

## APLICACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN CUIDADORES FAMILIARES DE ENFERMOS CON DEMENCIA

## APPLICATION OF THE UNIFIED PROTOCOL FOR THE TRANSDIAGNOSTIC TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS TO FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH DEMENTIA

IRENE LEÓN-CASAS<sup>1</sup> Y ÁLVARO RODRÍGUEZ-MORA<sup>1,2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

León-Casas, I. y Rodríguez-Mora, A. (2022). Aplicación del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en cuidadores familiares de enfermos con demencia [Application of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders to Family Caregivers of Patients with Dementia]. *Acción Psicológica*, 19(2), 45–62. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37002>

### Resumen

El cuidado informal de personas con demencia se configura como una fuente de estrés crónico para las personas cuidadoras. El Modelo Multidimensional de Agentes Estresantes de Pearlin sostiene que, además de sobrecarga, los cuidadores experimentan una sintomatología clínica variada y de carácter transversal

derivada de la labor de cuidado, destacando la depresión y la ansiedad como trastornos emocionales frecuentes. Aunque existen algunas intervenciones que muestran buenos resultados en el tratamiento de problemas clínicos concretos, resultan insuficientes para abordar simultáneamente la gran variedad clínica que acontece a los cuidadores. Así, se estima necesario explorar tratamientos eficaces para intervenir sobre la base transversal de la afectación emocional de este colectivo. Una propuesta sería el Protocolo Unificado para el

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Álvaro Rodríguez-Mora, Universidad de Cádiz, España. instituto Universitario de Investigación para el Desarrollo Social Sostenible (INDESS).

**Email:** [alvaro.rodriguez-mora@uca.es](mailto:alvaro.rodriguez-mora@uca.es)

**ORCID:** Álvaro Rodríguez-Mora (<https://orcid.org/0000-0003-1869-4840>).

<sup>1</sup> Universidad de Cádiz, España.

<sup>2</sup> Instituto Universitario de Investigación para el Desarrollo Social Sostenible (INDESS).

Recibido: 5 de julio de 2022.

Aceptado: 26 de noviembre de 2022.

tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales, diseñado por David Barlow, cuya razón de ser reside en el tratamiento de la base compartida y los procesos comunes de los trastornos emocionales.

**Palabras clave:** Protocolo Unificado Transdiagnóstico; cuidadores familiares; demencia; sobrecarga; comorbilidad.

### Abstract

Informal care of people with dementia is a source of chronic stress for caregivers. Pearlin's Multidimensional Stressor Model argues that, in addition to overload, caregivers experience a variety of cross-cutting clinical symptomatology derived from caregiving, with depression and anxiety as frequent emotional disorders. Although there are some interventions that show good results in the treatment of specific clinical problems, they are insufficient to simultaneously address the great clinical variety that befalls caregivers. Thus, it is considered necessary to explore effective treatments to intervene on the transversal basis of the emotional affectation of this group. One proposal would be the Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders, designed by David Barlow, whose *raison d'être* lies in the treatment of the shared basis and common processes of emotional disorders.

**Keywords:** Unified Transdiagnostic Protocol; family caregivers; dementia; overload; comorbidity.

### Introducción

El envejecimiento progresivo está incrementando la cantidad de personas con enfermedades crónicas degenerativas. Una de las más frecuentes son los denominados trastornos neurocognitivos mayores y menores (APA, 2014), o más conocidos como demencia. Estos tienen como consecuencia provocar una situación de dependencia en aquellas personas que la padecen (Villarejo Galende et al., 2021), lo que conlleva a precisar de atención y asistencia constante de un cuidador (Tokovska et al., 2022). Los cambios sociodemográficos, la introducción de nue-

vas estructuras familiares, el acceso de la mujer al mercado laboral, así como la dispersión geográfica, han puesto de manifiesto la relevancia de la figura del cuidador formal para desempeñar las funciones del cuidado de estas personas con demencia en situación de dependencia. Sin embargo, esto no se ha materializado plenamente, surgiendo la figura del cuidador familiar que habitualmente se ve obligado por las circunstancias a realizar unas funciones que desconoce por completo (Farina et al., 2017; Linares Cánovas et al., 2019). En la actualidad, los cuidadores familiares siguen siendo quienes se ocupan mayoritariamente de esta labor (Madruga, 2016). Estos cuidadores informales son conocidos como segundos pacientes invisibles, resultandos indispensables sus cuidados para velar por la calidad de vida de los primeros (Bueno-Arnau et al., 2018; Farina et al., 2017). Si la calidad de vida y/o el bienestar del cuidador se ven amenazados y/o alterados, directa o indirectamente también se verán afectados los de la persona enferma (Thomas et al., 2006).

