

Intervenciones psicológicas efectivas en el tratamiento de la apatía en personas con enfermedad de Parkinson: Una revisión integradora

Neyssa M. Ortiz Rodríguez^{*1}, Ivonne Romero García² y Walter Rodríguez Irizarry³

RESUMEN

Contexto y justificación: La apatía es uno de los síntomas no motores de la Enfermedad de Parkinson (EP) y se caracteriza por falta de motivación, bajo interés y reducción de la capacidad de respuesta emocional. Aunque ha sido identificada en la literatura como uno de los síntomas no motores más prevalentes e incapacitantes de la EP, actualmente no existen guías para su tratamiento psicológico.

Objetivo: Esta revisión integradora tiene como objetivo analizar críticamente los estudios existentes y resumir los hallazgos actuales sobre las intervenciones psicológicas que han sido efectivas en el tratamiento de la apatía en la EP.

Método: Utilizando el proceso propuesto por Whitemore y Knafl²⁷, se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos y revistas. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión y los estudios seleccionados pasaron por una evaluación de calidad utilizando la herramienta "QualSyst".

Resultados: Se encontraron cuatro estudios que proveen evidencia de dos tipos de tratamiento eficaces para reducir la apatía en la EP: la intervención psicológica grupal en modalidad presencial y la intervención psicológica individual a través de telesalud. Para potenciar su efectividad es importante la incorporación de modificaciones ajustadas a las características de la población con EP.

Conclusión: Las intervenciones psicológicas encontradas brindan una alternativa viable para pacientes con la EP, quienes de por sí toman varios medicamentos y desean obtener alternativas no farmacológicas para tratar la apatía. No obstante, la reducida cantidad de estudios encontrados refleja la necesidad de investigaciones en torno al tratamiento psicológico y manejo de la apatía en trastornos neurodegenerativos como la EP.

Palabras clave:

Apatía, enfermedad de Parkinson, falta de motivación, intervenciones psicológicas, tratamiento psicológico

Correspondencia:

Neyssa M. Ortiz Rodríguez, PsyD
dra.neyssa.ortiz24@gmail.com

¹ Práctica Privada

² Práctica Privada

³ Universidad Interamericana de Puerto Rico-Recinto de San Germán y Ponce Health Sciences University

INTRODUCCIÓN

Trasfondo

La apatía es un síndrome neuroconductual que afecta la cognición, la emoción y el comportamiento¹ y se clasifica como un síntoma no motor característico de la enfermedad de Parkinson (EP)^{2,3}. Sus rasgos distintivos involucran alteraciones en las tres dimensiones antes mencionadas, y pueden incluir pérdida de interés y motivación, disminución en la iniciativa, angustia emocional y deficiencias en el funcionamiento intelectual⁴. El concepto de apatía fue inicialmente presentado por los estoicos, bajo la palabra griega: “*apatheia*” que significaba para éstos “sin sentir, ni sufrir”⁴. A nivel científico el término fue acuñado por el psiquiatra Robert S. Marin⁵, quien se destaca como uno de los pioneros en la difusión del estudio de la apatía. Sin embargo, al revisar la literatura científica es notable que el significado e interpretación del término ha evolucionado con el tiempo, siendo éste revisado, redefinido y adaptado numerosas veces por distintos teóricos y estudiosos del tema⁶. Lázaro-Perlado⁷ documenta en su revisión la evolución del concepto de apatía desde sus inicios hasta las más recientes e importantes investigaciones, y plantea que han sido numerosos los estudiosos sobre el tema que han unido esfuerzos para definirla. De acuerdo con Lázaro-Perlado⁷, Marin se basó en la evidencia de que la apatía puede ser definida por una serie de síntomas heterogéneos que comparten una base patológica común, para adoptar un enfoque diagnóstico donde la motivación debe estar presente en cualquiera de los dominios afectados (afecto, comportamiento y cognición). Con dichos esfuerzos fue éste el primero en establecer criterios diagnósticos para la apatía⁷. No obstante, posteriormente, varios teóricos adoptan los criterios diagnósticos de Marin y proponen otras conceptualizaciones, añadiendo como un rasgo característico de la apatía la reducción en la cognición y el comportamiento dirigido a objetivos⁶. Otros han argumentado que esta definición es insuficientemente objetiva y favorecen que la definición de apatía incluya la reducción “cuantitativa” de comportamientos autogenerados y con propósito, enfatizando en la ventaja de que así puede ser observable y medible⁸. Luego, el concepto es revisado por Starkstein y Leentjens⁹,

atribuyendo el término de apatía para referirse a trastornos de motivación disminuida, manifestada por conductas y cogniciones orientadas a objetivos reducidos; sin embargo, estos autores resaltan la falta de consenso sobre si los déficits emocionales son parte de la apatía. Más recientemente Le Heron y colaboradores¹⁰ favorecen la visión de que la apatía es una reducción del comportamiento autoiniciado y dirigido a un objetivo. Estos desarrollan su marco conceptual para comprender la apatía patológica basándose en la comprensión del comportamiento motivado normal. Actualmente, los criterios diagnósticos propuestos intentan reunir las diferentes conceptualizaciones y definen la apatía como “una reducción en la motivación de un nivel previo, presente durante al menos cuatro semanas, y está asociada con una disminución del comportamiento dirigido a objetivos, actividad cognitiva o emoción, causando deficiencias funcionales”^{11(p73)}.

Si bien se han discutido diversas propuestas para definir la apatía, no existe un criterio diagnóstico estándar que sea aceptado universalmente en la comunidad científica y la apatía como síndrome sigue ausente en los manuales de diagnóstico actuales⁶. Esto trae una serie de retos al intentar establecer la prevalencia de la apatía en la EP. Aunque los datos de prevalencia fluctúan según las herramientas de evaluación utilizadas y la población clínica estudiada, en la EP se estima que entre un 17% a 70% de las personas diagnosticadas con dicha condición presenta síntomas de apatía^{2,4,12}. Varios autores argumentan que esta amplia gama de estimaciones de prevalencia se debe a la heterogeneidad de las conceptualizaciones de apatía y las comorbilidades neuropsiquiátricas asociadas^{6,13}. Independientemente de lo anterior, se ha encontrado que la apatía en la EP resulta en una respuesta deficiente al tratamiento de los síntomas motores, en un aumento en los gastos médicos y en un mayor riesgo de desarrollar demencia¹³. Además, la apatía se asocia con una disminución en la calidad de vida del paciente y en una mayor carga para los cuidadores y las familias^{13,14}.

La Apatía en la EP

En la EP, la apatía se ha descrito como un síndrome altamente prevalente, incapacitante y resisten-

te a tratamiento¹⁵, el cual puede preceder a la manifestación de los síntomas motrices por muchos años^{16,17}. Representa un disturbo neuropsiquiátrico común en la EP, el cual es diagnosticado en 20% a 36% en pacientes de inicio reciente y sin tratamiento previo¹. Además, ha sido identificada por los propios pacientes de EP como uno de los tres síntomas más inquietantes que experimentan, acompañado por los problemas para caminar y la pérdida de memoria¹⁸.

Con frecuencia, la apatía también se presenta con depresión, demencia y otros síntomas psiquiátricos como lo es la ansiedad¹⁹. Este dato es importante ya que se sugiere que la apatía y otros síntomas psiquiátricos pueden ser biomarcadores de complicaciones motoras más tempranas e incapacitantes²⁰. Estos últimos investigadores han encontrado que los pacientes con EP que presentan tanto apatía como ansiedad tienen más del doble de riesgo de experimentar discinesia/fluctuaciones motrices y sufrir su impacto adverso en las actividades de la vida diaria. Por lo tanto, abordar la apatía desde las etapas iniciales del diagnóstico puede ser clave en el tratamiento y manejo de los desafíos motores que enfrentan las personas con Parkinson.

