

Intervención cognitivo conductual en cuidadora primaria informal con diagnóstico de Artritis Reumatoide y Trastorno Depresivo Persistente

José David Ramírez Cruz²⁸, Rocío Tron Álvarez²⁹ y Maetzin Itzel Ordaz Carrillo³⁰

*Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México*

Resumen

Tanto en pacientes con Artritis Reumatoide, como en cuidadores primarios informales, la depresión posee una prevalencia mayor a la observada en el resto de la población. El objetivo del estudio fue describir el impacto de una intervención cognitivo conductual en línea para el tratamiento de la depresión, en una paciente con diagnóstico de Artritis Reumatoide, que simultáneamente ejerce el rol de cuidadora primaria informal. Se llevaron a cabo 12 sesiones, compuestas por las técnicas de psicoeducación, solución de problemas, y componentes de terapia cognitiva. En comparación a las evaluaciones previas, al concluir la intervención se observó una disminución en los puntajes del DASS-21 y BDI-II, mientras que un aumento en la escala de Zarit. El presente trabajo aporta evi-

²⁸ Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: @jdavid.rc95@gmail.com

²⁹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: rociotron@hotmail.com

³⁰ División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: psicmaeoc@comunidad.unam.mx

dencia a favor de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en línea para el tratamiento de la depresión en pacientes con Artritis Reumatoide, y en cuidadores primarios informales

Palabras clave: Artritis Reumatoide, cuidador primario informal, terapia cognitivo conductual.

Abstract

Both in patients with rheumatoid arthritis and in primary informal caregivers, depression has a higher prevalence than that observed in the rest of the population. The aim of the study was to describe the impact of an online cognitive behavioral intervention for the treatment of depression in a patient with a diagnosis of rheumatoid arthritis, who simultaneously exercises the role of primary informal caregiver. Twelve sessions were held, composed of the techniques of psychoeducation, problem solving, and cognitive therapy components. Compared to previous evaluations, at the end of the intervention a decrease in the DASS-21 and BDI-II scores was observed, while an increase in the Zarit scale. The present work provides supporting evidence of online Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for the treatment of depression in patients with rheumatoid arthritis and in primary informal caregivers.

Key words: Rheumatoid arthritis, primary informal caregivers, cognitive behavioral therapy.

Introducción

La Artritis reumatoide (AR) es una condición crónica autoinmune inflamatoria que puede causar inflamación y daños a las articulaciones. Se calcula que afecta al 1% de la población global (Martínez et al., 2021). En pacientes con AR, investigaciones

como la de Maldonado et al., (2017) han demostrado una prevalencia de la depresión del 38.8%, siendo una cifra más alta que la observada en pacientes con otras enfermedades crónicas, como diabetes (12%), enfermedad de Parkinson (17%) y cáncer (24%).

La AR y la depresión mantienen una relación bidireccional. El diagnóstico de AR, los síntomas como dolor y fatiga, el avance progresivo de la enfermedad y las limitaciones experimentadas por el paciente, pueden resultar en desencadenantes de la depresión; también, los procesos biológicos relacionados con los procesos inflamatorios de las citoquinas, que alteran el metabolismo de la serotonina, norepinefrina y dopamina en regiones implicadas en la regulación emocional, tales como el sistema límbico (Geenen et al., 2012; Maldonado et al., 2017). Por otra parte, el diagnóstico de depresión puede impactar el desarrollo de la AR. Se ha observado en pacientes con ambos diagnósticos un aumento del dolor reportado y de la fatiga, además de una menor adherencia al tratamiento (Lwin et al., 2020).

Uno de los tratamientos efectivos para la depresión es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual ha sido utilizada en el campo de las enfermedades crónicas, véase a Safren et al., (2014) en pacientes con diabetes de tipo II y con depresión, Safren et al., (2021) en pacientes con VIH y con depresión. Específicamente en pacientes con AR y depresión, un reciente metaanálisis ha demostrado que los niveles de depresión decrecen de forma significativa con la aplicación de esta terapia psicológica (Shen et al., 2020). La eficacia de

las intervenciones ha producido que se considere la importancia del tratamiento psicológico como parte de los planes de manejo de la enfermedad (Sharpe, 2016).