El término de cuidado “informal” se define como aquella atención que proporcionan personas del entorno familiar más directo como familiares, amigos o vecinos (Bakker et al., 2013), desligadas de los servicios de atención profesionalizada hacia individuos en situación de dependencia generada por la demencia. Suele ejecutarse en la vivienda de la persona enferma o del propio cuidador, con la presencia de afectividad respecto a la persona dependiente y con el compromiso y la responsabilidad a largo plazo de la persona cuidadora frente a las labores de cuidado (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012). Además, estas funciones de cuidado informal se llevan a cabo de manera altruista y no remunerada (Bakker et al., 2013; Cerquera Córdoba et al., 2016).

La situación de cuidado informal se presenta como una situación que genera altos niveles de estrés, suponiendo esto un desgaste a distintos niveles y un menoscabo de su calidad de vida (Bremer et al., 2015; Farina et al., 2017; Lindeza et al., 2020). El impacto del cuidado en el cuidador informal hace que vea mermadas sus áreas vitales, principalmente la familiar y la social (Alves et al., 2019; Farina et al., 2017; Lindeza et al., 2020; Villarejo Galende et al., 2021). Entre las consecuencias negativas más habituales son una alta frecuencia de carga y morbilidad psicológica, aislamiento social, enfermedades físicas y pro-

blemas económicos (Brodaty y Donkin, 2022). Esto se traduce en una sintomatología de carácter transversal como ansiedad, depresión o sobrecarga (Alltag et al., 2018; Gilhooly et al., 2016; Li et al., 2012; Rodríguez-Mora et al., 2022). Concretamente, la sobrecarga se describe como un impacto negativo sobre los ámbitos emocional, social, económico, físico y espiritual, derivado de las limitaciones sociales, el trabajo físico y emocional que supone el rol de cuidador. Se le conoce como sobrecarga del cuidador o “síndrome del cuidador” (Zarit et al., 1980). Además, en la sobrecarga influyen otros aspectos como no recibir remuneración económica, no siempre disponer del apoyo necesario para abordar esta tarea, y tener otros roles y responsabilidades vitales además de cuidar a la persona dependiente o con demencia.

Asimismo, el rol de cuidador no se limita únicamente al trato directo con el familiar enfermo, sino que este también incluye el resto de tareas asociadas como prever necesidades futuras, o controlar y supervisar dichas funciones (Farina et al., 2017; Reyes Téllez y García, 2021). Además del estrés que generan las tareas de cuidados en sí mismo, la percepción de esas tareas y funciones también lo provocan, haciendo que la relevancia de estas situaciones explica que el bienestar emocional de las personas cuidadoras se vea comprometido (Rodríguez-Mora et al., 2022). En esta línea, se distinguen dos tipos de sobrecarga: (a) objetiva, derivada directamente de la labor de cuidado, y (b) subjetiva, referida a la percepción, valoración e interpretación que el cuidador hace de la labor de cuidado, así como de su capacidad de afrontamiento; emociones, actitudes y pensamientos (Crespo y Rivas, 2015; Platt y Hirsch, 1981).

### *Estrés del cuidado*

El modelo de estrés aplicado al cuidado que explica esta situación es el modelo multidimensional de agentes estresantes de Pearlin (1990). Se trata de un modelo transaccional del estrés que se compone de cuatro dominios: antecedentes y contexto del cuidado, estresores primarios y secundarios, mediadores del estrés y manifestaciones del estrés. El cuarto dominio es el que hace alusión a la diversidad clínica que padecen los cuidadores familiares. Concretamente, el modelo de Pearlin destaca la depresión y la ansiedad como las patologías resultantes más fre-