El impacto adverso de los síntomas de apatía a nivel funcional también ha quedado documentado en la literatura científica. La apatía ha sido implicada en una peor función cognitiva en pacientes con EP, en particular en su manejo de asuntos financieros²¹. Por consiguiente, resulta importante abordar los síntomas de apatía al realizar evaluaciones clínicas tanto en entornos legales como médicos.

La apatía como un biomarcador o indicador conductual temprano del deterioro a nivel cognitivo también ha sido documentado por otros investigadores del tema²². En un estudio longitudinal, el nivel de apatía se correlacionó negativamente con el nivel de deterioro cognitivo, donde aquellos participantes con puntuaciones de apatía superiores a la media al inicio del estudio también demostraron una cognición más deficiente. Estos resultados llevaron a los investigadores a concluir que altos niveles de apatía predicen resultados

cognitivos y conductuales negativos a lo largo del tiempo.

Tratamiento de la Apatía en EP

En la literatura se mencionan dos enfoques para el tratamiento de la apatía en pacientes con EP, los farmacológicos y los no farmacológicos. El primero es el más comúnmente utilizado a pesar de varias limitaciones, entre ellas la ausencia de fármacos aprobados específicamente para la EP²³ y la escasez de investigaciones sobre su eficacia con esta población^{4,7}. El segundo enfoque, el no farmacológico o aquel que no implica ningún fármaco o medicamento²⁴, incluye la intervención psicológica, y se reporta como el preferido entre las personas con Parkinson y apatía²⁵. Sin embargo, las opciones no farmacológicas para la apatía en EP a menudo no están disponibles, los estudios de tratamiento son sorprendentemente escasos y no existen pautas reconocidas para su utilización²⁶.

Una reciente revisión de alcance de la literatura sobre las intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la EP reveló que la mayoría de los estudios disponibles abordaron aspectos relacionados con la prevalencia de la apatía, pero escasamente examinaron los enfoques de tratamiento de ésta¹³. Una de las conclusiones de dicha revisión fue la evidente necesidad de investigaciones futuras sobre apatía que promuevan el desarrollo de un plan de manejo y mejor conocimiento para brindar alivio a las personas con párkinson y apatía.

Objetivo de la Investigación

En vista de las señaladas lagunas en el conocimiento sobre el tema, el objetivo de la investigación actual fue realizar una revisión integradora, con el propósito de extraer y sintetizar de la literatura científica reciente las aportaciones más importantes respecto a aquellas intervenciones psicológicas que han sido efectivas en el tratamiento de la apatía en pacientes con EP. Aunque en la última década se ha alcanzado mayor conciencia de las manifestaciones no motoras en la EP, la apatía sigue siendo uno de los síntomas más complicados, menos estudiados y, por ende, menos comprendidos de la enferme-

dad. Las personas que se enfrentan a la apatía en la EP actualmente tienen opciones limitadas de tratamientos psicológicos basados en la evidencia para manejar este incapacitante y prevalente síntoma¹³.

MÉTODO

Se realizó una revisión integradora utilizando el modelo de cinco etapas propuesto por Whittemore y Knafl²⁷: (a) formulación del problema, (b) estrategia de búsqueda, (c) evaluación de calidad, (d) estrategia analítica y, (e) presentación de los datos. Las bases de datos consultadas, identificadas aquí en estricto orden alfabético, fueron las siguientes: Academic Search Ultimate (Ebsco), CINAHL, E-Journals, ERIC, Fuente Académica, MedicLatina, Ovid (APA PsycArticles), Ovid (Revistas y Libros), ProQuest Digital Dissertations Global, ProQuest Ebook Central, ProQuest One Academic, PsycINFO, Psychological and Behavioral Sciences Collection, PUBMED/Medline. En todas las bases de datos revisadas se aplicaron los mismos métodos de búsqueda, incluyendo los términos y variaciones conceptuales descritas en los próximos segmentos.

Términos de Búsqueda

Luego de obtener acceso a las bases de datos, se emplearon los términos claves, entiéndase inter-

vención psicológica, enfermedad de Parkinson y apatía. Se utilizó el formato de búsqueda avanzada mediante operadores booleanos como “and”, “not”, y “or” para delimitar los resultados y concentrar la búsqueda a la población objetivo identificada. Fue necesario generar una lista de términos adicionales para lograr mayor alcance y reforzar la capacidad de búsqueda en cada base de datos. Los términos y variaciones conceptuales utilizadas se ilustran en la Tabla 1.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Para fines del presente estudio se establecieron los siguientes criterios de inclusión: (a) la búsqueda se limitó a publicaciones revisadas por pares que incluyan sujetos humanos adultos mayores de 18 años con diagnóstico de EP, (b) se concentró en los estudios publicados en revistas profesionales en los últimos 10 años, es decir del 2012 al 2022, (c) se aceptaron los estudios de intervención que incluyeron la apatía como una variable medible, (d) se consideraron exclusivamente aquellos artículos publicados en español e inglés, y (e) se tomaron en cuenta estudios de diseños cualitativos, cuantitativos y mixtos, en donde se realizaron intervenciones psicológicas para tratar apatía en pacientes diagnosticados con Parkinson. Por otro lado, quedaron excluidas aquellas investigacio-

Tabla 1. Términos claves y variaciones utilizadas en la búsqueda en bases de datos

Término clave	Variaciones o sinónimos	
	Español	Inglés
Apatía	falta de motivación	apathy
	indiferencia	lack of motivation, amotivation
	síntomas apáticos	diminished motivation
		goal directed deficit
Enfermedad de Parkinson	trastornos neurodegenerativos	Parkinson's Disease
	trastornos del movimiento	brain disorders
		movement disorders
		neurodegenerative disorders
Intervención psicológica	psicoterapia	psychological intervention
	psicólogo(a)	psychotherapy
	estrategias de apoyo	psychologist
	intervención no farmacológica	non-pharmacological therapy
	tratamiento psicológico	non-drug therapy
	recursos psicológicos	

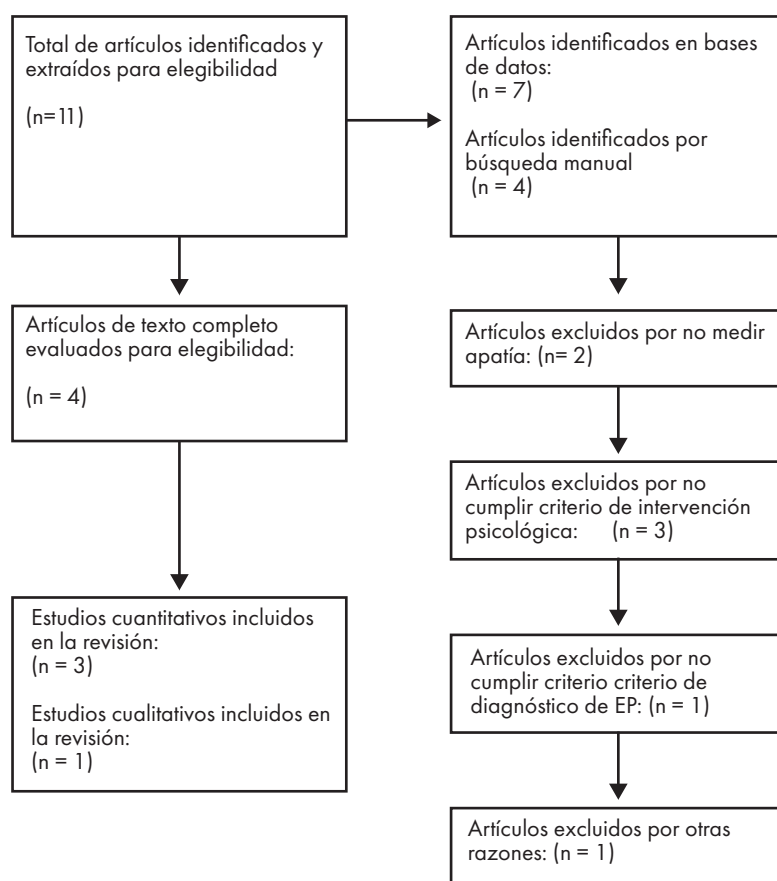


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios

nes publicadas en idiomas distintos al español o inglés, estudios sobre el tratamiento de la apatía con enfoque farmacológico, investigaciones realizadas con sujetos que presentan otros trastornos neurodegenerativos, e investigaciones sobre otras intervenciones que no son consideradas psicológicas (por ejemplo, aquellas que pertenecen a las disciplinas de terapia física u ocupacional). En la Figura 1 se presenta el proceso de selección y delimitación de estudios mediante diagrama de flujo.