A pesar de la evidencia a favor de la TCC, apenas un bajo porcentaje de la población accede a este tratamiento. En el caso de los pacientes con AR, investigaciones como la de Fuller y Shaked (2009) muestran que menos de la mitad han sido atendidos por depresión (45%), y solamente un 29% tuvo más de cuatro consultas. Frente a estos desafíos, han surgido distintas alternativas para disminuir las brechas existentes en el acceso a tratamientos psicológicos eficaces. Con el desarrollo tecnológico, la Terapia Cognitivo Conductual basada en internet (TCCi) se ofrece como una alternativa viable para eliminar las brechas de accesibilidad física (Blaney et al., 2021).

En el caso presentado, un aspecto a considerar es que C ejerce como cuidadora primaria informal. En investigaciones realizadas con esta población, cerca de la mitad cumplen criterios para el diagnóstico de depresión (Alspaugh et al., 1999; Pinquart & Sörensen, 2003).

El objetivo de este trabajo fue describir el impacto de una intervención cognitivo conductual, compuesta por psicoeducación, técnica de solu-

ción de problemas y componentes de terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión, en una paciente con diagnóstico de artritis reumatoide, que ejerce como cuidadora primaria informal de sus padres con diagnóstico de Parkinson avanzado.

Presentación del caso

Datos demográficos

C es una mujer de 49 años de edad, residente de un estado de la región oeste de México, licenciada en psicología, actualmente jubilada, de religión católica. Vive en unión libre con su pareja de 49 años, describe la dinámica entre ambos como positiva. Cada mes y medio ejerce como cuidadora primaria de sus dos padres, quienes padecen de Parkinson en etapa avanzada.

Antecedentes

C fue diagnosticada con AR en 1997. Dos años después, en 1999 se le implantó una prótesis en la cadera derecha, y en el 2017 una en el hombro derecho. Producto de las limitaciones relacionadas con la enfermedad, en el 2018 se pensiona.

Ese mismo año, su madre sufre una lesión cerebral que le compromete la funcionalidad. Ante esta situación, asume el rol de cuidadora cada

mes y medio, durante dos semanas. Posteriormente, por parte de un médico psiquiatra, recibió el diagnóstico de trastorno de ansiedad y depresión, trastorno de sueño por dolor y menopausia. A partir de ese momento, comenzó a tomar tratamiento farmacológico, el cual ha sido modificado constantemente en los últimos años.

En 2020 experimentó limitaciones auditivas en ambos oídos producto de otosclerosis. Estas dificultades han ocasionado que se sienta insegura de participar socialmente. Actualmente se encuentra en espera de cirugía en el IMSS para recibir una prótesis de oído derecho. En 2022 solicita atención psicológica en línea.

Motivo de consulta

La paciente refiere tristeza, desesperanza y miedo al futuro producto de síntomas de la AR, como los dolores articulares, lesiones de rodillas, cadera y hombro izquierdo. Las dificultades auditivas experimentadas le generan inseguridad para participar socialmente y poca confianza en sus habilidades para trabajar como psicóloga.

Otras problemáticas se relacionan con ser cuidadora de sus padres de 90 años, quienes poseen diagnóstico de Parkinson en etapa avanzada. Su papá presenta conductas agresivas, delirios y

paranoia. La madre presenta problemas del corazón, dificultad auditiva y ceguera. La paciente reporta que es muy desgastante cuidarlos.

Padecimiento actual

C se presenta a la primera sesión con numerosas problemáticas que desbordan su capacidad de afrontamiento adaptativo. Se considera incompetente, posee poca confianza en sí misma, tiene miedo del futuro y se castiga a sí misma con los *deberías*. Desde el 2018 mantiene un estado de ánimo depresivo, el cual considera que ha disminuido. Por momentos, cuando la depresión se intensifica se cuestiona el sentido de la vida.

Producto del estado de ánimo depresivo la paciente ha abandonado actividades que le resultaban agradables, tiene dificultades para iniciar y completar tareas, o para mantenerse en ellas de manera constante (por ejemplo, con la actividad física). A nivel físico, la paciente experimenta fatiga, especialmente luego de tener días con una importante carga de actividades.

Entre las principales problemáticas se encuentran las asociadas con cuidar de sus papás, dificultades para comunicarse con sus familiares, sensación de incapacidad para afrontar distintas demandas en ámbitos como la realización de hábitos saluda-

bles, lo laboral-económico, y en la vivencia de la sexualidad con su pareja. Frente a estas situaciones, comúnmente la paciente presenta un estilo de afrontamiento evitativo. Generalmente desiste de buscar soluciones, se retira, aísla y disminuye las actividades realizadas, lo cual tiene un notable impacto en su estado de ánimo.