cuentes del estrés derivado del cuidado familiar, aunque, además los cuidadores experimentan sobrecarga y una sintomatología clínica variada y de carácter transversal derivada del desempeño de la labor de cuidado. Por su parte, el dominio “mediadores del estrés” que hacen referencia al apoyo social y a las estrategias de afrontamiento del cuidador familiar. Estas estrategias, junto a la resiliencia, han resultado ser eficientes para reducir el impacto negativo que la labor de cuidado tiene sobre la salud del cuidador (Cerquera Córdoba y Pabón Poches, 2016; Gilhooly et al., 2016; Li et al., 2012; Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012; Teahan et al., 2018). Sin embargo, estas variables protectoras y/o moduladoras no parecen resultar suficientes para paliar toda esta sintomatología que tiene elementos transversales (Pearlin et al., 1990; Sallim et al., 2015; Yildizhan et al., 2019). Por tanto, es necesario indagar sobre nuevas estrategias y tratamientos eficaces para intervenir en dicha sintomatología.

### *Variabilidad clínica transversal*

Respecto a la diversidad clínica, además de la ansiedad, la depresión, y la sobrecarga, en función de las características del cuidado, cuidador y persona que recibe el cuidado los estudios sugieren que las diferentes dificultades que implica el cuidado informal impactan negativamente sobre la calidad de vida de los cuidadores, originando una gran variedad de sintomatología clínica muy variada, como irritabilidad, ideas paranoides, ideas suicidas, obsesiones, hipocondría, problemas de sueño, disfunciones cognitivas, dificultades sexuales, sentimiento de culpa, impotencia o estoicismo (Cerquera Córdoba et al., 2012; Cerquera Córdoba y Galvis Aparicio, 2014; Connell et al., 2001; Martínez Cortés et al., 2021; Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012). Es común en estos cuidadores un bajo afecto positivo y dificultad en la regulación emocional, donde predominan la rumiación, la supresión emocional, la ocultación, negación y/o la ignorancia de las emociones intensas (Alves et al., 2019; Brown y Barlow, 2009; Lindeza et al., 2020).

En definitiva, el cuidado informal de personas con demencia da lugar a una sintomatología variada y transversal en el cuidador que afecta a todas las esferas de la vida de este. Esta sobrecarga que sufre el cuidador repercute también en el desempeño óptimo de las tareas de cuidado, e

indirectamente, en la persona cuidada (Lindeza et al., 2020).

Por su parte, la comorbilidad es un fenómeno psicopatológico frecuente que determina que la sintomatología clínica de salud mental puede compartir procesos patológicos centrales comunes o transdiagnósticos (Barrera-Caballero et al., 2021). Por esto surge el enfoque transdiagnóstico, con el objetivo de detectar procesos "cognitivos-conductuales" que son transversales y compartidos en un gran abanico de estados depresivos y de ansiedad. Estos estados alcanzan altas tasas de comorbilidad, y existe una etiología común para desarrollar depresión, ansiedad y otros trastornos emocionales relacionados (Allen et al., 2008). Estos se describen como un déficit en las estrategias de regulación de las emociones que provoca experimentar emociones de forma intensa, y/o incómodas, y contribuye al mantenimiento de los síntomas (Barlow et al., 2018). Como se ha justificado anteriormente, los trastornos emocionales son frecuentes en los cuidadores familiares informales, presentando una alta comorbilidad. Por lo tanto, se hace necesario disponer de intervenciones transdiagnósticas que aborden los procesos psicopatológicos comunes a dichos trastornos emocionales.

### ***Tratamientos e intervenciones existentes enfocados a reducir el malestar del cuidador informal***

Entre las intervenciones habituales que se han llevado a cabo a lo largo de las últimas décadas con los cuidadores informales de personas con demencia (Cheng et al., 2020; Martín-Carrasco et al., 2014; Piquart y Sörensen, 2006) destacan: la psicoeducación o programas psicoeducativos, resultando eficaz principalmente en la autoeficacia y los síntomas depresivos y la sobrecarga (Vandepitte et al., 2016); los grupos de autoayuda, que aumentan los conocimientos sobre la enfermedad y las habilidades de afrontamiento, reducen el agotamiento emocional, la sobrecarga, y aumentan el bienestar de los cuidadores familiares (Chien et al., 2011; Schüz et al., 2015); el asesoramiento psicológico y la psicoterapia, indicados para reducir los síntomas ansiosos, depresivos, así como los pensamientos disfuncionales y la evitación (Losada et al., 2015); el mindfulness, resultando eficaz en reducir el estrés y los