Análisis de Datos

Los estudios identificados a través de las bases de datos se seleccionaron para su inclusión en el estudio revisando los títulos, resúmenes, palabras claves y leyendo el texto completo cuando fue necesario. La evaluación de calidad de los estudios fue realizada mediante la herramienta de evalua-

ción crítica conocida como *QualSyst*²⁸, el cual proveyó dos herramientas para evaluar la calidad de los artículos, uno para investigaciones cualitativas y otra para estudios cuantitativos. El análisis de datos se llevó a cabo mediante las fases de comparación constante según descrito por Whittemore y Knafl²⁷, las cuales consisten en: (a) reducción de datos, (b) visualización de datos, (c) comparación de datos, y (d) elaboración y verificación de conclusiones. En estas fases se involucraron estrategias de análisis de contenido y temático, esenciales para la síntesis de la evidencia.

RESULTADOS

Cuatro artículos cumplieron con los criterios de inclusión para su análisis en la revisión. En la Tabla 2 se presentan los estudios incluidos y las características principales de éstos.

Tabla 2. Matriz de los estudios incluidos con datos resumidos

Autores y año	Título del estudio	Diseño	Muestra	Punt. de calidad	Intervención	Medida de apatía	Hallazgos claves
Berardelli et al, 2018	Cognitive behavioral group therapy versus psychoeducational intervention in Parkinson's Disease	Cuantitativo (Pre-Prueba Post Prueba)	N= 18 (9 grupo intervención y 9 grupo control)	0.92	Terapia Cognitivo Conductual (TCC) grupal	Escala de Evaluación de Apatía	Mejoras significativas en la ansiedad, la depresión y la apatía en el grupo de TCC en la post-intervención.
Butterfield et al, 2017	The Parkinson's Active Living (PAL) Program: A behavioral intervention targeting apathy in Parkinson's Disease	Cuantitativo (Pre-Prueba Post Prueba)	N= 28	1.00	Programa de intervención conductual	Escala de Evaluación de Apatía (Auto-Reporte)	Efecto de mediano a grande en el tratamiento de la apatía (52% mostró una mejora de 1 desviación estándar). La mejoría se mantuvo en la evaluación de seguimiento (1 mes).
Cash et al, 2016	Pilot study of a mindfulness-based group intervention for individuals with Parkinson's Disease and their caregivers	Cuantitativo (Pre-Prueba Post Prueba)	N= 39 (29 pacientes; 10 cuidadores)	0.90	Atención plena grupal	Escala de Apatía de Starkstein	Cumplimiento de tareas se correlacionó con la mejoría en niveles de atención plena, la apatía y los síntomas de ansiedad. Mejor asistencia a clase también se asoció con mayor atención plena y una reducción de los síntomas de apatía.
Piers, 2022	Telehealth cognitive behavioral therapy for depression in Parkinson's Disease: A case study	Cualitativo (Estudio de caso)	N= 1	0.85	TCC vía telesalud	Escala de Apatía (Marin, 1991)	Además de tratar eficazmente la depresión, la intervención de TCC mediante telesalud mejoró la calidad de vida y aspectos cognitivos, así como los síntomas de ansiedad, apatía y deterioro cognitivo subjetivo. La TCC de telesalud fue factible, aceptable y eficaz, y resultó en múltiples beneficios además del tratamiento de la depresión.

Evaluación de Calidad

En total, la muestra final de esta revisión incluyó cuatro estudios. Todos cumplieron con los criterios de inclusión y fueron revisados con la versión indicada del instrumento de evaluación de calidad *QualSyst*²⁸. Cada uno de los estudios obtuvieron puntuaciones de calidad superiores al mínimo de ≥ 0.75 para los estudios de enfoque cuantitativo y de ≥ 0.55 para los cualitativos establecido por los creadores del instrumento. En términos generales, la puntuación mínima obtenida en los estudios incluidos fue de 0.85 y la mayor fue una puntuación perfecta de 1.00. Las puntuaciones de calidad de los estudios revisados organizados de mayor a menor fueron: Butterfield et al.²⁹, Berardelli et al.³⁰, Cash et al.³¹ y Piers et al.³² Entre estos, se puede destacar que el primero obtuvo una calificación perfecta y los demás obtuvieron puntuaciones de 0.92, 0.90, 0.85, respectivamente.

Tipo de Metodología

Los estudios incluidos se pueden clasificar en metodología cuantitativa y cualitativa. Un 75% de los estudios incluidos ($n=3$) son de metodología cuantitativa. El estudio restante es de metodología cualitativa, específicamente un estudio de caso³². Dentro de los estudios con enfoque cuantitativo se puede destacar un diseño cuasiexperimental³⁰ y dos estudios de diseño preprueba post prueba no controlado^{29,31}.

País de Estudio y Contexto

La mayoría de los estudios incluidos se condujeron en Estados Unidos (75%, $n=3$). Mientras que uno de los estudios se realizó en Roma, Italia³⁰. Respecto al contexto, los datos identifican que en un 50% de los estudios ($n=2$) los participantes se reclutaron en clínicas ambulatorias especializadas. En uno de los estudios revisados²⁹ se reclutaron participantes en varios escenarios, incluyendo clínicas especializadas dentro de universidades, grupos de apoyo y por medio de buscadores electrónicos para ensayos clínicos de la Fundación Michael J. Fox. Por otro lado, en uno de los estudios no se especificó el contexto³².

Tamaño de Muestra por Estudio

Los tamaños de muestra variaron de uno a 34 participantes. Dos de las investigaciones incluyeron en su muestra a familiares o cuidadores, además de la persona con EP^{29,31}. No obstante, es importante señalar que un 75% de los estudios reportaron cambios en su muestra al final de la intervención debido al fenómeno de atrición, es decir participantes que abandonaron el estudio previo a completar el tratamiento o intervención. La tasa de deserción reportada para uno de los estudios fue de 25%, y aproximadamente un 54% de los participantes que abandonaron la intervención lo adjudicaron a un conflicto de programación con otra terapia médica³¹.

Datos Sociodemográficos de los Participantes

Otro aspecto importante para destacar como parte de la presentación de resultados son las características principales de los participantes incluyendo la edad promedio, género prevalente, y años de educación. Los estudios proveyeron información general de la edad con desviación estándar o rangos de edad. Al revisar los datos se observó una edad promedio de 64 años entre todos los estudios incluidos. En cuanto al nivel de educación solo dos de los estudios reportaron datos. Uno de ellos indicó una media de 16 años de educación³¹. El segundo estudio que reportó información sobre la educación señaló un nivel promedio de 13 años en el grupo de intervención y 12 años en el grupo control de la muestra³⁰. Finalmente, los datos de los estudios revisados evidenciaron que el género prevalente en las muestras fue el masculino.