Evaluación

Como herramientas de evaluación se utilizaron la entrevista conductual, observación clínica e instrumentos de autoinforme. Los tres instrumentos fueron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), y la Escala de sobrecarga del cuidador Zarit. Además, al comienzo y final de cada sesión se realizó una evaluación análoga numérica del estado de ánimo (0-Muy bien y 10-Muy mal).

Con base en los resultados de la evaluación se conformó el mapa clínico de patogénesis (Figura 1) (Nezu et al., 2006), a través del cual se identifican variables distantes asociadas con la etiología de los síntomas depresivos, como el diagnóstico de AR, la implantación de prótesis en cadera y en hombro, pensionarse debido a las limitaciones físicas experimentadas, asumir el rol

de cuidadora tras la lesión cerebral de su madre, el desarrollo de otoesclerosis asociado con la pérdida auditiva.

Como mediadoras de las respuestas problema se encuentran variables del organismo como padecer AR, el consumo de un gran número de medicamentos, incluyendo un antidepresivo y ansiolíticos, una orientación negativa a los problemas, un estilo de afrontamiento evitativo, la presencia de distorsiones cognitivas (como las del tipo debería).

Entre las respuestas problema típicas se encuentran, a nivel motor, la reducción de actividades agradables, aislamiento social, dificultades para mantener hábitos saludables como realizar actividad física, conductas evitativas ante situaciones demandantes (como no expresar malestar, prolongar la toma de decisiones, entre otras); a nivel cognitivo, pensamientos de incompetencia acerca de su desempeño en el ámbito social y laboral, pensamientos exigentes del tipo debería (“debería ser la conciliadora en mi familia”, “debería cuidarlos mejor”, “debería estar cuidando a mis papás”) (sic.pac.), pensamientos de desesperanza

hacia el futuro asociados con llegar a depender de alguien debido al avance de la AR; mientras que a nivel fisiológico, fatiga y reducción significativa del deseo sexual.

Es más probable que las respuestas problema se presentaran ante estímulos antecedentes, como lo son encontrarse sola en casa, no cumplir con las actividades planificadas durante el día, experimentar limitaciones físicas para realizar ejercicio, brindar consulta psicológica, conductas problemáticas de sus padres debido a la enfermedad de Parkinson (agresividad, delirios), y ante escenarios que percibe como injustos.

Las conductas de evitación mencionadas anteriormente le permiten escapar de consecuencias inmediatas desagradables, tales como experimentar tristeza al hacer actividad física, o de las preocupaciones que se derivan de creencias como: “soy la conciliadora en la familia, por lo que no debería expresar malestar” (sic.pac). A largo plazo, estas conductas resultan disfuncionales, ya que los problemas se mantienen, e incluso aumentan, situación que impacta en la depresión.