síntomas depresivos (Bustillo et al., 2018; Hou et al., 2014); las intervenciones multicomponente, eficaces para reducir la sobrecarga y los síntomas depresivos (Vandepitte et al., 2016); y las intervenciones diversas, cuyas evidencias de eficacia no son concluyentes (Wang et al., 2017). Por otra parte, la Terapia de Búsqueda de Beneficios (BFT), la cual aúna la reestructuración cognitiva y la psicoeducación para el tratamiento de la depresión y la sobrecarga, parece también resultar eficaz (Martínez Cortés et al., 2021). Habitualmente los tratamientos de los cuidadores informales siguen la estrategia de aplicar distintos tipos de intervenciones con la intención de abordar aquellos aspectos que generan malestar al cuidador, más que enfocados a trabajar los síntomas que presentan. Este tipo de estrategia de emplear varios tipos de intervenciones presenta la limitación de tener un mayor coste de tiempo para los cuidadores, además de no incidir de forma directa en la sintomatología concreta de cada caso. Por tanto, aunque estas intervenciones presentan una eficacia contrastada en problemas clínicos concretos, desatienden tanto la heterogeneidad de los casos, así como la comorbilidad entre la sintomatología depresiva y ansiosa. Recientemente, y para abordar esta limitación, la intervención modular guiada por el análisis funcional (FAMI), plantea una intervención individualizada basándose en el análisis funcional de cada caso (Márquez-González et al., 2020). Aun así, al igual que en las intervenciones anteriores, a pesar de tener una eficacia contrastada, actualmente se consideran insuficientes para tratar la gran variedad clínica que presentan los cuidadores (Cheng et al., 2020). Por tanto, resulta necesario explorar otras posibilidades de tratamientos que resulten útiles a la hora de intervenir sobre la base transversal de la afectación emocional de los cuidadores familiares. Es por ello que este trabajo propone abordar esta limitación aplicando el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU; Barlow et al., 2018).

### ***Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU)***

El PU es un programa breve, altamente estructurado y de sencilla aplicación. Su fundamento teórico reside en el tratamiento de la base compartida y los procesos comunes

de los trastornos emocionales, los cuales siguiendo a Bullis et al. (2019) se caracterizan por: (a) experimentar emociones negativas frecuentes e intensas; (b) reaccionar de forma aversiva a la experiencia emocional que está impulsada por la disminución del sentido de control del sujeto y la valoración negativa de la emoción; y (c) realizar esfuerzos para amortiguar, escapar o evitar la experiencia emocional, ya sea de forma preventiva o como reacción a la aparición de un estado emocional negativo.

Aludiendo al origen del PU, cabe destacar que éste se basa en una concepción dimensional de la psicopatología, integrando el enfoque categorial. Se desarrolla en respuesta a las carencias que presentaban otros protocolos para el tratamiento de trastornos específicos. Dichos tratamientos, no contemplan la alta comorbilidad existente entre distintos trastornos, como son los ansiosos y depresivos y los costes directos e indirectos derivados de dicha comorbilidad. Así, una de las ventajas del PU respecto a otros protocolos de tratamiento reside en su capacidad para tratar simultáneamente diferentes trastornos comórbidos (Barlow et al., 2017).

Respecto a la naturaleza del PU resulta relevante señalar que éste condensa e incorpora los principios comunes de los tratamientos empíricamente avalados, principalmente de la Teoría Cognitivo Conductual (Arrigoni et al., 2021; Sandín et al., 2019). Trabaja sobre ocho módulos terapéuticos, de los cuales cinco se consideran centrales, que consisten en: fomentar la conciencia emocional mediante atención plena; reevaluar las interpretaciones negativas automáticas; modificar las conductas emocionales; aumentar la conciencia y la tolerancia de las sensaciones físicas; y, la exposición a experiencias emocionales (Barlow et al., 2018).