Características de la Condición de Parkinson

Todos los estudios incluidos en esta revisión cumplieron con el criterio de inclusión de que los participantes tuvieran un diagnóstico oficial de EP otorgado previo a la investigación. En términos generales, se reveló un promedio de 10 años de duración con la condición de Parkinson. Por otro lado, es fundamental destacar que el 75% de los estudios revisados ($n=3$) establecieron como criterio de exclusión la presencia de deterioro cognitivo significativo. Solamente en el estudio de caso

se documentó que el participante recibió una puntuación que lo colocó en el rango “ambiguo” de funcionamiento; es decir, el deterioro cognitivo podía o no estar presente³².

Evaluación de la Apatía en la EP

Varios instrumentos de evaluación fueron identificados en los estudios revisados y se discuten brevemente en esta sección. Una de las herramientas de evaluación de la apatía encontrada en la literatura fue la Escala de Apatía desarrollada por Marin o AES, por sus siglas en inglés³³. Esta escala contiene 18 ítems y hay tres versiones que pueden utilizarse: versiones del clínico (AES-C), del informante (AES-I) y de auto reporte (AES-S). Cada una de dichas versiones cuenta con los mismos tipos de ítems centrales que cubren aspectos cognitivos, conductuales y emocionales de la apatía. De las herramientas de evaluación de apatía en esta revisión, la Escala de Apatía desarrollada por Marin o AES, es una de las más utilizadas^{29,30}.

El segundo instrumento de evaluación de apatía identificado en la literatura fue la Escala de Apatía de Starkstein o SAS por sus siglas en inglés³⁴. Consta de 14 ítems, expresados como preguntas para ser respondidas por el paciente en una escala tipo Likert de cuatro puntos. Esta es una revisión de la Escala de Evaluación de Apatía original de Marin descrita previamente ya que, aunque los autores reconocieron la utilidad de la AES, consideraron que podría ser muy exigente para los pacientes con EP. Por lo tanto, se modificó la AES, reduciendo el número de ítems a 14³⁴. La Escala de Apatía de Starkstein o SAS fue el segundo instrumento de evaluación con mayor uso en esta revisión^{31,32}.

Un tercer instrumento identificado es la Escala de Apatía Dimensional (o DAS, por sus siglas en inglés). La DAS es una evaluación multidimensional de la apatía desarrollada en una estructura de cuatro factores similar a los subtipos de apatía de Levy y Dubois⁸. La escala consiste en tres subescalas asociadas a la iniciación emocional, ejecutiva y cognitivo/conductual y es una medida de autoinforme de la apatía que minimiza las

preguntas somáticas relacionadas con la discapacidad motora³⁵.

Por último, se identificó la Escala de Calificación de Apatía de Lille, o LARS, en inglés. Esta escala se basa en una entrevista estructurada, que contiene 33 ítems, divididos en nueve dominios, cada uno correspondiente a una manifestación clínica de apatía³⁶. Los dominios representan las principales manifestaciones clínicas de la apatía: reducción de la productividad en la vida diaria, falta de interés, falta de iniciativa, reducción de búsqueda de novedades y motivación, embotamiento de la respuesta emocional, falta de preocupación, pobre vida social y reducción de la autoconciencia. En esta revisión, solo uno de los estudios utilizó esta escala, como parte de la evaluación psiquiátrica inicial con el propósito de comprender mejor los tipos de apatía que experimentaban los pacientes y evaluar si estos afectaron la respuesta al tratamiento²⁹.

Intervenciones Psicológicas para el Tratamiento de la Apatía en EP

La primera categoría identificada fueron las intervenciones psicológicas grupales en formato de atención presencial o en persona. Estas se dividieron en dos subcategorías: las intervenciones que se fundamentaban en el modelo terapéutico de atención plena o “*mindfulness*” y la terapia cognitivo conductual.

La segunda categoría correspondió a las intervenciones psicológicas individuales que eran ofrecidas empleando el formato de telesalud, donde se utilizan tecnologías de comunicación para brindar la atención terapéutica a distancia. Esta segunda categoría también se dividió en dos subcategorías: un programa de intervención conductual primordialmente basado en la comunicación telefónica y otro de terapia cognitivo conductual provista mediante videollamada. La Figura 2 ilustra cada categoría y las subcategorías correspondientes.

Intervenciones Grupales

De la literatura revisada surgió la categoría relacionada a las intervenciones psicológicas grupa-

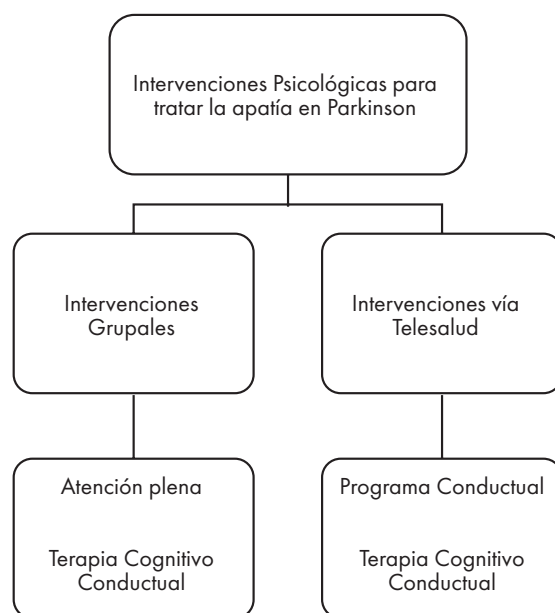


Figura 2. Intervenciones psicológicas efectivas en el tratamiento de apatía en pacientes con Parkinson

les en formato presencial, la cual recoge a su vez dos subcategorías: aquellas basadas en atención plena o “*mindfulness*” y las que se fundamentan en la terapia cognitivo conductual (TCC). La primera se considera un modelo de intervención de atención plena basado en la reducción de estrés (*Mindfulness-Based Stress Reduction* o MBSR)³¹. Los enfoques basados en la atención plena MBSR se centran en llevar la atención al momento presente y aceptar sentimientos, sensaciones y emociones sin juicio, incluyendo la experiencia de la enfermedad³⁷. Cuando dichos enfoques se adaptan a las condiciones neurológicas, pueden incluir elementos de la terapia cognitiva, o centrarse en la reducción del estrés, tal como la MBSR. Estos modelos de intervención psicoterapéutica pueden facilitar la aceptación de la incomodidad y los cambios físicos, centrándose en la apreciación de las habilidades y los recursos preservados³⁸.

En la investigación basada en esta intervención en formato grupal-presencial y dirigida a pacientes con EP y cuidadores se encontró que en una muestra de 39 participantes quienes completaron al menos la mitad de las sesiones de un programa de reducción del estrés basado en la atención plena se podía experimentar una mejoría leve en los síntomas de apatía, aunque los cambios no

resultaron estadísticamente significativos. Los pacientes participantes de la intervención no presentaban deterioro cognitivo y las edades variaron entre los 50 a los 82 años. La efectividad del programa requirió recursos como la integración de un cuidador o familiar, cuando era posible, de un especialista debidamente adiestrado en atención plena y de algún método de transporte para los participantes. Las personas con EP que no contaban con estos recursos (descripciones/variables contextuales) estuvieron a riesgo de no completar el programa, particularmente aquellos que se ausentaban para asistir a otros tratamientos médicos. Los investigadores encontraron que las variables de contexto y apoyo social fueron fundamentales para que la intervención fuese efectiva y para lograr que una persona con EP culminara el tratamiento. A pesar de que los resultados revelaron una mejoría no significativa a nivel estadístico, se evidenció un aumento significativo en los niveles de atención plena en todos los participantes inmediatamente después de la intervención. De forma adicional, una mejor asistencia a clase también se asoció con una mayor atención plena y una reducción de los síntomas de apatía. El aumento de la atención plena se relacionó con menos síntomas de apatía y ansiedad, al igual que con una mejor calidad de vida relacionada con la EP³¹.