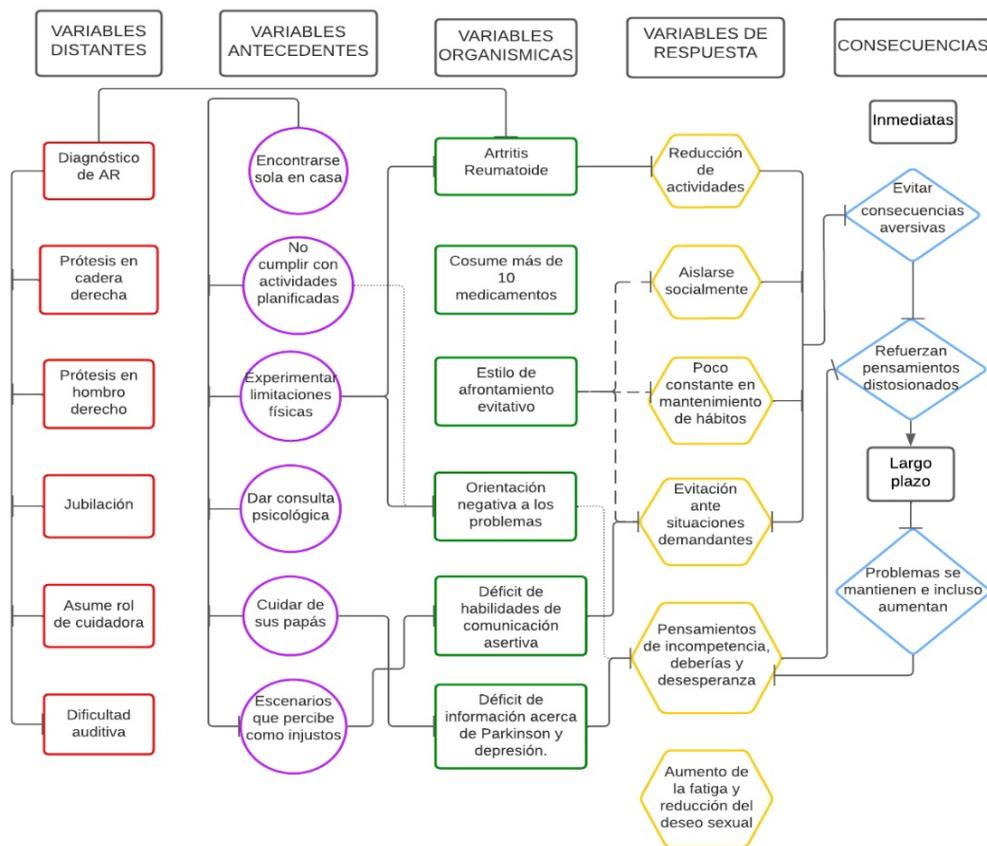


Figura 1. Mapa Clínico de Patogénesis

Dado lo anterior, se conformó el mapa de alcance de metas (Figura 2) (Nezu et al., 2006). El tratamiento se dirigió a la modificación de las variables de respuesta motoras y cognitivas, y a una de las variables orgánicas (estilo de afrontamiento evitativo). Como hipótesis se planteó que, si la

paciente recibía un tratamiento cognitivo conductual compuesto por las técnicas de psicoeducación, solución de problemas y elementos de terapia cognitiva, su nivel de depresión disminuiría.

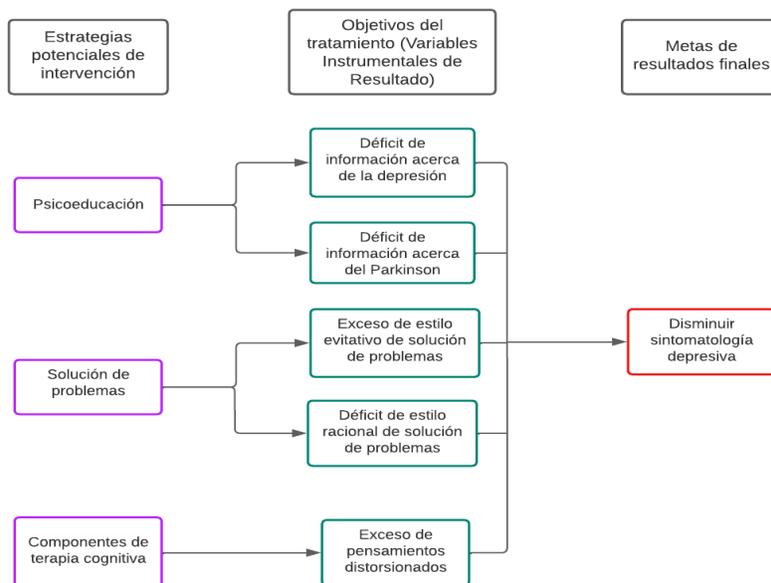


Figura 2. Mapa de Alcance de Metas

Derivado de la formulación clínica del mapa de patogénesis y conforme al mapa de alcance de metas (Nezu et al., 2006), se propusieron los siguientes objetivos para reducir los niveles de depresión:

Objetivo general

- Disminuir en la paciente la sintomatología depresiva.

Objetivos específicos

- Identificar la relación entre inactividad y estado de ánimo depresivo.

- Reconocer el estilo de solución de problemas predominante.
- Poner en práctica el estilo de solución planificado con dificultades de su vida diaria.
- Generar pensamientos alternativos en lugar de disfuncionales.

Intervención

La intervención estuvo compuesta por 12 sesiones, llevadas a cabo en la modalidad en línea. En las primeras dos sesiones se realizó la evaluación inicial, en las siguientes nueve se brindó psicoedu-

cación, se implementó la técnica de solución de problemas y componentes de terapia cognitiva, durante la última se realizó el cierre del proceso terapéutico. En la Tabla 1, se presenta un resumen de la intervención realizada.

