido. Se formularon inicialmente un total de 71 ítems.
- Se estableció una gradación de gravedad basada en una escala tipo Likert, de 0 a 3, de cada uno de los ítems formulados.
- Se realizó una primera aplicación de la escala de 71 ítems con finalidad exploratoria sobre una muestra de 21 cuidadores profesionales con un alto conocimiento de los pacientes evaluados, todos ellos enfermos con demencia institucionalizados en el CAFRS.
- Tras la primera aplicación se evaluó el grado de inteligibilidad de los ítems y se revisaron preguntas y enunciados de cada uno de ellos. Se eliminaron preguntas coincidentes o que evaluaban la misma área o función y se reformularon preguntas confusas o inapropiadas. Finalmente se obtuvo un total de 66 ítems.
- Se aplicó esta versión de la escala de 66 ítems a los cuidadores formales de una muestra de 51 pacientes dementes institucionalizados seleccionados en base a los criterios de inclusión, con la finalidad de valorar sus capacidades psicométricas.
- Tras esta aplicación se hizo una nueva revisión y depuración de ítems, valorando la inteligibilidad de los enunciados e introduciendo las modificaciones y ejemplos necesarios.
- La versión de 66 ítems fue sometida a un proceso de calificación cualitativa consensuada por

el grupo de trabajo de cada uno de los ítems. Se diferenció cada ítem como 'bueno', 'regular' y 'malo' en función de la capacidad para evaluar cada área de apatía según la experiencia de cada uno de los profesionales del grupo.

- Tras la calificación se realizó una nueva revisión de la versión de 66 ítems. Se reubicaron ítems según la dimensión más apropiada, se reformularon para hacerlos más comprensibles y se añadieron o eliminaron aclaraciones y ejemplos.
- Finalizó el proceso con la codificación de todos los ítems y apartados con su formulación definitiva, consiguiendo la versión final codificada de 66 ítems.

Tras el proceso de creación descrito, se obtuvo la versión final de 66 ítems (APADEM-NH-66) de una escala para la evaluación de apatía en pacientes institucionalizados con demencia.

Esta escala evalúa el estado de apatía del paciente a través de una entrevista dirigida a un cuidador profesional. El cuidador al que se le aplica la escala ha de tener un grado de conocimiento adecuado sobre la situación cognitiva, conductual y funcional del paciente.

La escala valora de forma independiente las tres dimensiones de la apatía [1]: AE, IC y DP. Cada uno de los ítems se puntúa en función de la gravedad operativizada por la intensidad del estímulo necesario por parte del cuidador para la realización de una actividad determinada o la obtención de una emoción concreta:

0. No apatía, emoción o acto espontáneo.
1. Apatía leve, mejora con ligera estimulación.
2. Apatía moderada, mejora con estímulos intensos.
3. Apatía grave, no responde a ninguna intervención.

Muestra

Se obtuvo una muestra global de 72 pacientes sobre los que se aplicó la escala en estudio para su validación inicial. Esta fue aplicada por los miembros del equipo investigador a los cuidadores habituales de todos los pacientes seleccionados.

Como criterios de inclusión se estableció el diagnóstico de demencia según criterios del DSM-IV [14], confirmada por un neurólogo experimentado y en cualquier estadio de gravedad. A efectos de estandarización ambiental todos los pacientes debían encontrarse institucionalizados

en el CAFRS durante el tiempo que duró el proceso de creación y validación de la escala. Todos los sujetos o sus representantes legales otorgaron su consentimiento informado para el estudio.

Instrumentos

A todos los pacientes se les aplicaron las siguientes escalas, además de la APADEM-NH-66:

Escala de deterioro global (Global Deterioration Scale, GDS)

Instrumento de estadificación de las diferentes fases evolutivas de la demencia, que valora las alteraciones funcionales y cognitivas del paciente [15]. Establece siete estadios de gravedad de la demencia (1: normal; 2: deterioro cognitivo ligero; 3: demencia incipiente; 4: demencia leve; 5: demencia moderada; 6: demencia moderada-grave; 7: demencia terminal).

