

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA REDUCIR LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Jeannimar Bedoya Gallón
Licenciada en Psicología
Universidad Bicentennial de Aragua
bedoyagallonj@gmail.com

Fecha de Aceptación: marzo, 2025. Fecha de Publicación: junio, 2025

Resumen

Esta investigación se centra en los síntomas de ansiedad en pacientes con artritis reumatoide (AR), un problema que afecta entre el 26% y el 46% de los pacientes (Uda et al, 2021). El objetivo fue diseñar un programa de intervención psicológica basado en TCC para reducir estos síntomas. Se empleó una metodología mixta, con una fase diagnóstica que incluyó entrevistas semiestructuradas y la aplicación del HADS a tres mujeres entre 26 y 78 años con AR, además de una revisión de la literatura existente. Los resultados reflejan niveles de ansiedad más altos que los de depresión, asociados al dolor crónico y las dificultades para costear el tratamiento, lo que ocasiona preocupación excesiva y problemas de sueño. Las conclusiones destacan la factibilidad del programa TCC que incluye 12 sesiones grupales y 12 sesiones individuales, para reducir la ansiedad mediante estrategias terapéuticas que favorezcan la adaptación emocional y funcional de los pacientes.

Palabras clave: artritis reumatoide, ansiedad, TCC, calidad de vida, HADS

Psychological Intervention Program to Reduce Anxiety Symptoms in Patients with Rheumatoid Arthritis

Abstract

This research focuses on anxiety symptoms in patients with rheumatoid arthritis (RA), a problem affecting between 26% and 46% of patients (Uda et al., 2021). The aim was to design a psychological intervention program based on CBT to reduce these symptoms. A mixed methodology was used, including a diagnostic phase with semi-structured interviews and the application of the HADS to three women aged 26 to 78 with RA, as well as a review of existing literature. The results show higher levels of anxiety than depression, associated with chronic pain and difficulties in affording treatment, leading to excessive worry and sleep problems. The conclusions highlight the feasibility of the CBT program, which includes 12 group sessions and 12 individual sessions, to reduce anxiety through therapeutic strategies that promote emotional and functional adaptation in patients.

Keywords: rheumatoid arthritis, anxiety, CBT, quality of life, HADS

Programme d'intervention psychologique visant à réduire les symptômes anxieux chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

Résumé

Cette recherche porte sur les symptômes anxieux chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), un problème touchant entre 26 % et 46 % des patients (Uda et al., 2021). L'objectif était de concevoir un programme d'intervention psychologique fondé sur les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) afin de réduire ces symptômes. Une méthodologie mixte a été employée, incluant une phase de diagnostic reposant sur des entretiens semi-structurés et l'administration de l'échelle HADS auprès de trois femmes (âgées de 26 à 78 ans) atteintes de PR, ainsi qu'une revue de la littérature existante. Les résultats révèlent des niveaux d'anxiété supérieurs à ceux de la dépression, associés à la douleur chronique et aux difficultés financières liées au traitement, ce qui engendre des inquiétudes excessives et des troubles du sommeil. Les conclusions soulignent la faisabilité du programme de TCC — comprenant 12 séances de groupe et 12 séances individuelles — pour réduire l'anxiété grâce à des stratégies thérapeutiques favorisant l'adaptation émotionnelle et fonctionnelle des patients.

Mots-clés: polyarthrite rhumatoïde, anxiété, TCC, qualité de vie, HADS

Introducción

La presente investigación aborda los síntomas de ansiedad en pacientes con artritis reumatoide (AR), una enfermedad autoinmune que genera deformidades articulares y limitación funcional. Su prevalencia mundial oscila entre el 0.3% y el 1.2% (Lavariega et al., 2023), afectando significativamente la calidad de vida de los pacientes. La progresión de la enfermedad ocasiona alteraciones físicas y genera una carga emocional considerable, ya que las limitaciones funcionales pueden desencadenar trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión. Por ello, el objetivo de la investigación es diseñar un programa de intervención basado en la terapia cognitivo-conductual (TCC) para reducir los síntomas de ansiedad en pacientes con AR entre los 26 y 78 años. El estudio se enfoca en identificar los síntomas más comunes y analizar las estrategias cognitivo-conductuales más efectivas.