Tabla 1. *Resumen de la intervención*

Técnica	Semana	Temas abordados
Entrevista inicial	1 y 2	Identificación del motivo de consulta. Metas de tratamiento. Diseño del tratamiento.
Instrumentos de autoinforme	3 y 4	Se completaron los instrumentos DASS-22, BDI-II y Zarit.
Psicoeducación	3-4 y 8-10	Relación entre inactividad y depresión. Síntomas de Parkinson. Estrategias para lidiar con los síntomas cognitivos del Parkinson.
Solución de Problemas	4-10	Orientación al problema. Definir el problema. Generar alternativas Evaluar alternativas. Planificar la implementación.
Componentes de terapia cognitiva	4-10	Relación entre situaciones, pensamientos y estado de ánimo. Debate de pensamientos.

Resultados

Una vez concluida la intervención, se evaluó el grado en el que se cumplieron los objetivos establecidos. Los primeros dos (I-Identificar la relación entre inactividad y estado de ánimo depresivo, II-Reconocer el estilo de solución de problemas predominante), se cumplieron en su totalidad. El tercero (III-Poner en práctica el estilo de solución planificado con dificultades de su vida diaria), mayoritariamente, aunque el número de sesiones no resultó suficiente para aplicar las alternativas de solución y evaluar su funcionamiento. En el caso del cuarto (IV-Generar pensamientos alternativos en lugar de disfuncionales), únicamente se cumplió a la mitad, a causa de limitaciones de tiempo no se logró entrenar a C en la adquisición y generalización de las habilidades.

Los instrumentos utilizados fueron completados de manera digital por la paciente (mediante la plataforma Google forms y Jotform), al comienzo y final de la intervención. En la evaluación pretest los puntajes de la escala DASS-21 fueron los siguientes: Estrés-20, Ansiedad-16, Depresión-28; mientras que los puntajes posttest: Estrés-6, Ansiedad-6, Depresión-8. Al comenzar el proceso, C evi-

denciaba puntuaciones severas en las tres variables, una vez concluida, sus puntajes se ubicaron en rangos normales.

Al ser la depresión la variable primaria de la intervención se aplicó el BDI-II. En la evaluación pretest el puntaje obtenido fue de 30, mientras que en el posttest de 24. Los puntajes obtenidos en el BDI-II inicialmente se consideraban severos, una vez concluida la intervención pasaron a ser moderados. Tanto en el DASS-21, como en el BDI-II se observa una disminución en los niveles de depresión al finalizar la intervención, datos que se ajustan a la mejoría reportada por C durante el proceso.

Por último, si bien el énfasis de la intervención fue la depresión, al cumplir la paciente con el rol de CPI se evaluó la variable sobrecarga. En numerosas investigaciones se ha observado una correlación positiva entre ambas variables (depresión y sobrecarga). En el pretest la puntuación obtenida fue de 50, mientras que en el posttest de 61. En un principio los niveles de sobrecarga reportados fueron leves, al concluir se ubicaron dentro del rango de sobrecarga intensa.

En cada sesión, al inicio y al final se realizó una evaluación referida análoga, en una escala de cero (“muy bien, me sentí excelente”), al diez (“muy mal,

me sentí terrible”). En la figura 3, se presentan las evaluaciones indicadas por la paciente al comienzo y final de cada sesión.