Inventario de apatía, cuestionario del acompañante (Apathy Inventory, IA)

Se utiliza para obtener información sobre la presencia de apatía en pacientes con enfermedades cerebrales [11]. Se basa en las respuestas obtenidas del propio paciente o de una persona acompañante, preferiblemente familiarizada con la conducta del paciente. Consta de tres ítems que se puntúan según frecuencia y gravedad y se obtiene una puntuación entre 0 y 36. A mayor puntuación, mayor gravedad de la apatía. Se utilizó para nuestro estudio la versión en castellano de la escala.

Inventario neuropsiquiátrico, versión de residencias (Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home, NPI-NH)

Se trata de un inventario de síntomas neuropsiquiátricos para pacientes institucionalizados [6]. Es una escala aplicada al cuidador, validada en castellano [16]. Consta de 12 ítems, que valoran diferentes síntomas neuroconductuales de la demencia: delirios, alucinaciones, depresión/disforia, euforia/exaltación, ansiedad, desinhibición, apatía/indiferencia, agitación/agresión, irritabilidad/labilidad, conducta motora anómala, alteraciones del sueño y alteraciones de la conducta alimentaria. Se valora cada ítem según su frecuencia y gravedad y se establece un rango de puntuación total entre 0 y 144, correspondiendo la mayor puntuación a la presencia de más síntomas neuropsiquiátricos. Para el proceso de vali-

Tabla II. Estadísticos descriptivos de las medidas utilizadas.

	Media	Desviación estándar	Rango observado	Rango teórico
AI	15,8	10	0-32	0-36
NPI				
Ítem de apatía	6,3	3,8	0-12	0-12
Ítem de depresión	1,8	3,1	0-12	0-12
CSDD	7,5	5,6	0-24	0-38

AI: Apathy Inventory; NPI: Neuropsychiatric Inventory; CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia.

dación de la escala de apatía en su versión de 66 ítems sólo se tuvieron en cuenta los ítems de apatía (NPIa) y depresión (NPId) del NPI-NH.

Escala de Cornell para la depresión en demencia (Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD)

Valora fundamentalmente los signos asociados a los trastornos depresivos en los pacientes con demencia [17]. Es una escala validada al castellano [18], heteroaplicada y formada por 19 ítems que valoran cinco dimensiones de la depresión: alteraciones del humor, trastornos de conducta, signos físicos, ritmos circadianos y alteraciones del pensamiento. Cada ítem se puntúa en una escala de 3 puntos (0: ausente o no aparece; 1: ligero o intermitente; 2: grave o frecuente). Puntuaciones superiores a 8 sugieren depresión leve, y puntuaciones superiores a 12, depresión moderada.

Análisis estadístico: estudio de validez y fiabilidad

Se aplicaron estadísticos descriptivos para los datos sociodemográficos, históricos y evaluaciones. Se analizaron los siguientes atributos psicométricos de la escala de apatía, versión de 66 ítems, según metodología y estándares habitualmente aceptados [19]:

- *Aceptabilidad.* Datos perdidos (estándar < 10%) (WHOQOL group, 1998), rango observado y posible, medidas de tendencia central y diferencia media-mediana (estándar arbitrario

< 10% de la puntuación máxima) [20], efecto suelo y techo (estándar < 15%) [21] y asimetría (estándar: -1 a +1) [22].

- *Consistencia interna.* Alfa de Cronbach (estándar $\geq 0,70$) [23] correlación ítem total ($\geq 0,40$) [24] e índice de homogeneidad de los ítems (estándar $\geq 0,30$) [25].
- *Validez de constructo convergente.* Se sostuvo la hipótesis de que debería existir una alta correlación ($r_s \geq 0,5$) entre la APADEM-NH-66 y otras escalas que valoran apatía (AI y NPI-ítem apatía), mientras que la asociación con medidas de depresión (CSDD y NPI-ítem depresión) debería ser moderada o débil ($r_s \leq 0,49$) [26]. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman por no cumplirse las asunciones para pruebas paramétricas. Para la validez interna de la escala, se consideró que la correlación entre los dominios componentes se situaría entre 0,30 y 0,70 [27].
- *Precisión.* La precisión de la APADEM-NH-66 en aplicación transversal se determinó, para cada dimensión, por el error estándar de la medida calculado sobre el índice de fiabilidad (alfa) [21,28].

Resultados

Características de la muestra

La muestra para el análisis de las capacidades psicométricas de la escala final está formada por 51

Tabla III. Estadísticos descriptivos y parámetros de aceptabilidad de la escala.