Respecto a su eficacia, los estudios concluyen que se trata de una intervención efectiva basada en la regulación emocional para una amplia gama de psicopatologías internalizantes (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Sakiris y Berle, 2019).

El PU se ha aplicado en contextos académicos, obteniendo resultados satisfactorios tras su aplicación (Arrigoni et al., 2021; Bentley et al., 2018; Castro-Camacho et al., 2022; Sauer-Zavala et al., 2021). Otros colectivos en

los que se ha aplicado con resultados prometedores o esperanzadores son: personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP; Sauer-Zavala et al., 2016), en población argentina (Grill et al., 2017), población con trastornos internalizantes (Sakiris y Berle, 2019), y/o en pacientes postcirugía bariátrica (Ferrerres-Galán et al., 2022).

Tras realizar una búsqueda exhaustiva de bibliografía científica actualizada sobre la aplicación del PU en cuidadores tanto informales como formales, no se han encontrado resultados en la literatura al respecto. Su posible aplicación en los cuidadores informales de personas con demencia dependientes se justificaría considerando que: (1) dichos cuidadores presentan trastornos emocionales comórbidos y sintomatología clínica variada de naturaleza transversal; (2) que el PU está diseñado específicamente para intervenir en casos donde se presenta comorbilidad de varios trastornos emocionales; y (3) ha sido demostrada su eficacia en otros colectivos con sintomatología similar, por lo que se prevé que la aplicación del PU a esta población puede reportar resultados satisfactorios. Por lo tanto, este trabajo examinará la viabilidad de la aplicación del PU para comprobar sus efectos sobre los cuidadores informales de enfermos con demencia. Más concretamente, los objetivos de este trabajo son: (a) describir el PU y los instrumentos de evaluación; (b) justificar la idoneidad de la aplicación del PU a los cuidadores informales de enfermos con demencia; y (c) probar la integridad del protocolo de estudio para una futura intervención.

## Método

Se llevará a cabo un estudio cuasi-experimental, con la selección de la muestra por conveniencia.

### *Destinatarios*

Los participantes serán familiares cuidadores principales que se caracterizan por presentar estrategias de afrontamiento emocionales desadaptativas y dificultades en el manejo emocional en situaciones de cuidados. A continuación, se detallan los criterios de inclusión y exclusión que deben cumplir los participantes:

**Criterios de inclusión:** (a) Cuidar de forma continuada a un familiar con demencia (diagnóstico de demencia/neurocognitivo confirmado) o pueda identificarse como cuidador principal informal; (b) diagnóstico de trastorno emocional comórbido (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo unipolar o relacionados); y (c) Presencia de sobrecarga.

**Criterios de inclusión:** (a) No ser cuidador principal o compartir los cuidados de la persona dependiente con demencia; (b) Presencia de otros trastornos psicológicos como depresión mayor con rasgos psicóticos; psicosis; antecedentes de esquizofrenia a lo largo de la vida; trastorno bipolar, síndrome cerebral orgánico o retraso mental; abuso de alcohol o sustancias en el último año; y (c) cuidadores formales.

Los cuidadores serán reclutados en las asociaciones de familiares de enfermos con demencia. Se pedirá a las asociaciones divulgar el proyecto de intervención entre los cuidadores informales pidiendo su participación. De aquellos cuidadores interesados, se analizará si cumplen los criterios de elegibilidad para participar en el proyecto. Los que cumplan dichos criterios serán asignados al grupo de intervención.

Se ha calculado mediante programa G\*Power 3.1.9.7. que se necesita una muestra de 45 participantes.

Tomando como punto de partida las circunstancias en las que se encuentran los cuidadores informales (baja disponibilidad de tiempo, sobrecarga derivada del cuidado y escaso apoyo para desempeñar las labores de cuidado), así como las condiciones establecidas para la aplicación del PU, el programa de tratamiento se compondrá de 8 sesiones de 50-60 minutos aproximadamente cada sesión. Se plantea una periodicidad semanal al principio y bisemanal al final (en función de la evolución de los cuidadores). En cada asociación se establecerán los grupos necesarios en función de la demanda de cuidadores que quieran asistir. El desarrollo de las sesiones terapéuticas se realizará en las distintas asociaciones.

## ***Instrumento de evaluación***

El protocolo de evaluación partiría de los siguientes instrumentos.