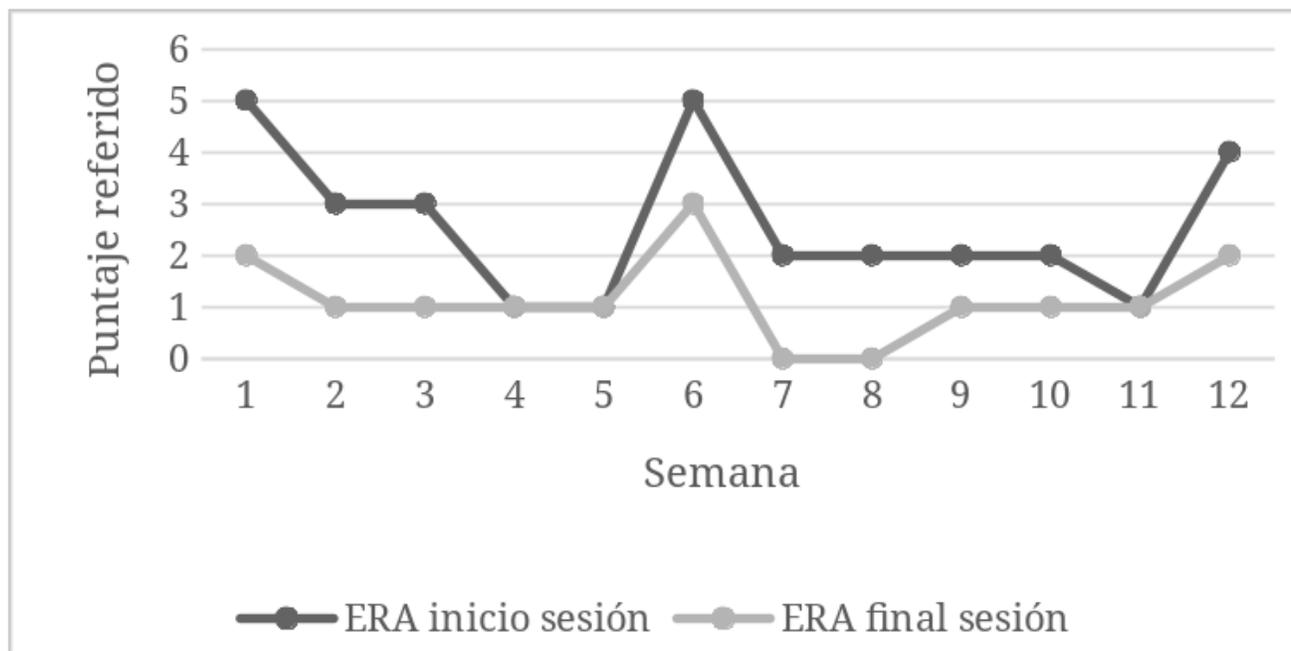


Figura 3. Registro de las escalas referenciales análogas antes y después de cada sesión

Discusión

Los resultados obtenidos apoyan la evidencia que ubica a la TCC como efectiva para el tratamiento de la depresión de pacientes con AR (Geenen et al., 2012; Prothero et al., 2018; Shen et al., 2020). Autores como Fewerda et al., (2017) resaltan la importancia de centrar la intervención en las problemáticas específicas de los pacientes, para de esta manera aumentar la eficacia de las intervenciones cognitivo conductuales basadas en

internet. Al centrarse la técnica de solución de problemas en situaciones conflictivas experimentadas por la paciente en su vida cotidiana, el punto anterior se logró cumplir. Como parte de la retroalimentación recibida durante el proceso, la paciente señaló sentirse realmente comprendida, al no ser considerada únicamente su depresión, sino también la enfermedad padecida y su condición de cuidadora primaria informal.

La reducción en los puntajes tanto del DASS-21, como del BDI-II, son similares a los resultados de investigaciones realizadas con cuidadores primarios informales, en las cuales la TCC ha mostrado un impacto favorable en los niveles de depresión (Losada et al., 2015; Hopkinson et al., 2017). Autores como Losada et al., (2015) plantean que el componente de planificación de actividades le permite al paciente aumentar el número de experiencias valiosas, mientras que el cognitivo, cambiar las cogniciones desadaptativas. A este abordaje tradicional de la depresión, en la presente intervención se le incluyó el componente de la técnica de solución de problemas. Otros investigadores como Glueckauf et al., (2012) han planteado intervenciones similares basadas en teorías del estrés en cuidadores, como lo es el modelo del proceso del estrés (Pearlin et al., 1990).

Al aplicar el cuestionario de Zarit, una vez concluida la intervención, los niveles de sobrecarga reportados aumentaron. A continuación, se plantean algunas posibles explicaciones. La primera, es que la intervención no estuvo dirigida a reducir los niveles de sobrecarga. Segundo, podría ocurrir que al atender diversas problemáticas se presentara un aumento en la sobrecarga, al menos de forma momentánea; sin embargo, se

esperaría una reducción conforme la paciente va desarrollando habilidades de afrontamiento adaptativo. Es importante tomar en cuenta que estilos evitativos o impulsivos, justamente se mantienen por las consecuencias evitadas en lo inmediato, incluso cuando a largo plazo no resultan adaptativas. Tercero, algunos autores como Hopkinson et al., (2019) plantean que brindar psicoeducación acerca de la enfermedad puede aumentar los niveles de ansiedad, porque los pacientes aumentan sus conocimientos acerca del curso de la enfermedad, y por ello incrementarían las preocupaciones. Un efecto similar podría presentarse con respecto a la sobrecarga.