	Media	Mediana	Desviación estándar	Rango	Aceptabilidad	Asimetría	Efecto techo y suelo
Aplanamiento emocional	17,0	12	14,4	0-51	100%	0,65	9,80-1,96%
Inercia cognitiva	25,7	24	15,4	3-48	100%	0,07	1,96-7,84%
Déficit de pensamiento	53,7	54	26,2	6-99	100%	-0,16	1,96-1,96%
Total	96,5	92	52,3	11-198	100%	0,15	3,92-1,96%

Tabla IV. Consistencia interna de las dimensiones de la escala de apatía.

	α de Cronbach	Índice de homogeneidad	Correlación ítem-total
Aplanamiento emocional	0,93	0,44	0,43-0,79
Inercia cognitiva	0,95	0,57	0,51-0,85
Déficit de pensamiento	0,96	0,42	0,37-0,79

pacientes con demencia institucionalizados. La edad media de la muestra fue de $83,4 \pm 6,4$ años (rango: 57-97 años), representada por mujeres en un 82%. El 80,3% poseía un diagnóstico de EA probable, y el 19,7%, EA posible. La distribución de la muestra de pacientes según la GDS fue: 4% deterioro cognitivo moderado (GDS 4), 32% deterioro cognitivo moderado-grave (GDS 5), 33% deterioro cognitivo grave (GDS 6) y 31% deterioro cognitivo muy grave (GDS 7).

Características psicométricas

La versión final de la escala se compone de 66 ítems. Las dimensiones son las siguientes: AE, 16 ítems; IC, 17 ítems, y DP, 33 ítems (Anexo).

Los estadísticos descriptivos de las medidas utilizadas en el estudio se muestran en la tabla II. El 100% de los datos fueron computables. Los datos descriptivos y los datos de aceptabilidad de la escala fueron los siguientes (Tabla III): AE, $17 \pm 14,4$ (mediana: 12; rango: 0-51); IC, $25,7 \pm 15,4$ (me-

diana: 24; rango: 3-48); DP, $53,7 \pm 26,2$ (mediana: 54; rango: 6-99), y puntuación total de la escala, $96,5 \pm 52,3$ (mediana: 92; rango: 11-198). La escala carece de efecto techo y suelo ya que las puntuaciones se mantienen dentro del estándar deseado ($< 15\%$). Además, no se encontró asimetría en ninguna dimensión de la escala ni en su puntuación total.

La consistencia interna fue aceptable para cada una de las dimensiones (Tabla IV). El coeficiente alfa de Cronbach resultó de 0,93 en AE, 0,95 en IC y 0,96 en DP. La correlación ítem-total corregida se mantiene en puntuaciones $> 0,40$ (AE: 0,43-0,79; IC: 0,51-0,85; DP: 0,37-0,79), con índices de homogeneidad $> 0,30$ en las tres dimensiones.

La tabla V refleja las correlaciones de esta escala con otras escalas de apatía y depresión. La escala desarrollada muestra una correlación alta con las dos escalas de apatía: AI ($r_s = 0,59$) e ítem de apatía del NPI ($r_s = 0,64$), y baja o leve correlación con las escalas de depresión: ítem de depresión del NPI ($r_s = 0,22$) y CSDD ($r_s = 0,22$).

Tabla V. Correlación (coeficiente de correlación de Spearman) entre la escala y otras medidas.

	Aplanamiento emocional	Inercia cognitiva	Déficit de pensamiento	Puntuación total de la escala	Estándar (ref.)
AI	0,59	0,55	0,56	0,58	> 0,5
NPIa	0,68	0,54	0,61	0,64	
NPId	0,19	0,25	0,21	0,22	< 0,5
CSDD	0,26	0,22	0,24	0,22	

AI: *Apathy Inventory*; NPI: *Neuropsychiatric Inventory*; NPIa: ítem de apatía del NPI; NPId: ítem de depresión del NPI; CSDD: *Cornell Scale for Depression in Dementia*.

La correlación entre las subescalas de la APADEM-NH-66 fue de 0,69 para AE con IC, 0,80 para AE con DP, y 0,86 para IC con DP. El error estándar de la media para la puntuación total de la APADEM-NH-66 fue de 3,81 para AE, 3,44 para IC y 5,25 para DP.