En términos del contenido de las sesiones, se resaltó la importancia de incorporar modificaciones para adaptar la forma o el contexto en que se llevaba a cabo la intervención a la población objetivo. Por ejemplo, se recomendó reducir la duración de las sesiones, al igual que el tiempo y la duración de un retiro silencioso de cuatro horas ofrecido en la etapa final de la intervención. Estas modificaciones tenían el propósito de minimizar los niveles de fatiga de los participantes y las dificultades relacionadas con la atención sostenida, que son parte de las alteraciones cognoscitivas comúnmente observadas en la EP. Otra modificación clave de la intervención de atención plena MBSR fue la incorporación de una sesión breve de psicoeducación sobre los síntomas emocionales y cognitivos asociados con la EP y los factores estresantes asociados con el cuidador.

Es importante señalar que esta intervención además de evaluar los niveles de apatía prestó atención a los cambios observados en los síntomas de depresión y aspectos del funcionamiento cognitivo que se han visto asociados con mejoras luego de la participación en el programa de atención plena (atención, flexibilidad mental, y lenguaje). Al final de la intervención los pacientes mostraron una mejora significativa en su flexibilidad mental y en su ejecución en tareas de atención compleja. También reportaron significativamente menos síntomas emocionales y cognitivos asociados con la EP.

Por otro lado, en este programa de atención plena³¹ se documentó una tasa de deserción considerable, de 25%. Según los autores, más de la mitad de los participantes que abandonaron el estudio de intervención atribuyeron su decisión a un conflicto que surgió luego de iniciar el programa con otra terapia médica. Esta información es importante y se discutirá con mayor detalle en la sección de Discusión de este artículo.

Por otro lado, bajo la categoría de las intervenciones grupales-presenciales se destacó una segunda subcategoría, que corresponde a las intervenciones psicológicas de terapia cognitivo conductual (TCC) en formato grupal. La TCC establece que la angustia emocional y las dificultades

conductuales surgen de cogniciones desadaptativas, que comprenden creencias generales sobre el mundo, uno mismo y el futuro³⁹. La terapia se basa en la suposición de que, al modificar dichas cogniciones a través de intervenciones terapéuticas, se reducirá la angustia y los comportamientos problemáticos.

En la literatura revisada³⁰ se demostró que al final del tratamiento, las intervenciones TCC en modalidad grupal-presencial mejoraban todos los síntomas psiquiátricos en pacientes con EP. Específicamente, se documentó una reducción en la gravedad de los síntomas no motores como la apatía (disminución de 15%), en comparación con pacientes que recibieron una intervención psicoeducativa. De forma adicional, los síntomas de ansiedad disminuyeron en un 30% y los de depresión en un 22%. En contraste, no se observaron estos cambios en el grupo de psicoeducación.

En la literatura evaluada se recomendaron varias adaptaciones para la población con EP que vale la pena mencionar. Éstas consistían en brindar especial atención al vínculo entre la angustia psicológica y la enfermedad física, y la capacitación en habilidades prácticas para cambiar los pensamientos relacionados con el estado de ánimo, los comportamientos y los síntomas motores de la enfermedad. También se recomendó abordar en las terapias aspectos específicos, como la tendencia al aislamiento social o la evasión de situaciones sociales, el conflicto familiar y los bajos niveles de asertividad y autosuficiencia³⁰. Ciertamente, el que los pacientes con EP tuviesen que interactuar entre sí durante las sesiones grupales resultó favorable pues promovió de forma indirecta el apoyo social informal entre ellos.

Intervenciones Psicológicas vía Telesalud

La segunda categoría identificada al analizar los estudios incluidos fueron las intervenciones psicológicas provistas mediante el servicio de telesalud, también llamada telemedicina. La telesalud es definida según el diccionario de la Asociación Americana de Psicología⁴⁰ como “el uso de las telecomunicaciones y la tecnología de la información

para brindar acceso a la evaluación, el diagnóstico, la intervención y la información de salud a distancia, en lugar de cara a cara”. Bajo esta categoría de intervenciones por medio de la telesalud, se destacaron dos subcategorías, una basada principalmente en el modelo conductual y en formato de comunicación telefónica²⁹ y otra basada en el modelo cognoscitivo-conductual, provisto por las plataformas de videollamada³².

Dentro de la categoría de intervenciones individuales vía telesalud se identificó el primer programa de intervención conductual, el cual según los autores fue diseñado específicamente para tratar la apatía en pacientes con la EP, el “*Parkinson Active Living Program*”, o PAL, por sus siglas en inglés²⁹. PAL es una forma de terapia conductual provista principalmente por comunicación telefónica entre el participante y un entrenador o “coach”. La terapia estaba dirigida a la disminución de la apatía a través de la consecución de metas de desarrollo individual de personas con EP entre las edades de 44 a 86 años. Con la asistencia del “coach” del programa cada participante establecía sus propias metas partiendo de aquellos ámbitos de sus vidas (p. ej., relaciones, espiritualidad, salud física y emocional, actividades recreativas, educación o actividades profesionales, o proyectos domésticos que deben iniciarse o completarse), donde percibían la necesidad de mejoramiento. El programa incorporaba varias estrategias como el monitoreo o seguimiento cercano, la programación de actividades semanales, y la incorporación de sistemas de señales externas (calendario, llamadas automatizadas de recordatorio, entre otras) con el propósito de lograr las metas establecidas, incluyendo la reducción de los niveles de apatía.

El programa PAL constaba de una sesión inicial en persona para conocer a su entrenador, quien los iba a asistir semanalmente en la planificación personalizada de metas. Esta primera reunión también involucró completar las evaluaciones iniciales (administración de escala de apatía, diálogo sobre los dominios de apatía afectados o áreas de necesidad). Al final de la sesión de planificación los pacientes obtuvieron un calendario semanal de sus actividades predilectas para las próximas

6 semanas. El calendario describía los detalles de cada actividad planificada, los días y horas en que se completaría cada actividad. Además, se incluía un plan predeterminado en caso de encontrar dificultades en el proceso. Al final de cada semana, el entrenador del programa llevó a cabo una sesión telefónica de 10 a 20 minutos con cada participante, durante la cual los participantes informaban la cantidad de metas logradas, solucionaban problemas encontrados, se hacían ajustes y se revisaban las metas de la siguiente semana.

La evidencia sustentó que la intervención fue efectiva al observarse una tasa de retención de 87.5% de los participantes, reducciones significativas en las conductas meta (apatía y depresión) y mejorías en calidad de vida al final de la intervención. Al comparar las puntuaciones del inicio y después de la intervención para la variable de apatía, se observó un efecto significativo de la intervención. Específicamente, se encontró que el 37% de los participantes que había presentado elevados niveles de apatía en la evaluación inicial, al final de la intervención mostraron niveles de apatía dentro del rango normal. Los análisis también reflejaron un efecto de moderado a alto en los síntomas de depresión y en la calidad de vida después de la intervención. Sin embargo, solo las mejoras en la apatía y la depresión se mantuvieron en la evaluación de seguimiento luego de un mes. Además de que los resultados evidenciaron que la mejoría de los síntomas de apatía se mantuvo al mes del seguimiento, se informaron aspectos favorables en torno a factibilidad y eficacia del programa PAL, particularmente porque al ser administrado de forma remota (por vía telefónica) redujo las potenciales barreras para la participación, como la necesidad de transportación.