Ahora bien, las razones que impulsan esta investigación surgen de la necesidad de dar respuesta a un problema real que afecta significativamente la calidad de vida de esta población, alterando tanto sus relaciones sociales, familiares como laborales, y disminuyendo su capacidad para lidiar con los efectos físicos de la enfermedad. Análogamente, la importancia de esta temática radica en el hecho de que entre el 26% y el 46% de los pacientes con AR experimentan síntomas de ansiedad (Uda et al., 2021), lo que conlleva a un aislamiento social por parte del paciente en muchas ocasiones. A pesar de la alta incidencia de ansiedad en este grupo poblacional, en Venezuela, el 90% de los pacientes con AR no son referidos a especialistas de salud mental (Salazar et al., 2003), lo que agrava las consecuencias de esta condición.

Los antecedentes de esta problemática indican que, en pacientes con AR, la prevalencia de ansiedad se asocia con un deterioro en la calidad de vida en múltiples dimensiones, como la funcionalidad física, emocional y social (Ćeranić et al., 2022). Sin embargo, la implementación de enfoques terapéuticos como la TCC puede generar cambios emocionales y conductuales duraderos, favoreciendo una mejor calidad de vida para los pacientes (Beck, 2011). Además, investigaciones como la de Hofmann et al. (2012), señalan que la TCC ha sido una de las terapias más investigadas y efectivas en el tratamiento de trastornos de ansiedad, mostrando mejoras significativas y una reducción sostenida del malestar en la mayoría de los pacientes.

Desde un punto de vista teórico, la investigación se fundamenta en la TCC de Beck (2011), que se centra en la identificación y reestructuración de pensamientos automáticos negativos, así como en la modificación de las conductas que mantienen o agravan las dificultades emocionales. También se apoya en el estudio de van Dis et al. (2020), que demuestra que la TCC tiene resultados positivos en la mejora de los síntomas de ansiedad, con efectos sostenibles incluso 12 meses después de la finalización del tratamiento. Estos estudios proveen evidencia empírica sólida que

respalda la propuesta planteada en esta investigación, resaltando la efectividad de la TCC como intervención en pacientes con AR para la reducción de la ansiedad.

El propósito de este estudio es diseñar un programa de intervención psicológica basado en la TCC para reducir los síntomas de ansiedad en pacientes diagnosticados con AR. Para ello, se realizó una fase diagnóstica en la que se recolectaron y analizaron datos de tres mujeres adultas, con edades comprendidas entre los 26 y los 78 años, todas diagnosticadas con AR. Se emplearon entrevistas semiestructuradas y la aplicación del HADS, así como una revisión de la literatura existente. La metodología empleada fue mixta, combinando un enfoque cualitativo (análisis de entrevistas) y un enfoque cuantitativo (puntuación del HADS), lo que permitió identificar los principales síntomas de ansiedad y sus desencadenantes, proporcionando un marco adecuado para la intervención psicológica.

El panorama general refleja la importancia de abordar esta problemática en la población afectada, dado que los síntomas de ansiedad afectan su calidad de vida y repercuten negativamente en la adherencia al tratamiento médico. Los resultados esperados incluyen una reducción del 30% en la puntuación de ansiedad en el HADS, la disminución de los miedos relacionados con la enfermedad, una reducción en los síntomas físicos de la ansiedad y la mejora en la calidad del sueño. Estos resultados pueden ayudar a los pacientes a afrontar mejor su enfermedad y mejorar su bienestar general.