Discusión

El presente artículo detalla el proceso de creación y las características psicométricas de una escala de medición de la apatía en pacientes con demencia institucionalizados. Es la primera escala en lengua castellana desarrollada para la medición de la apatía en pacientes con demencia en nuestro ámbito. En esta población, la presencia del síntoma apatía es extraordinariamente frecuente y su medición es, por tanto, necesaria.

La apatía constituye un síntoma de la demencia al que habitualmente se le ha prestado escasa atención, probablemente por ser el menos disruptivo de ellos. Sin embargo, es causa de buena parte de la incapacidad funcional ligada a la demencia. Debido al escaso interés que ha suscitado la apatía en el contexto de la demencia hasta fechas recientes, su estudio y la medición de su intensidad han corrido similar suerte. La publicación de nuevos criterios de apatía por parte de un grupo internacional, en el que figuran expertos del Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía, ha supuesto un impulso decisivo para atraer la atención hacia este importante síndrome [5].

Existen varias escalas para la medición directa o indirecta de la apatía, alguna de ellas incluso validadas al castellano, pero lo cierto es que su aplicación práctica resulta con frecuencia decepcionante. Las escalas más breves como la AI o el propio ítem de apatía del NPI resultan muy poco prácticas, ya que la mayoría de los pacientes institucionalizados reciben la puntuación máxima y, por tanto, no son discriminatorias y la medición pierde toda utilidad. Otras escalas son demasiado generalistas y miden la apatía de forma genérica con independencia del tipo de enfermedad subyacente. Pensamos que la demencia impone unas características que le son propias y particulares y que la diferencia de otras causas comunes de apatía como la depresión o la esquizofrenia, y se precisa, por tanto, un instrumento específico.

Por ello, los autores se propusieron desarrollar una nueva escala más que validar o adaptar una escala ya existente, aunque teniendo en cuenta la experiencia acumulada en la aplicación de los instrumentos precedentes. El grupo de trabajo que asumió su diseño es multidisciplinar, pertenecen todos a la misma institución y poseen un conocimiento cabal de los pacientes y el medio en el que viven. Las aportaciones de diferentes especialistas, como psiquiatras, neuropsicólogas, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, fueron fundamentales en primer lugar para la observación directa de las conductas y emociones en los pacientes, y posteriormente, para la construcción y revisión ítem por ítem de las diferentes versiones de la escala hasta su desarrollo final.

De los modelos teóricos actuales con mayor apoyo en la bibliografía, elegimos la conceptualización de Levy y Dubois porque elude el concepto de motivación, más difícil de medir, y porque su constructo y las tres dimensiones en que se basa son más fácilmente medibles y trasladables a una escala.

La APADEM-NH es un instrumento de valoración heteroaplicado que recoge información proporcionada por un cuidador profesional que posea un óptimo conocimiento del paciente. Las características de las personas con demencia, y más en los estadios en los que suelen ser institucionalizadas, hacen inviable una escala autoaplicada del tipo de algunas de las ya existentes. El informador no es el médico ni el personal de enfermería (DUE) a cargo, sino el cuidador profesional que mejor conocimiento tenga del paciente. Se trata de recoger la información por parte de las personas que más tiempo pasan con el paciente y lo atienden y ayudan en sus actividades cotidianas. Hemos estimado que el informador tampoco ha de ser un familiar, aunque visite a diario al paciente, ya que se introducirían variables más subjetivas y desde luego emocionales en la valoración, que podrían interferir en el resultado.

El contexto en el que viven y son atendidos los pacientes con demencia institucionalizados confiere unas especiales características a su potencial funcionalidad y a la manera en la que puede expresarse la apatía. Dada la gran variedad de instituciones en las que el paciente puede estar ingresado, el reto ha sido construir una escala basada en ítems de conducta y emociones observadas que fueran comunes a todas ellas e independientes del lugar concreto.

Tras diferentes ensayos y cálculos correspondientes nos decidimos por una valoración de cada ítem según una escala de gravedad de 0 a 3, dependiendo de la necesidad del paciente de un menor o mayor estímulo por parte de los cuidadores para la realización de la actividad medida o la obtención de la emoción requerida. Esta forma de medición está en consonancia con el modelo teórico elegido y demostró ser la óptima y la de mejor comprensión y discriminación entre niveles de gravedad por parte de los informadores que proporcionan las valoraciones.