Si bien la TCC ha demostrado ser un tratamiento efectivo, el acceso que tienen los pacientes sigue siendo limitado, incluso en regiones desarrolladas económicamente como el Reino Unido (Lopes et al., 2021). En el caso de Latinoamérica y específicamente de México, es muy probable que estas limitaciones sean aún mayores. Entre las variables relacionadas pueden encontrarse el bajo porcentaje de profesionales en psicología con afinidad hacia los procesos basados en la evidencia, y los limitados espacios dentro del sistema de salud para ejercer la labor psicológica.

Entre las barreras para acceder al tratamiento por parte del paciente, en el caso de un diagnóstico de enfermedad crónica, pueden presentarse limitaciones en la movilidad (Ferwerda et al., 2017). Por otra parte, los CPI pueden experimentar limitaciones de tiempo, de transporte, y otros problemas de salud (Nakash et al., 2014). Una forma de sortear estas dificultades es mediante el uso de los dispositivos tecnológicos, el presente caso aporta evidencia a favor de su uso en la atención psicológica (Alavi et al., 2018; Alavi et al., 2019). En el caso de C, para citas médicas tuvo que desplazarse incluso durante ocho horas seguidas, muchas veces para un chequeo general de corta duración. Los días posteriores reportaba un aumento en los niveles de fatiga, y un impacto negativo en las emociones.

A partir de los datos presentados se concluye que la intervención implementada fue efectiva para disminuir los niveles de depresión. No obstante, se identificaron algunas áreas de mejora a considerar en un futuro. Una de ellas fue el hecho de no contar con un seguimiento, de tal manera que no se puede garantizar el mantenimiento de los resultados. La otra limitación se relaciona con no haber evaluado las habilidades tecnológicas de C previo a comenzar la intervención. En otras investigaciones, los participantes con menores habili-

dades hicieron un menor uso de los recursos psicológicos en línea, a causa de las limitaciones percibidas, y como consecuencia se vieron menos beneficiados (Chiu et al., 2009).

Referencias

- Alavi, N., & Omrani, M. (2019). *Online Cognitive Behavioral Therapy. An e-Mental Health Approach to Depression and Anxiety*. Springer Nature.
- Alavi, N., Stefanoff, M., Hirji, A., & Khalid-Khan, S. (2018). Cognitive Behavioral Therapy through PowerPoint: Efficacy in an Adolescent Clinical Population with Depression and Anxiety. *International journal of pediatrics*, 2018, 1396216. <https://doi.org/10.1155/2018/1396216>
- Alspaugh, M., Parris, M., Townsend, A., Greene, R., & Zarit, S. (1999). Longitudinal Patterns of Risk for Depression in Dementia Caregivers: Objective and Subjective Primary Stress as Predictors. *Psychology and Aging*, 14(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.14.1.34>

- Blaney, C., Hitchon, C. A., Marrie, R. A., Mackenzie, C., Holens, P., & El-Gabalawy, R. (2021). Support for a non-therapist assisted, Internet-based cognitive-behavioral therapy (CBT) intervention for mental health in rheumatoid arthritis patients. *Internet interventions*, 24, 100385. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100385>
- Chiu, T., Marziali, E., Colantonio, A., Carswell, A., Gruneir, M., Tang, M., & Eysenbach, G. (2009). Internet-based caregiver support for Chinese Canadians taking care of a family member with alzheimer disease and related dementia. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 28(4), 323–336. <https://doi.org/10.1017/S0714980809990158>
- Ferwerda, M., van Beugen, S., van Middendorp, H., Spillekom-van Koulil, S., Donders, A., Visser, H., Taal, E., Creemers, M., van Riel, P., & Evers, A. (2017). A tailored-guided internet-based cognitive-behavioral intervention for patients with rheumatoid arthritis as an adjunct to standard rheumatological care: results of a randomized controlled trial. *Pain*, 158(5), 868–878. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000845>
- Fuller-Thompson, E., & Shaked, Y. (2009). Factors associated with depression and suicidal ideation among individuals with arthritis or rheumatism: findings from a representative community survey. *Arthritis and rheumatism*, 61(7), 944–950. <https://doi.org/10.1002/art.24615>
- Geenen, R., Newman, S., Bossema, R., Vriesekolk, J., Boelen, A. (2012). Psychological interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 26(3), 305-19. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2012.05.004>
- Glueckauf, R. L., Davis, W. S., Willis, F., Sharma, D., Gustafson, D. J., Hayes, J., Stutzman, M., Proctor, J., Kazmer, M. M., Murray, L., Shipman, J., McIntyre, V., Wesley, L., Schettini, G., Xu, J., Parfitt, F., Graff-Radford, N., Baxter, C., Burnett, K., Noël, L. T., ... Springer, J. (2012). Telephone-based, cognitive-behavioral therapy for African American dementia caregivers with depression: initial findings. *Rehabilitation psychology*, 57(2), 124–139. <https://doi.org/10.1037/a0028688>
- Hopkinson, M. D., Reavell, J., Lane, D. A., & Mallikarjun, P. (2019). Cognitive Behavioral Therapy for Depression, Anxiety, and Stress in Caregivers of Dementia Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 59(4), e343–e362. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx217>