Respecto a los alcances espacio-temporales, la investigación se desarrolló en Valera, Estado Trujillo, Venezuela, durante el primer trimestre del año 2025, con una muestra local de tres pacientes. Sin embargo, este enfoque puede ser replicado en otros contextos nacionales e internacionales, lo que podría proporcionar una base teórica sólida que respalde la implementación de este programa de intervención en otras poblaciones. Finalmente, esta investigación se adscribe a la línea de investigación institucional “Biodiversidad, Ambiente y Salud” y se vincula con la línea de investigación asociada “Psicología y Salud” de la Universidad Bicentenaria de Aragua (UBA), ya que contribuye a la producción de conocimientos

orientados al mejoramiento de la calidad de vida, alineándose con el objetivo de generar saberes que integren la salud con el entorno y la sociedad.

Metodología

La presente investigación se enmarca dentro del paradigma pragmático, que según Arias (2023) reconoce una realidad social mixta, aceptando tanto perspectivas objetivas como subjetivas y empleando una metodología flexible adaptada a las necesidades del problema investigado. Se utilizó un enfoque metodológico mixto, integrando elementos cualitativos y cuantitativos para obtener una comprensión más profunda del fenómeno estudiado (Creswell y Plano, 2018). El diseño de investigación es integrado, combinando métodos cuantitativos y cualitativos.

Asimismo, la investigación es mixta explicativa con apoyo documental, ya que se emplean datos numéricos y narrativos complementados con una revisión de la literatura. Aunando a lo anterior, el nivel de investigación es aplicado, pues se orienta a la solución de un problema en un contexto real, y la modalidad de estudio empleada es secuencial, recopilando y analizando primero los datos cuantitativos, seguidos de los datos cualitativos para obtener una visión integral del fenómeno de estudio. Por último, el proceso de investigación se estructuró en diferentes fases: (a) fase de revisión documental, (b) fase diagnóstica, (c) fase análisis y (d) fase de ejecución.

La población objeto de estudio estuvo conformada por pacientes adultos diagnosticados con AR que se encuentran en tratamiento. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, eligiendo a los participantes que cumplieran con los siguientes criterios: (a) ser mayores de 18 años, (b) haber sido diagnosticados con AR hace más de un año, (c) tener un tratamiento médico asignado, (d) residir en la ciudad de Valera, Estado Trujillo, y (e) mostrar disposición a participar de manera voluntaria en la investigación. La muestra final estuvo compuesta por tres mujeres, con edades comprendidas entre los 26 y 78 años, todas diagnosticadas con AR y con

tratamiento médico en curso. Esta muestra se utilizó tanto para la fase cuantitativa como para la cualitativa del estudio.

Para la recolección de datos cualitativos, se utilizó la entrevista semiestructurada, lo que permitió contextualizar las experiencias emocionales de los participantes y establecer un vínculo entre los síntomas físicos de la enfermedad y el impacto psicológico asociado. Se diseñó una guía con preguntas abiertas que indagaban sobre la situación actual de los informantes, el curso de la enfermedad y el malestar psicológico experimentado desde el diagnóstico con AR. Algunas de las preguntas incluyeron: (a) “¿Estos síntomas que presentas se desarrollaron luego de ser diagnosticada con la enfermedad?” y (b) “¿Hay momentos específicos del día o situaciones que tiendan a empeorar los síntomas que describes?”. Las entrevistas fueron transcritas textualmente para su posterior análisis.

Además, se aplicó el HADS, un instrumento cuantitativo de autoevaluación utilizado para detectar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalarios, compuesto por 14 preguntas con una escala de respuesta de 0 a 3, evaluando distintos aspectos de la ansiedad y la depresión. El cuestionario fue aplicado de manera presencial a los participantes. Complementariamente, se realizó una revisión de la literatura sobre la ansiedad y la TCC, utilizando bases académicas confiables, lo que permitió enriquecer los datos obtenidos durante las fases anteriores.