La valoración de las capacidades psicométricas de la escala se hizo en una muestra representativa del paciente con demencia institucionalizado, tanto en edad, sexo y otras características sociodemográficas, así como del estadio de la demencia.

La presente es la versión extensa de la escala y cuenta con un total de 66 ítems: AE (16 ítems), IC (17 ítems) y DP (33 ítems). Esta última dimensión consta del doble de ítems que las otras dos debido a que en ella se manifiesta de manera más singular la apatía en la población de referencia. Los 66 ítems demostraron medir aspectos o capacidades diferentes. El objetivo de esta versión es realizar una evaluación extensa del síndrome apatía, basado en las tres dimensiones descritas por Levy y Dubois, y de ahí este número relativamente elevado de ítems. A esta primera fase de desarrollo seguirá una segunda para el diseño y validación de una versión abreviada que haga útil la aplicación de la escala en la práctica diaria.

Respecto a las capacidades psicométricas de la escala propiamente dichas, la aceptabilidad fue satisfactoria para todas sus dimensiones, con mediciones en todo el rango posible de puntuaciones, sin asimetría destacable en su distribución.

Un punto fuerte de la escala, que se buscó específicamente en su construcción, es la ausencia de efecto techo y suelo en las tres dimensiones, lo que permite potencialmente una adecuada medida de los diferentes niveles de intensidad del constructo, fiabilidad y sensibilidad al cambio.

La consistencia interna de cada una de las dimensiones fue también óptima, con valores alfa superiores a 0,90, lo que teóricamente permitiría su uso para monitorización individual [23]. Sin embargo, valores muy elevados de alfa ($> 0,95$) pueden indicar redundancia y se obtienen habitualmente en escalas con un gran número de ítems [19]. En el presente estudio, las tres subescalas que componen la APADEM-NH-66 tienen más de 15 ítems y este hecho puede explicar el hallazgo. La correlación ítem-total corregida y el índice de homogeneidad de los ítems presentan, en conjunto, valores superiores a los umbrales teóricos exigidos, reflejando coherencia entre los ítems dentro de cada dimensión, aunque no excluyen la redundancia.

Los coeficientes de correlación para determinar la validez interna de la escala superaron en conjunto el límite superior de 0,70. De nuevo, este hallazgo puede deberse a redundancia o a una estrecha asociación entre los dominios representados por cada subescala. Este hallazgo, junto a los comentados en referencia a la consistencia interna, hace imperativo un análisis para la reducción de ítems y la obtención de un instrumento más eficiente y útil.

De acuerdo con las hipótesis planteadas *a priori* en referencia a la validez de constructo, se obtuvo una alta correlación con las otras dos medidas de apatía efectuadas, la AI y el ítem de apatía del NPI. Asimismo, la correlación con las medidas de depresión realizadas, la CSDD y el ítem de depresión del NPI fue baja, aunque no inexistente. Depresión y apatía están psicopatológicamente relacionadas. En los episodios de depresión suele existir apatía en un mayor o menor grado. Sin embargo, puede existir apatía sin depresión, y éste es el caso más frecuente en las enfermedades neuropsiquiátricas y desde luego en la demencia [29]. La obtención de una correlación baja de la APADEM-NH-66 con las medidas de depresión habla a favor de su capacidad de evaluar la apatía sin la 'contaminación' que pueden suponer los posibles síntomas depresivos del paciente.

En conclusión, cabe definir las capacidades psicométricas de la APADEM-NH-66 como estimulantes, pudiéndose medir a través de ellas el síndrome apatía en sus tres dimensiones fundamentales de una manera completa, válida y fiable. No obstante, se hace preciso obtener una versión más breve para su aplicación en la práctica clínica común y mejorar sus atributos psicométricos.

La escala se diseñó para poder realizar la valoración de la apatía de forma exhaustiva y, por lo tanto, requiere cierto tiempo para su aplicación con el fin de obtener las puntuaciones de las tres dimensiones de las que se compone y la puntuación total. Los profesionales a cargo del cuidado de pacientes con demencia pueden utilizar también la escala como una guía para la exploración clínica no estructurada de la apatía, usando los diferentes ítems como ejemplos de conductas y emociones que pueden encontrar en sus enfermos.