- Lopes, S. R., Khan, S., & Chand, S. (2021). The Growing Role of Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Parkinson's Disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 34(4), 310–320. <https://doi.org/10.1177/08919887211018274>
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 760–772. <https://doi.org/10.1037/ccp0000028>
- Lwin, M. N., Serhal, L., Holroyd, C., & Edwards, C. J. (2020). Rheumatoid Arthritis: The Impact of Mental Health on Disease: A Narrative Review. *Rheumatology and therapy*, 7(3), 457–471. <https://doi.org/10.1007/s40744-020-00217-4>
- Maldonado, G., Ríos, C., Paredes, C., Ferro, C., Intriago, M., Aguirre, C., Ávila, V., & Moreno, M. (2017). Depression in Rheumatoid Arthritis. *Revista Colombiana de Reumatología*, 24(2), 84-91.
- Martínez, R., Morán-Álvarez, P., Arroyo-Palomo, J., Valero, M., & Vázquez, D. (2021). Artritis Reumatoide. *Medicine*, 13(30), 1669-1680.
- Mausbach, B. T., Roepke, S. K., Chattillion, E. A., Harmell, A. L., Moore, R., Romero-Moreno, R., Bowie, C. R., & Grant, I. (2012). Multiple mediators of the relations between caregiving stress and depressive symptoms. *Aging & mental health*, 16(1), 27–38. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.615738>
- Nakash, O., Levav, I., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., He, Y., Hu, C., de Jonge, P., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Medina-Mora, M. E., Moskalewicz, J., Murphy, S., Nakamura, Y., ... Scott, K.M. (2014). Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys. *Psycho-oncology*, 23(1), 40–51. <https://doi.org/10.1002/pon.3372>
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>

- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving with Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58(2), P112-P128. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.p112>
- Prothero, L., Barley, E., Galloway, J., Georgopoulou, S., & Sturt, J. (2018). The evidence base for psychological interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review of reviews. *International journal of nursing studies*, 82, 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.008>
- Safren, S. A., Gonzalez, J. S., Wexler, D. J., Psaros, C., Delahanty, L. M., Blashill, A. J., Margolina, A. I., & Cagliero, E. (2014). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes care*, 37(3), 625–633. <https://doi.org/10.2337/dc13-0816>
- Safren, S. A., O'Cleirigh, C., Andersen, L. S., Magidson, J. F., Lee, J. S., Bainter, S. A., Musinguzi, N., Simoni, J., Kagee, A., & Joska, J. A. (2021). Treating depression and improving adherence in HIV care with task-shared cognitive behavioral therapy in Khayelitsha, South Africa: a randomized controlled trial. *Journal of the International AIDS Society*, 24(10), e25823. <https://doi.org/10.1002/jia2.25823>
- Sharpe L. (2016). Psychosocial management of chronic pain in patients with rheumatoid arthritis: challenges and solutions. *Journal of pain research*, 9, 137–146. <https://doi.org/10.2147/JPR.S83653>
- Shen, B., Li, Y., Du, X., Chen, H., Xu, Y., Li, H., & Xu, G. Y. (2020). Effects of cognitive behavioral therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, health & medicine*, 25(10), 1179–1191. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1736312>