El análisis cualitativo de los datos se llevó a cabo mediante el proceso de codificación y categorización, donde se revisaron detalladamente las entrevistas transcritas para identificar ideas y patrones que permitieran comprender las experiencias emocionales y psicológicas de las participantes. Además, se empleó una matriz de triangulación con el fin de contrastar los datos obtenidos de las entrevistas con fuentes de información externas provenientes de la revisión documental, lo que permitió validar los hallazgos. En cuanto al análisis cuantitativo, las puntuaciones obtenidas del HADS fueron procesadas utilizando estadísticas descriptivas simples, lo que permitió interpretar los niveles de ansiedad y depresión

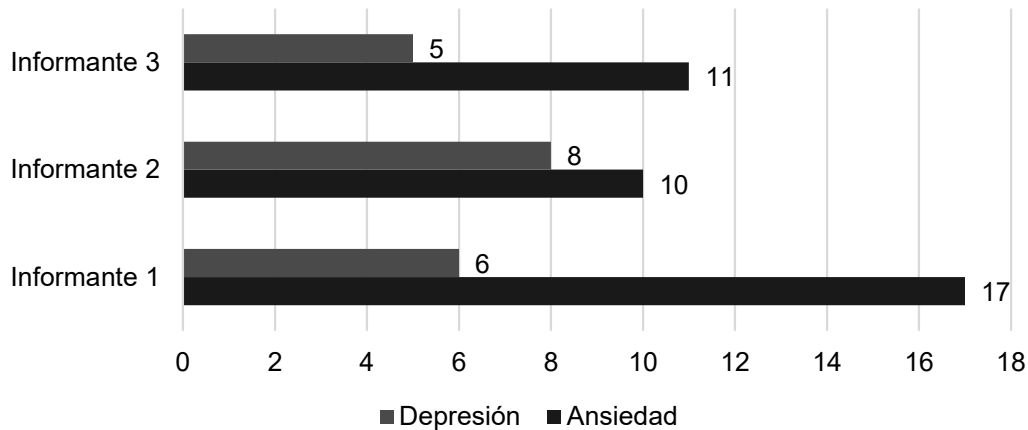
de acuerdo con los rangos establecidos (normal, leve, alto). Finalmente, para obtener una visión más completa del fenómeno estudiado, se integraron los resultados obtenidos.

Resultados

Los hallazgos obtenidos durante la fase diagnóstica, que incluyó tanto la aplicación del HADS como la realización de entrevistas semiestructuradas a tres mujeres diagnosticadas con AR, se presentan a continuación de manera gráfica, textual y tabular. En primer lugar, el HADS permitió evaluar los niveles de ansiedad y depresión de las participantes. Las puntuaciones obtenidas se interpretaron según los criterios establecidos donde valores entre 0 y 7 indicaron normalidad, entre 8 y 10 señalaron la presencia de síntomas leves, y puntuaciones de 11 o más indicaron niveles elevados de ansiedad o depresión. Los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico:

Figura 1

Resultados del HADS



Fuente: Bedoya Gallón (2025)

Por otro lado, las entrevistas realizadas permitieron identificar los signos y síntomas de ansiedad presentes en las participantes, destacando entre ellos: (a) inquietud,

(b) preocupación persistente, (c) fatiga, y (d) problemas para dormir. Además, se identificaron los principales factores desencadenantes. Entre estos, se destacaron: (a) dificultades económicas, (b) dolor crónico y (c) limitaciones derivadas de la enfermedad. Estos resultados se presentan en el cuadro 1 y 2, donde se sintetizan las respuestas más relevantes, junto con los códigos emergentes correspondientes.

Tabla 1

Signos y síntomas identificados durante la entrevista

Respuesta	Categoría	Código
Informante 1: "...me siento ansiosa porque no sé qué me pasará en el futuro, todos los días me siento peor"	Inquietud	Ansiosa
Informante 3: "...yo no sé si el día de mañana me ponga peor eso me inquieta a veces"		Inquieta Miedo al futuro
Informante 1: "Me preocupo mucho por el dinero..."	Preocupación	Preocupación constante
Informante 3: "...mi preocupación es la plata que no me alcanza, imagínate que me tocaba ir al médico y desde hace años no puedo..."		
Informante 1: "...también me siento muy cansada todo el día, sin ganas de hacer nada"	Fatiga	Falta de energía Cansancio
Informante 2: "me la paso cansada..."		
Informante 2: "Me cuesta mucho dormir o me despierto y no puedo dormirme más"	Problemas para dormir	Insomnio Dificultad para volver a dormir
Informante 3: "...me acuesto muy tarde porque casi no puedo descansar"		