### **Figura 1.**

#### *Instrumentos de evaluación*

<b>Medidas primarias</b>
Entrevista diagnóstica Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5, Adult Version (ADIS-5; Brown y Barlow, 2014).
Escala de Sobrecarga de Zarit (ZBI; Martín et al., 1996).
Inventario de Depresión de Beck (BDI; Sanz y Vázquez, 2011).
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 2011).
Inventario Multidimensional para los Trastornos Emocionales (MEDI; Osma et al., 2021).
<b>Medidas secundarias</b>
Escala Global de gravedad e interferencia de la ansiedad (OASIS; Osma et al., 2019).
Escala Global de gravedad e interferencia de la depresión (ODSIS; Osma et al., 2019).
Inventario de Situaciones Potencialmente Estresantes (ISPE; Muela Martínez et al., 2002).
Índice de Calidad de Vida (Mezzich et al., 2000).

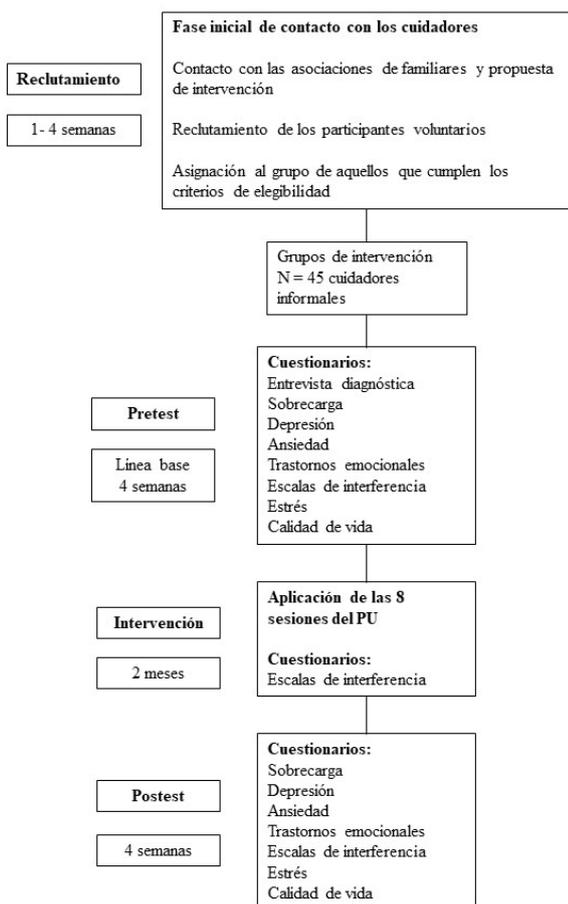
Además, se incluirá un cuestionario sociodemográfico ad hoc con las siguientes variables (sexo, edad, estado civil, nivel educacional, tiempo de cuidado), y con las siguientes variables relacionadas con el cuidado (sexo y edad de la persona receptora de los cuidados, tipo de demencia, fase de la demencia). Los instrumentos de evaluación se aplicarán al comenzar y finalizar la intervención, y en los seguimientos establecidos (se establecen seguimientos a los 3, 6 y 12 meses).

## ***Procedimiento***

Los grupos estarán formados por seis/ocho cuidadores, un terapeuta y un coterapeuta. Los terapeutas deberán estar formados y poseer experiencia en los principios del enfoque transdiagnóstico y concretamente en el PU. La duración de las sesiones será de 90 minutos, aplicándose una sesión semanal.

**Figura 2**

Descripción general del diseño del estudio y sus componentes



### *Aplicación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) a cuidadores informales de personas con demencia*

EL PU se aplicaría de forma grupal y presencial a los cuidadores informales, ya que como señalan Barlow et al. (2017) y Grill et al. (2017), el grado de satisfacción de las personas a las que se les aplicó el PU en formato grupal es equiparable al de aquellas a quienes se les aplicó en for-

mato individual. Asimismo, aludiendo a los beneficios que reporta en eficacia y satisfacción los grupos de autoayuda en este colectivo (Chien et al., 2011), además de la posibilidad de atender a un mayor número de cuidadores, y la reducción de costes y tiempo, resulta oportuno aplicar el PU en formato grupal de forma presencial.