La segunda subcategoría identificada fueron las intervenciones individuales de TCC que se ofrecían por videollamada³². Bajo la metodología de estudio de caso se exploró el uso de la TCC provista por telesalud para tratar la depresión, la ansiedad y la apatía en pacientes con EP. El estudio de caso involucraba a un paciente masculino de 64 años que fue diagnosticado con EP y quien experimentaba síntomas de depresión, ansiedad y apatía. El paciente participó de ocho sesiones de

TCC, cada una con una duración aproximada de 60 minutos, en el transcurso de 12 semanas. La terapia se ofreció a través de videollamada, por lo que el paciente pudo participar desde su hogar. El formato de la TCC se adaptó según el Protocolo Unificado⁴¹, una forma de TCC dirigida a personas diagnosticadas con ansiedad, depresión y trastornos relacionados. De acuerdo con los desarrolladores del protocolo, el objetivo general es ayudar a los pacientes a aprender nuevas formas de responder a las emociones incómodas. Puede combinar elementos como la atención plena, terapia cognitiva y terapia conductual y consiste en cinco módulos centrales enfocados en las características clínicas que subyacen a todos los trastornos depresivos y de ansiedad, incluida la desregulación de las emociones. Se encontró que las modificaciones que fueron realizadas al formato se relacionaron principalmente a adaptarlas a la administración vía telesalud (por ej. el terapeuta a menudo compartía su pantalla con el sujeto para mostrar el contenido de las sesiones o tareas).

Los resultados revelaron mejoría en las áreas evaluadas, por ejemplo, en comparación con la evaluación inicial, el participante presentó reducciones en los síntomas de depresión, ansiedad y apatía. Además, se observó mejoría en el funcionamiento cognitivo subjetivo y en la calidad de vida, principalmente en aspectos relacionados a movilidad, actividades del diario vivir, bienestar emocional, cognición y reducción de la percepción de estigma. En la evaluación de seguimiento, el participante mantuvo varias de las mejoras, a pesar del impacto significativo que tuvo el inicio de la pandemia del COVID-19 en su vida. Dichas mejorías se mantuvieron en torno a los síntomas de depresión y apatía, al igual que en su funcionamiento cognitivo subjetivo, en su capacidad para la retención en memoria y para la velocidad de procesamiento. Sin embargo, no se mantuvieron las mejorías observadas en los síntomas de ansiedad.

DISCUSIÓN

En la revisión integradora actual se sintetizaron los hallazgos de cuatro estudios que exploraron modelos de intervención psicológica con demostrada efi-

cacia para tratar la apatía en pacientes con EP. Dichas investigaciones cumplieron con los criterios de inclusión preestablecidos y fueron evaluadas para fines de calidad como parte del rigor metodológico que requiere una revisión integradora. Todas obtuvieron una puntuación de calidad que superó la mínima recomendada, demostrando una alta calidad metodológica y, por ende, proporcionando mayor certeza en las conclusiones que se derivan de los hallazgos.

El que solo se pudieran seleccionar cuatro estudios en esta revisión revela la escasez de investigaciones y subraya la necesidad de realizar estudios futuros sobre el tema. Según se ha discutido previamente, actualmente no existen guías basadas en evidencia para el tratamiento psicológico de la apatía⁴¹³. Por tal razón, se espera que esta investigación pueda aportar evidencia en esa dirección y promover mejores prácticas profesionales para atender esta población.

En resumen, los estudios incluidos en la actual revisión utilizaron en su mayoría la metodología cuantitativa, el país principal de origen fue Estados Unidos y las clínicas ambulatorias fueron el escenario de reclutamiento más frecuente. Los instrumentos para la evaluación de apatía utilizados, en orden de frecuencia de uso, fueron la Escala de Apatía³³, la Escala de Apatía de Starkstein³⁴, la Escala de Apatía Dimensional³⁵, y la Escala de Calificación de Apatía de Lille³⁶. Los participantes eran en su mayoría hombres con una edad promedio de 64 años y niveles de escolaridad que fluctuaban entre 12 a 16 años de estudio. Todos contaban con un diagnóstico oficial de EP, en promedio llevaban 10 años con la condición y ninguno presentaba deterioro cognitivo significativo. En términos de género y edad, este perfil sociodemográfico es congruente con el de otros estudios que revelan una mayor prevalencia de la EP en varones en comparación con las mujeres^{42,43,44,45,46}. Asimismo, se ha documentado que el inicio de la EP rara vez ocurre antes de los 50 años y se observa un fuerte aumento de la incidencia después de la edad de 60 años⁴⁷, coincidiendo con los resultados de esta revisión.

Resulta importante mencionar que al igual que otras investigaciones con pacientes con EP⁴⁸ la

deserción de participantes fue un evento observado en la mitad de las investigaciones seleccionadas. Aunque no todos los estudios suministraron información detallada sobre la deserción de participantes, se pudieron identificar niveles de atrición que fluctuaron entre cero a 25%. El nivel más alto de deserción se obtuvo en el estudio de terapia grupal-presencial³¹. En dicha investigación más de la mitad de los participantes indicaron haberse dado de baja luego de iniciar el tratamiento psicológico pues le habían surgido otras citas médicas a las que asistir.

La información de que algunas personas con EP le dan prioridad a la participación en tratamientos médicos que atiendan sus síntomas físicos y motrices, por encima de intervenciones que concentran en los síntomas no-motrices y conductuales, como lo son las sesiones grupales de la atención plena, es un dato muy interesante que surge de esta revisión. Este patrón es consistente con hallazgos de estudios recientes, que sostienen que la atención a síntomas neuropsiquiátricos, incluyendo la apatía, frecuentemente se minimizan en la EP favoreciéndose la vigilancia a la sintomatología motora⁴⁹. El conocimiento de esta tendencia a priorizar los síntomas motores y el tratamiento médico sobre los aspectos psiquiátricos de la EP es un paso importante para fomentar la concientización sobre estos temas entre los pacientes, los cuidadores y proveedores médicos. De forma adicional, el asunto de la deserción de participantes al igual que otras potenciales barreras para la participación y la adherencia al tratamiento psicológico de pacientes con EP deben considerarse con mucho cuidado en el diseño de futuras intervenciones⁵⁰.

En relación con los hallazgos sobre las intervenciones psicológicas efectivas para tratar la apatía en la EP, en la actual revisión integradora se identificaron dos tipos de tratamiento eficaces. El primero incluyó aquellos provistos en forma grupal y en formato presencial y el segundo abarcó las administradas de forma individual vía telesalud.

Las terapias grupales provistas en formato presencial e identificadas como el primer tipo de tratamiento eficaz, incluyen a su vez dos intervenciones: la intervención de atención plena basada

en la reducción de estrés (*Mindfulness-Based Stress Reduction* o MBSR)³¹ y la terapia cognitiva conductual (TCC)³⁰. Aunque ambas demostraron efectividad en el tratamiento de la apatía en pacientes con EP, para la implementación del programa de atención plena MBSR hay que ejercer cautela en vista de que la mejoría reportada no fue estadísticamente significativa y las tasas de atrición reportadas resultaron considerables.

Por otro lado, es preciso resaltar que además de la efectividad en tratar los síntomas de apatía, la TCC en modalidad grupal demostró un beneficio adicional. Como indican los investigadores³⁰ de ese estudio, el formato grupal permitió que los participantes con la EP establecieran contacto con personas que experimentaban síntomas similares, lo que aparentemente generó un sentido de comunidad, pertenencia y apoyo. Esta consecuencia no intencional y favorable de la terapia grupal debe considerarse en el diseño de intervenciones para pacientes con la EP, quienes a menudo se encuentran socialmente aislados y carentes de contacto y apoyo con personas con la misma condición.