Fuente: Bedoya Gallón (2025)

Tabla 2

Factores desencadenantes identificados durante la entrevista

Respuesta	Categoría	Código
Informante 1: "...muchas veces no puedo costear el tratamiento y necesito ayuda de un tercero"	Dificultades económicas	Imposibilidad de costear tratamiento
Informante 3: "...hace años no cumplo con el tratamiento porque la plata no me alcanza"		
Informante 1: "...el dolor muchas veces no me deja hacer nada y eso me desespera"	Dolor crónico	Dolor persistente Malestar físico
Informante 2: "...hay días que no aguanto el dolor"		
Informante 1: "...me preocupa no poder hacer nada y tener que depender de los demás"	Limitaciones ocasionadas por la AR	Movilidad reducida Falta de autonomía

Informante 2: "...ya no puedo salir sola sin usar
bastón o que me acompañe alguien"

Fuente: Bedoya Gallón (2025)

Al analizar los datos obtenidos a través del HADS, se observó que la ansiedad presentó niveles más altos que la depresión en todos los casos, con puntuaciones que variaron entre niveles leves y altos. Esta tendencia fue especialmente notable en aquellos participantes que reportaron experimentar un dolor intenso, así como en los que manifestaron dificultades económicas para costear su tratamiento, lo que resalta la estrecha relación entre la percepción del dolor físico y su impacto emocional en pacientes con AR. Además, se identificaron factores recurrentes como la dificultad para conciliar el sueño, la fatiga constante y las limitaciones para realizar actividades cotidianas, las cuales comprometieron de manera significativa la autonomía y la calidad de vida de los pacientes.

Estos hallazgos subrayan la necesidad urgente de implementar un enfoque terapéutico que aborde tanto los síntomas de la ansiedad como los factores que los desencadenan, fomentando el desarrollo de habilidades que permitan a los pacientes enfrentar de manera efectiva los desafíos que la AR impone en su vida diaria. En consonancia con estos resultados, se diseñó un programa de intervención basado en la terapia cognitivo-conductual (TCC), que consta de 12 sesiones grupales y 12 sesiones individuales. Este programa tiene como objetivo reducir los síntomas de ansiedad, modificar pensamientos disfuncionales, disminuir la preocupación y mejorar la calidad del sueño, ofreciendo herramientas psicológicas que contribuyan a la mejora integral de la calidad de vida de esta población.

Tabla 3

Programa de Intervención

Objetivo General: Reducir los síntomas de ansiedad en los pacientes con AR y proporcionar herramientas psicológicas que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

Objetivos Específicos	Acciones Terapéuticas	Cambios esperados	Recursos	Duración y Tiempo	Recomendación y Mantenimiento
Establecer una relación terapéutica sólida y evaluar el nivel de ansiedad inicial	-Entrevista clínica y aplicación de test (HADS) -Exploración de expectativas y objetivos del tratamiento -Presentación	-Generar confianza y compromiso con el proceso terapéutico por parte del paciente -Establecer una línea base para medir progresos	-Laptop -Test impreso -Lápiz -Factor humano	1 sesión individual de 45 minutos	-Anotar dudas o inquietudes del paciente
Identificación y reestructuración de pensamientos disfuncionales	Enseñanza de la reestructuración cognitiva para identificar y modificar pensamientos disfuncionales relacionados con la ansiedad y la preocupación excesiva	-Reducción del 30% en la puntuación de ansiedad en el HADS -Generar mayor conciencia de los pensamientos disfuncionales que contribuyen a la ansiedad	-Laptop -Factor humano - Hojas de trabajo de reestructuración cognitiva -Ejemplos de pensamientos automáticos -Hoja de registro de pensamientos -Lápiz	12 sesiones individuales de 45 minutos, una vez por semana	-Implementar la reestructuración cognitiva en situaciones diarias -Llevar un registro de pensamientos disfuncionales
Exposición gradual a situaciones que generan ansiedad	Planificación y práctica de exposición gradual a situaciones que provocan ansiedad en el contexto de la AR	-Disminución de los miedos relacionados con la enfermedad	-Laptop -Factor humano - Hojas de seguimiento de exposición -Plan de exposición gradual	12 sesiones individuales de 45 minutos, una vez por semana	-Realizar exposiciones controladas en el hogar -Comenzar con situaciones menos temidas