Bibliografía

1. Levy R, Dubois B. Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits. *Cerebral Cortex* 2006; 16: 916-28.
2. Landes AM, Sperry SD, Strauss ME, Geldmacher DS. Apathy in Alzheimer's disease. *Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1700-7.
3. Zuidema S, Koopmans R, Verhey F. Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2007; 20: 41-9.
4. García-Alberca JM, Pablo-Lara J, González-Barón S, Barbancho MA, Porta D, Berthier M. Prevalencia y comorbilidad de síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36: 265-70.
5. Mulin E, Leone E, Dujardin K, Delliaux M, Leentjens A, Nobili F, et al. Diagnostic criteria for apathy in clinical practice. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; Aug 5. [E-pub ahead of print].
6. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J, et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-31.
7. Marin RS. Differential diagnosis and classification of apathy. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1.
8. Starkstein SE, Ingram L, Garau ML, Mizrahi R. On the overlap between apathy and depression in dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 1070-4.
9. Marin RS, Biedrzycki RC, Firinciogullari S. Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Res* 1991; 38: 143-62.
10. Starkstein SE, Mayberg HS, Preziosi TJ, Andrezejewski P, Leiguarda R, Robinson RG. Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1992; 4: 134-9.
11. Robert PH, Clairet S, Benoit M, Koutaich J, Bertogliati C, Tible O, et al. The Apathy Inventory: assessment of apathy and awareness in Alzheimer's disease, Parkinson's disease and mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 1099-105.
12. Strauss ME, Sperry SD. An informant-based assessment of apathy in Alzheimer disease. *Neuropsychiatry Neuropsychology Behav Neurol* 2002; 15: 176-83
13. Sockeel P, Dujardin K, Devos D, Denève C, Destée A, Defebvre L. The Lille Apathy Rating Scale (LARS), a new instrument for detecting and quantifying apathy: validation in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 579-84.
14. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Breviario: criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 2003.
15. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1136-9.
16. Boada M, Tárrega L, Modinos G, López OL, Cummings JL. Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version (NPI-NH): validación española. *Neurología* 2005; 20: 665-73.
17. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23: 271-84.
18. Pujol J, Azpiroz P, Salamero M, Cuevas R. Sintomatología

- depresiva en la demencia. Escala de Cornell: validación de la versión en castellano. *Rev Neurol* 2001; 33: 397-8.
19. Terwee C, Bot SDM, De Boer RM, Van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007; 60: 34-42.
 20. Martínez-Martín P, Rodríguez-Blázquez C, Abe K, Bhat-tacharyya KB, Bloem BR, Carod-Artal FJ, et al. International study on the psychometric attributes of the Non-Motor Symptoms Scale in Parkinson disease. *Neurology* 2009; 73: 1584-91.
 21. McHorney CA, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Qual Life Res* 1995; 4: 293-30.
 22. Hays RD, Anderson R, Revicki D. Psychometric considerations in evaluating health-related quality of life measures. *Qual Life Res* 1993; 2: 441-9.
 23. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002; 11: 193-205.
 24. Ware JE, Gandek B. Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol* 1998; 51: 945-52.
 25. Eisen M, Ware JE Jr, Donald CA, Brook RH. Measuring components of children's health status. *Med Care* 1979; 17: 902-21.
 26. Juniper EF, Guyatt GH, Jaeschke R. How to develop and validate a new health-related quality of life instrument. In Spilker B, ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 49-56.
 27. Hobart J, Lamping D, Fitzpatrick R, Riazi A, Thompson A. The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29). A new patient-based outcome measure. *Brain* 2001; 124: 962-73.
 28. Beaton DE, Bombardier C, Katz JN, Wright JG. A taxonomy for responsiveness. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 1204-17.
 29. Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA, Mastermand D, Miller BL, Craig AH, et al. Apathy is not depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998; 10: 314-9.