El segundo tipo de tratamiento psicológico que se encontró como eficaz para disminuir la apatía en pacientes con EP fue aquel provisto en formato individual y vía telesalud. En esta categoría se incluyen dos intervenciones, aquellas basadas en la TCC mediante videollamada³² y los programas conductuales provistos principalmente mediante sesiones telefónicas²⁹. Estas dos intervenciones, al ser administradas en modalidad remota sin la necesidad de que el paciente tenga que asistir en persona al escenario, señalan los investigadores que minimizaron la necesidad de transporte, el tiempo de espera, favoreciendo mejores tasas de participación, y adherencia al tratamiento.

En general, las dos intervenciones de telesalud seleccionadas se presentan como opciones viables y eficaces para el tratamiento de la apatía en pacientes con EP, especialmente para aquellos con movilidad limitada u otras barreras para acceder a la terapia en persona. Pueden ayudar a resolver una situación de acceso a servicios de salud mental a las personas con EP que enfrenten desafíos

para acceder a los servicios tradicionales de terapia psicológica en persona. Sin embargo, como se señala en las investigaciones, es necesario realizar más estudios que permitan validar los hallazgos y, además, explorar los beneficios potenciales de las intervenciones de telesalud con muestras más grandes de pacientes con EP.

Finalmente, para aumentar la efectividad de las intervenciones para el tratamiento de la apatía, ya sean estas grupales o vía telesalud, los hallazgos resaltan la importancia de incorporar modificaciones para adaptar el formato de intervención a algunas de las necesidades experimentadas por los pacientes con EP. Por ejemplo, el ajuste de la duración de las sesiones de atención plena para minimizar niveles de fatiga³¹ y las modificaciones en el contenido de las terapias para abordar asuntos exclusivos de la EP, tales como el aislamiento social por las dificultades o fluctuaciones motoras³⁰. La adaptación del tratamiento a las necesidades específicas de los pacientes con la EP resulta fundamental y podría determinar la efectividad y el éxito de un programa terapéutico.

CONCLUSIÓN

Esta investigación proporciona evidencia de cuatro estudios que proponen modelos de intervención psicológica que fueron efectivos en el tratamiento de la apatía en EP. Se destacaron dos tipos de formato de intervención principales; las grupales y las provistas por medios de telesalud. Las primeras mostraron que el formato grupal y el apoyo social percibido permite que los participantes que padecen de trastornos neurodegenerativos, como la EP, interactúen entre sí para compartir experiencias, miedos y expectativas del futuro. Por otra parte, las segundas reflejaron que el hecho de eliminar obstáculos como la necesidad de transporte favoreció la adherencia y retención de los participantes, consecuentemente aumentando la probabilidad de que los pacientes con EP completaran el tratamiento. No obstante, los hallazgos también sugieren que para que las intervenciones sean efectivas es importante tomar en cuenta factores adicionales como la incorporación

de modificaciones especialmente ajustadas a las características de esta población.

La investigación futura puede ayudar a confirmar el beneficio de las presentes intervenciones en esta y otras poblaciones de interés. En primer lugar, es importante validar alguno de los instrumentos de evaluación de apatía al español. Esto permitiría diagnósticos precisos y favorecería un tratamiento efectivo.

Tal como se comentó anteriormente, las investigaciones revisadas excluyeron participantes con deterioro cognitivo significativo. Por lo tanto, las futuras investigaciones deben incluir pacientes con este cuadro clínico de manera que también haya espacio para el desarrollo de guías terapéuticas en el tratamiento de la apatía en pacientes con EP y demencia.

En vista de que no se identificaron estudios en América Latina sobre este importante tema, resulta imprescindible realizar esfuerzos de investigación con el fin de fomentar la concientización y posibles guías culturalmente sensibles a la población latina.

En resumen, mediante esta revisión integradora se logró identificar dos modalidades de intervenciones psicológicas que sugieren una gran promesa para mejorar los síntomas de apatía en pacientes con EP sin demencia. No obstante, la reducida cantidad de estudios incluidos, más allá de ser una limitación de la presente revisión integradora, refleja la evidente necesidad de investigaciones en torno al tratamiento y manejo de la apatía en trastornos neurodegenerativos como la EP.

Finalmente, se propone que las intervenciones psicológicas aquí sintetizadas brindan una alternativa factible para pacientes con la EP que de por sí toman varios medicamentos y desean evitar mayores riesgos de efectos secundarios al agregar fármacos para tratar apatía a su régimen. Disminuir la cantidad de medicinas utilizadas para la condición puede resultar muy atractivo y de beneficio para pacientes en regímenes de múltiples medicamentos.

Declaración de intereses

Los autores niegan tener conflictos de interés relacionados a esta investigación.

Financiamiento

Este trabajo de investigación no ha recibido financiamiento.

REFERENCIAS

1. Palmeri R, Corallo F, Bonanno L, Currò S, Merlino P, Di Lorenzo G, et al. Apathy and impulsiveness in Parkinson disease: Two faces of the same coin? *Medicine*. 2022 Jun 30;101(26):e29766.
2. Del-Monte J, Bayard S, Graziani P, Gély-Nargeot MC. Cognitive, emotional, and auto-activation dimensions of apathy in Parkinson's disease. *Front Behav Neurosci* [Internet]. 2017;11. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fnbeh.2017.00230>
3. Lucas-Jiménez O, Ojeda N, Peña J, Cabrera-Zubizarreta A, Díez-Cirarda M, Gómez-Esteban JC, et al. Apathy and brain alterations in Parkinson's disease: a multimodal imaging study. *Ann Clin Transl Neurol* [Internet]. 2018;5(7):803–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/acn3.578>
4. Lazcano-Ocampo C, Wan YM, van Wamelen DJ, Batzu L, Boura I, Titova N, et al. Identifying and responding to fatigue and apathy in Parkinson's disease: a review of current practice. *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2020;20(5):477–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/14737175.2020.1752669>
5. Marin RS. Apathy: A neuropsychiatric syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1991;3(3):243–54. doi:10.1176/jnp.3.3.243
6. Foley JA, Cipolotti L. Apathy in Parkinson's disease: A retrospective study of its prevalence and relationship with mood, anxiety, and cognitive function. *Front Psychol* [Internet]. 2021;12:749624. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.749624>
7. Lázaro-Perlado F. Apathy: A conceptual review. *Curr Psychiatry Res Rev* [Internet]. 2019;15(2):88–104. Available from: <http://dx.doi.org/10.2174/1573400515666190306150306>
8. Levy R, Dubois B. Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits. *Cereb Cortex Commun* [Internet]. 2006;16(7):916–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/cercor/bhj043>
9. Starkstein SE, Leentjens AFG. The nosological position of apathy in clinical practice. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 2008;79(10):1088–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2007.136895>
10. Le Heron C, Apps MAJ, Husain M. The anatomy of apathy: A neurocognitive framework for amotivated behaviour. *Neuropsychologia* [Internet]. 2018;118(Pt B):54–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.07.003>
11. Robert P, Lanctôt KL, Agüera-Ortiz L, Aalten P, Bremond F, Defrancesco M, et al. Is it time to revise the diagnostic criteria for apathy in brain disorders? The 2018 international consensus group. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2018;54:71–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.008>
12. Mele B, Ismail Z, Goodarzi Z, Pringsheim T, Lew G, Holroyd-Leduc J. Non-pharmacologic interventions to treat apathy in Parkinson's disease: A realist review. *Clin Park Relat Disord* [Internet]. 2021;4(100096):100096. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prdoa.2021.100096>
13. Mele B, Van S, Holroyd-Leduc J, Ismail Z, Pringsheim T, Goodarzi Z. Diagnosis, treatment and management of apathy in Parkinson's disease: a scoping review. *BMJ Neurol Open* [Internet]. 2020 Sep 1;10(9):e037632. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/9/e037632>
14. Valentino V, Iavarone A, Amboni M, Moschiano F, Picillo M, Petretta V, et al. Apathy in Parkinson's disease: differences between caregiver's report and self-evaluation. *Funct Neurol* [Internet]. 2018;33(1):31–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.11138/fneur/2018.33.1.031>