Fortalecer las habilidades de afrontamiento y regulación emocional	-Entrenamiento en técnicas de regulación emocional -Explicación y práctica de la relajación muscular progresiva -Entrenamiento en habilidades de afrontamiento para la ansiedad	- Reducción del 30% en la frecuencia e intensidad de síntomas físicos de la ansiedad	-Laptop -Factor humano -Guía de relajación -Grabaciones de ejercicios de respiración	12 sesiones grupales de 60 minutos, cada 2 semanas	Practicar diariamente las técnicas de relajación y afrontamiento
Mejorar la calidad del sueño	Implementación de técnicas de higiene del sueño	-Mejora del 40% en la calidad del sueño según los registros -Reducción de la ansiedad nocturna	-Laptop -Factor humano -Guía sobre higiene del sueño -Hoja de registro del sueño	12 sesiones grupales de 60 minutos, cada 2 semanas	-Establecer una rutina para dormir -Aplicar las estrategias de higiene del sueño antes de dormir
Mejorar la autorregulación emocional	Aplicación de la técnica de mindfulness y distracción cognitiva	-Aumento del 35% en la capacidad de atención plena -Mayor control sobre la irritabilidad - Mejor tolerancia a la incertidumbre	-Laptop -Ejercicios de mindfulness -Factor humano	12 sesiones grupales de 60 minutos, cada 2 semanas	Implementar estrategias de regulación emocional en momentos de tensión durante la vida diaria
Cierre terapéutico y evaluación del proceso	-Evaluación final del progreso -Revisión de las estrategias aprendidas - Establecimiento de metas a largo plazo	-Consolidación de aprendizajes - Fortalecimiento de la confianza en la capacidad de manejo de la ansiedad	-Laptop -Factor humano -Material de apoyo para el mantenimiento	1 sesión individual de 45 minutos	-Continuar aplicando las herramientas adquiridas -Planificación de estrategias futuras - Establecer un plan de seguimiento y mantenimiento durante 3 meses

Fuente: Bedoya Gallón (2025)

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan las dificultades significativas que enfrentan los pacientes con AR, las cuales inciden directamente en la aparición

de síntomas de ansiedad y afectan considerablemente su calidad de vida. En particular, el estudio contribuye a una mayor comprensión de los desencadenantes de estos síntomas en esta población, revelando factores precisos que agravan los trastornos emocionales de los pacientes.

En relación con los resultados específicos, se observó que la ansiedad fue un prevalente en todos los participantes, mientras que solo uno de ellos presentó niveles leves de depresión. No obstante, la investigación se centra principalmente en los trastornos de ansiedad, y los resultados sugieren que los altos niveles de ansiedad están estrechamente relacionados con el dolor crónico (informante 1 y 2), las dificultades económicas (informante 1 y 3) y las limitaciones ocasionadas por la AR (informante 1 y 2). Estos hallazgos concuerdan con lo planteado por Yescas et al. (2008), quienes indican que los pacientes con AR experimentan un dolor crónico que restringe su movilidad y genera una sensación de impotencia, lo que facilita el desarrollo de ansiedad como respuesta adaptativa a la enfermedad.