Anexo. Versión de 66 ítems de la APADEM-NH

Dimensión 1: aplanamiento emocional

1. ¿Manifiesta emociones positivas? (p. ej., alegría, entusiasmo, ilusión, etc.)
2. ¿Manifiesta emociones negativas? (p. ej., tristeza, rabia, desesperanza, etc.)
3. ¿Reacciona ante los sentimientos de los demás? (p. ej., el compañero de al lado está llorando)
4. ¿Se ríe ante situaciones cómicas o bromas?
5. ¿Reacciona positivamente cuando se valora su trabajo? (p. ej., cuando por un trabajo bien hecho se le premia con alabanzas, etc.)
6. ¿Reacciona negativamente cuando se le obliga a hacer algo que no desea o se le hace algún reproche?
7. ¿Expresa algún tipo de emoción ante la visita de un familiar cercano?
8. ¿Expresa algún tipo de emoción ante otros residentes?(p. ej., cuando se encuentra a uno de ellos por el pasillo, etc.)
9. ¿Expresa algún tipo de emoción ante los profesionales (p. ej., llegada de un terapeuta al que conoce, etc.)
10. ¿Besa, abraza o acaricia como muestra de afecto? (si responde a besos, abrazos, etc.; puntuar 1, 2 o 3)
11. ¿Muestra alguna emoción ante un comentario sobre su persona? (p. ej., halago, etc.)
12. ¿Muestra alguna emoción ante una noticia que le atañe? (p. ej., salida próxima, futura visita de un familiar, enfermedad de un hijo, subida de la pensión, etc.)
13. ¿Muestra alguna emoción ante un acontecimiento en su entorno próximo? (p. ej., discusión entre dos residentes, fallecimiento de otro residente, etc.)
14. ¿Reacciona (se enfada, grita, protesta, etc.) ante agresiones personales o de su propiedad? (p. ej., alguien le quita algo, lo empuja, etc.)
15. ¿Expresa emociones cuando escucha música?
16. ¿Muestra distintas emociones ante diferentes comidas? (p. ej., comentario o gesto de agrado/desagrado, etc.)
17. ¿Muestra algún tipo de emoción (p. ej., excitación, ilusión, rechazo) cuando acude a algún evento fuera de la rutina habitual? (p. ej., fiesta, misa).

Dimensión 2: inercia cognitiva

1. ¿Demanda objetos o bienes necesarios para realizar una tarea concreta? (p. ej., sal o cubiertos en la mesa, material durante sesiones terapéuticas, etc.)
2. ¿Prevé rutinas diarias? (p. ej., cuando hay cambios en la rutina: paseos, visitas, terapias, etc., el sujeto lo detecta y se interesa por conocer la causa)
3. Cuando se le anuncia que se va a realizar una tarea (p. ej., gimnasia, comida, etc.), ¿anticipa preparándose para ella? (p. ej., se lava las manos, acude al gimnasio, pregunta sobre lo que se va a hacer, se coloca, etc.)
4. Cuando no logra su objetivo, ¿busca soluciones alternativas? (p. ej., no puede alcanzar un objeto, su lapicero no tiene punta, etc.)
5. Una vez dispone de todo lo necesario para realizar una actividad, ¿comienza a ejecutarla inmediatamente?
6. ¿Toma decisiones cuando existen varias opciones? (p. ej., ropa, comida, programas de televisión)
7. ¿Alterna correctamente acciones diferentes en una misma tarea o actividad? (p. ej., comer-beber-comer, recortar-pegar-recortar, tocar un instrumento-cantar-tocar, ponerse una prenda-comprobar-ponerse otra, etc.)
8. ¿Mantiene la ejecución en una tarea hasta que ésta se haya completado? (p. ej., coser un botón, ducharse, etc.)
9. ¿Se organiza (material, objetos, acciones) para la realización de una tarea concreta? (p. ej., comer, coser, asearse, etc.)
10. ¿Deja de realizar una actividad determinada cuando ésta ha llegado a su fin? (p. ej., ha acabado de colorear un dibujo, se ha terminado la comida del plato, etc.)
11. Después de finalizada una tarea (p. ej., afeitado, maquillaje, etc.), ¿comprueba o verifica el resultado?
12. ¿Mantiene los turnos de palabra en una conversación?
13. ¿Cambia de opinión de una forma razonable? (p. ej., durante una conversación, ante sugerencias, etc.)
14. ¿Tiene una actitud positiva y flexible a los cambios? (p. ej., cambio de sitio habitual a la hora de la comida, anulación de una actividad programada, etc.)
15. ¿Mantiene una conversación con alguno de

sus compañeros? (tanto si la inicia como si participa en una conversación ya iniciada, puntuar 0)

16. Cuando está concentrado en una actividad, ¿es capaz de volver a ella tras una interrupción? (p. ej., retoma un juego, sigue comiendo, tras una pausa breve para tomar medicación, beber agua, etc.)