15. Fahed M, Steffens DC. Apathy: Neurobiology, assessment and treatment. *Clin Psychopharmacol Neurosci* [Internet]. 2021;19(2):181–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.9758/cpn.2021.19.2.181>
16. Kumaresan M, Khan S. Spectrum of non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Cureus* [Internet]. 2021;13(2):e13275. Available from: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.13275>
17. Titova N, Qamar MA, Chaudhuri KR. The nonmotor features of Parkinson's disease. *Int Rev Neurobiol* [Internet]. 2017;132:33–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/bs.irn.2017.02.016>
18. Chahine LM, Edison B, Daeschler M, Mantri S, Kahl S, Rapoport R, et al. The most bothersome aspects of off periods reported by individuals with Parkinson's disease. *Mov Disord Clin Pract* [Internet]. 2020;7(3):284–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/mdc3.12915>
19. Petkus AJ, Filoteo JV, Schiehser DM, Gomez ME, Hui JS, Jarrahi B, et al. Mild cognitive impairment, psychiatric symptoms, and executive functioning in patients with Parkinson's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020 Jan 23;35(4):396–404.
20. Hinkle JT, Perepezko K, Gonzalez L, Mills KA, Pontone GM. Apathy and anxiety in de novo parkinson's disease predict the severity of motor complications. *Mov Disord Clin Pract*. 2020 Dec 4;8(1):76–84.
21. Giannouli V, Tsolaki M. Is depression or apathy playing a key role in predicting financial capacity in Parkinson's disease with dementia and frontotemporal dementia? *Brain Sci*. 2021 Jun 14;11(6):785.
22. Martin GP, McDonald KR, Allsop D, Diggle PJ, Leroi I. Apathy as a behavioural marker of cognitive impairment in Parkinson's disease: a longitudinal analysis. *J. Neurol*. 2019 Oct 15;267(1):214–27.
23. Nagy A, Schrag A. Neuropsychiatric aspects of Parkinson's disease. *J Neural Transm (Vienna)* [Internet]. 2019;126(7):889–96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00702-019-02019-7>
24. Duncan M, Moschopoulou E, Herrington E, Deane J, Roylance R, Jones L, et al. Review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to improve quality of life in cancer survivors. *BMJ Neurol Open* [Internet]. 2017;7(11):e015860. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015860>
25. Mele B, Goodarzi Z, Hanson HM, Holroyd-Leduc J. Barriers and facilitators to diagnosing and managing apathy in Parkinson's disease: a qualitative study. *BMC Neurol* [Internet]. 2019;19(1):101. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12883-019-1329-z>
26. Manera V, Abrahams S, Agüera-Ortiz L, Bremond F, David R, Fairchild K, et al. Recommendations for the nonpharmacological treatment of apathy in brain disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2020;28(4):410–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2019.07.014>
27. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005;52(5):546–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
28. Kmet, Leanne M. ; Cook, Linda S. ; Lee, Robert C. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields [Internet]. University of Alberta Libraries; 2004 [cited 2023 Jun 22]. Available from: <https://era.library.ualberta.ca/items/48b9b989-c221-4df6-9e35-af782082280e>
29. Butterfield LC, Cimino CR, Salazar R, Sanchez-Ramos J, Bowers D, Okun MS. The Parkinson's Active Living (PAL) program: A behavioral intervention targeting apathy in Parkinson's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol* [Internet]. 2017;30(1):11–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0891988716673467>
30. Berardelli I, Bloise MC, Bologna M, Conte A, Pompili M, Lamis D, et al. Cognitive behavioral group therapy versus psychoeducational intervention in Parkinson's disease. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2018;14:399–405. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/ndt.s152221>
31. Cash TV, Ekouevi VS, Kilbourn C, Lageman SK. Pilot study of a mindfulness-based group intervention for individuals with Parkinson's disease and their caregivers. *Mindfulness (NY)* [Internet]. 2016;7(2):361–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-015-0452-1>
32. Piers RJ, Farchione TJ, Wong B, Cronin-Golomb A. Telehealth cognitive behavioral therapy for depression in Parkinson's disease: A case study. *Psychotherapy (Chic)* [Internet]. 2022;59(2):223–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000367>
33. Marin RS, Biedrzycki RC, Firinciogullari S. Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Res* [Internet]. 1991;38(2):143–62. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(91\)90040-v](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(91)90040-v)

34. 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* [Internet]. 1992 Spring;4(2):134–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1176/jnp.4.2.134>
35. Radakovic R, Abrahams S. Developing a new apathy measurement scale: Dimensional Apathy Scale. *Psychiatry Res* [Internet]. 2014;219(3):658–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.010>
36. 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* [Internet]. 2006;77(5):579–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2005.075929>
37. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol (New York)* [Internet]. 2003;10(2):144–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
38. Zarotti N, Eccles FJR, Foley JA, Paget A, Gunn S, Leroi I, et al. Psychological interventions for people with Parkinson's disease in the early 2020s: Where do we stand? Psychological interventions for Parkinson's. *Psychol Psychother* [Internet]. 2021;94(3):760–97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/papt.12321>
39. Fordham B, Sugavanam T, Edwards K, Stallard P, Howard R, das Nair R, et al. The evidence for cognitive behavioural therapy in any condition, population or context: a meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Psychol Med* [Internet]. 2021;51(1):21–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291720005292>
40. APA Dictionary of Psychology [cited 2023 Jun 22]. [dictionary.apa.org](https://dictionary.apa.org/telehealth). Available from: <https://dictionary.apa.org/telehealth>
41. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2017;74(9):875. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
42. Valderrama-Chaparro JA, Pinilla-Monsalve GD, Molina-Echeverry MI, Castaño AMP, Ariza-Araújo Y, Prada SI, et al. Parkinson's disease prevalence, age distribution and staging in Colombia. *Neurol Int*. 2020 Jan [cited 2023 Jul 19];12(1):9–14.
43. Georgiev D, Hamberg K, Hariz M, Forsgren L, Hariz G-M. Gender differences in Parkinson's disease: A clinical perspective. *Acta Neurol Scand* [Internet]. 2017;136(6):570–84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28670681>
44. Abbas MM, Xu Z, Tan LCS. Epidemiology of Parkinson's Disease-East Versus West. *Mov Disord Clin Pract* [Internet]. 2017 Dec 22;5(1):14–28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6174379/>
45. Tysnes OB, Storstein A. Epidemiology of Parkinson's disease. *J Neural Transm* [Internet]. 2017 Feb 1;124(8):901–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28150045/>
46. Pringsheim T, Jette N, Frolkis A, Steeves TDL. The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Mov. Disord*. 2014 Jun 28;29(13):1583–90.
47. Elbaz A, Carcaillon L, Kab S, Moisan F. Epidemiology of Parkinson's disease. *Rev Neurol*. 2016 Jan;172(1):14–26.
48. Pigott JS, Kane EJ, Ambler G, Walters K, Schrag A. Systematic review and meta-analysis of clinical effectiveness of self-management interventions in Parkinson's disease. *BMC Geriatr*. 2022 Jan 11;22(1).
49. Macías-García P, Rashid-López R, Cruz-Gómez ÁJ, Lozano-Soto E, Sanmartino F, Espinosa-Rosso R, et al. Neuropsychiatric symptoms in clinically defined Parkinson's disease: An updated review of literature. *Behav Neurol* [Internet]. 2022;2022:1213393. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2022/1213393>
50. Vaswani PA, Tropea TF, Dahodwala N. Overcoming barriers to Parkinson's disease trial participation: Increasing diversity and novel designs for recruitment and retention. *Neurotherapeutics*. 2020 Oct;17(4):1724–35.