Asimismo, los síntomas observados, como la dificultad para conciliar el sueño (informante 2 y 3), la fatiga persistente (informante 1 y 2) y las limitaciones para realizar actividades cotidianas (informante 1 y 2), coinciden con los criterios diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada en el DSM-V (APA, 2013), lo que refuerza la idea de que la AR no solo impacta físicamente a los pacientes, sino también a nivel emocional y funcional. Se observó que la incertidumbre sobre el futuro y la preocupación excesiva por el desarrollo de la enfermedad traen consigo respuestas conductuales que afectan la vida diaria de los pacientes, lo que concuerda con lo mencionado por Barlow (2002), quien destaca que la ansiedad implica una sensación de falta de control sobre eventos futuros, lo que genera un malestar persistente.

En términos de las implicaciones teóricas y prácticas, los resultados obtenidos subrayan la necesidad de diseñar un enfoque terapéutico que considere tanto los aspectos físicos como emocionales de los pacientes. El programa de intervención basado en TCC, diseñado a partir de estos hallazgos se ajusta de manera adecuada

a las necesidades de los pacientes, al enfocarse en la reestructuración de pensamientos disfuncionales, la exposición gradual a situaciones que generan ansiedad, el entrenamiento en regulación emocional y la implementación de técnicas para mejorar la calidad del sueño.

Este enfoque es coherente con lo propuesto por Beck (2011), quien destaca la relevancia de modificar las conductas y pensamientos que perpetúan o agravan las dificultades emocionales. La flexibilidad del programa, que se adapta a las necesidades individuales de los pacientes, aumenta las probabilidades de adherencia y efectividad, permitiendo personalizar las intervenciones según el grado de ansiedad y los problemas específicos de cada paciente.

En comparación con la literatura existente, estos resultados confirman que el impacto psicológico de la AR está mediado por el dolor físico, así como por factores socioeconómicos y funcionales, proporcionando información crucial sobre los factores desencadenantes y la naturaleza de estos síntomas. Estos hallazgos justifican la implementación de un programa de TCC como el diseñado en este estudio, que aborda de manera directa las necesidades emocionales observadas en la población con AR. Sin embargo, se sugiere la realización de estudios futuros que incluyan muestras más amplias y que aborden también los trastornos depresivos en estos pacientes, ya que esto permitiría analizar en mayor profundidad la relación entre la AR y el desarrollo de dichos trastornos, lo que podría resultar en estrategias de intervención aún más completas y efectivas.

47

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Arias, F. (2023). El paradigma pragmático como fundamento epistemológico de la investigación mixta. Revisión sistematizada. Revista de Educación, Arte y Comunicación, 12 (2), 11-24. Caracas: UCV.
- Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.). Nueva York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). Nueva York: The Guilford Press.

- Ćeranić, J., Glišić, B., Petronijević, M., Kisić, D. & Ristić, G. (2022). The prevalence of depression/anxiety among patients with rheumatoid arthritis and its relationship with quality of life. *Vojnosanitetski pregled*, 79 (10), 970–976. Belgrade: VSP.
- Creswell, J. W., y Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3rd ed.). Nueva York: Sage Publications.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. Maryland: NIH.
- Lavariega, D., Elizarrarás, J., Villareal, E., Baltiérrez, R., Velasco, U., Vargas, R., y Galicida, L. (2023). Perfil epidemiológico de la artritis reumatoide. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61 (5), 574-58. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Salazar, J., Wehbe, J. y Vaccaro, Y. (2003). Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con artritis reumatoidea: Unidad de Reumatología del Hospital Julio Criollo Rivas Ciudad Bolívar. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*, 49 (101). Consultado en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-402042>, consultado 2025, febrero 13.
- Uda, M., Hashimoto, M., Uozumi, R., Torri, M., Fujii, T., Tanaka, M., Furu, M., Ito, H., Terao, C., Yanamoto, W., Sugihara, G., Nakagami, Y., Mimori, T., & Kazukio, N., (2021). Factors associated with anxiety and depression in rheumatoid arthritis patients: a cross-sectional study. *Advances in Rheumatology*, 61 (65). Londres: BMC.
- Van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265–273. Chicago: JAMA.
- Yescas, E., Ascencio, L., Vargas, S., Barbosa, R. y Lugo, G. (2008). Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Psicología y Salud*, 18 (01), 81-89. Xalapa: Universidad Veracruzana.