Dimensión 3: déficit de pensamiento y conductas autogeneradas

1. ¿Se mueve cuando está incómodo? (p. ej., cambia de postura, cambia de lugar, etc.)
2. ¿Solicita contactar con sus familiares o amigos? (p. ej., llamar por teléfono)
3. ¿Inicia algún tipo de actividad lúdica o de entretenimiento? (p. ej., coge o pide una revista o un juego, enciende o pide ver la televisión, etc.)
4. ¿Se aproxima físicamente a las personas de su entorno?
5. ¿Se dirige o llama a otras personas de su entorno para solicitar o comentar algo concreto? (p. ej., si a alguien se le ha caído algo, si quiere que lo acompañen al baño, etc.)
6. ¿Inicia conversaciones?
7. ¿Participa en conversaciones ya iniciadas?
8. ¿Ofrece bienes a sus compañeros? (p. ej., dulces, pan o sal durante la comida, etc.)
9. ¿Gira la cabeza o dirige la mirada hacia quien habla cuando hay varios interlocutores en una conversación?
10. ¿Se preocupa de su imagen personal? (p. ej., le importa si tiene una mancha en su ropa, si tiene una carrera en la media, si lleva la barba sin arreglar, etc.)
11. ¿Se ocupa de su imagen personal? (p. ej., se peina, se lava, si detecta que está despeinada, sucia, etc.)
12. ¿Se preocupa por el orden/limpieza de su habitación? (p. ej., pregunta por qué está desordenada, etc.)
13. ¿Se ocupa del orden/limpieza de su habitación? (p. ej., coloca sus cosas, arregla la cama, etc., si encuentra que está desordenado o no está a su gusto)
14. ¿Se interesa por sus familiares y amigos? (p. ej., pregunta por ellos, si están bien, etc.)
15. ¿Muestra interés por sus pasatiempos habituales preferidos? (p. ej., leer revistas del corazón/prensa, jugar al dominó, hacer punto, ver la televisión, ver un partido, los toros, etc.)

16. ¿Solicita salir de su módulo o residencia?
 17. ¿Se interesa por cosas nuevas? (p. ej., nuevo profesional, actuación especial, cambios de imagen de los compañeros/profesionales, cambios en la decoración del centro, etc.)
 18. ¿Establece contacto visual, observa o gesticula cuando una persona entra en su unidad?
 19. ¿Responde a preguntas directas acerca de sus intereses personales? (p. ej., pintura, música, etc.)
 20. ¿Responde ante situaciones de injusticia en su entorno próximo? (p. ej., agreden a un cuidador/compañero, a alguien le sirven menos comida que al resto, etc.)
 21. ¿Manifiesta agrado verbal o gestualmente ante un estímulo sensorial agradable? (olor, sabor, sonido, textura, etc.)
 22. ¿Manifiesta desagrado verbal o gestualmente ante un estímulo sensorial desagradable? (olor, sabor, sonido, textura, etc.)
 23. ¿Manifiesta su acuerdo/desacuerdo con una opinión ajena? (p. ej., acerca de sus gustos, sus creencias religiosas, etc.)
 24. ¿Pregunta el nombre de las personas que interactúan con él cuando no lo sabe?
 25. ¿Mira la televisión?
 26. ¿Reacciona cuando decimos su nombre? (p. ej., gira la cabeza, nos mira, etc.)
 27. ¿Reacciona cuando ve a un familiar/amigo/conocido? (p. ej., se levanta, saluda, gesticula, sonríe, etc.)
 28. ¿Reacciona (se gira o sobresalta) ante ruidos repentinos o movimientos bruscos o inesperados?
 29. ¿Pone esfuerzo en sus actividades? (lo intenta más de una vez si no logra el resultado a la primera, etc.)
 30. ¿Participa en las actividades lúdicas o de entretenimiento? (p. ej., juegos, terapias, etc.)
 31. ¿Se interesa por su salud o bienestar? (p. ej., si detecta una herida, malestar, etc., lo comunica y pregunta sobre ello)
 32. ¿Se interesa por la salud o bienestar de quienes le rodean? (p. ej., si alguien está enfermo, escayolado, etc., pregunta y se interesa por ello)
 33. ¿Manifiesta curiosidad, comenta o pregunta cuando se le ofrece algún tipo de información que pueda interesarle? (p. ej., se le comunica que alguna personalidad va a visitar el centro, que va a celebrarse un evento especial, etc.)
-