Los contenidos que se pretenden trabajar en la adaptación del PU a los cuidadores familiares son aquellos módulos que conforman la base de este, propuestos por Barlow et al. (2018).

### *Descripción de la intervención*

La estructura general de las sesiones sería la siguiente, tomando como referencia el PU (Barlow et al., 2018), se presenta la siguiente propuesta de intervención:

**Tabla 1.**

Descripción de los módulos de tratamiento

<i>Establecer metas y mantener la atención</i>	Ajuste de las expectativas: cambios emocionales y regulación emocional durante el tiempo de cuidado.	Este módulo se adapta para hablar de la regulación de las emociones durante el proceso de cuidado, así como de los cambios emocionales que se producen en función de cada etapa de la enfermedad de la persona cuidada. Por último, se trabajan las expectativas del PU y los mitos sobre el cuidado.
<i>Entendiendo las emociones</i>	Análisis de la experiencia emocional.	Se aplica el módulo según el original del PU. Psicoeducación sobre las emociones relacionadas con el proceso de cuidado.
<i>Conciencia emocional plena</i>	Atención en el momento presente, para favorecer el cambio.	Se aplica el módulo según el original del PU.

<i>Flexibilidad cognitiva</i>	Preocupaciones, dudas y miedos del cuidado.	Se trabajan los pensamientos enseñando a los cuidadores a identificar patrones de pensamiento inadaptados y a ser más flexibles con pensamientos sobre sus funciones como cuidador.
<i>Contrarrestar conductas emocionales.</i>	Identificar acciones que realizan para controlar y/o evitar emociones intensas o incómodas, realizando un comportamiento guiado por objetivos y valores.	Se planifican algunos comportamientos basados en los valores para ser usados cuando las emociones sean intensas. Esto les permitirá continuar con sus objetivos personales.
<i>Sensaciones físicas</i>	Manejar de forma adaptativa la experimentación de sensaciones físicas desagradables asociadas con experiencias emocionales intensas.	Se aplica el módulo según el original del PU.

### *Primera sesión. Mejorar la motivación y el compromiso con el tratamiento.*

La primera sesión comenzaría con la presentación del psicólogo/a que llevaría a cabo las sesiones y los miembros de grupo. El objetivo de esta sesión pretende que los cuidadores se comprometan con el tratamiento debido a las limitaciones de tiempo que tienen. Para ello, es necesario establecer los objetivos del tratamiento y promover que los cuidadores informales sean conscientes de que la motivación variará durante el proceso muy influenciado por las fluctuaciones del cuidado. El desarrollo de la sesión conllevaría: (1) Explicación de la necesidad de cohesión de grupo y del tratamiento; (2) Definir los objetivos de tratamiento describiéndose de forma clara, y realista; así delimitar los pasos a seguir, fraccionando los objetivos

en metas intermedias y a largo plazo; (3) Sopesar las ventajas y los inconvenientes de cambiar o de seguir actuando de la misma manera. Así se optimiza la preparación y la motivación para el cambio de conductas desadaptativas de los cuidadores; (4) Indicar el papel proactivo que deben tener los cuidadores informales para que el tratamiento resulte efectivo; (5) Se enviará como tarea para casa rellenar los instrumentos OASIS, ODSIS, así como el registro de progreso.

### *Segunda sesión. Entendiendo las emociones*

En esta segunda sesión se trabajará: (1) Resumen de la sesión anterior, y tareas para casa enviadas analizando dudas y cuestiones que hayan surgido; (2) Aplicar psicoeducación sobre la naturaleza de las emociones implicadas en el proceso del cuidado. Se explicará a los cuidadores cuáles son y para qué sirven (su funcionalidad) las emociones primarias y se les invitará a reflexionar sobre su propia experiencia emocional. Qué reacciones emocionales han generado a partir de la experiencia del cuidado, y como se han mantenido a lo largo del tiempo debido a las leyes del aprendizaje. Además, se hablará sobre los tres componentes de las experiencias emocionales: fisiológico, cognitivo y conductual; así como de las posibles variables mantenedoras. Se hará hincapié en la importancia de todas las emociones dado que cada una de ellas desempeña una función necesaria independientemente de si son placenteras o no. Asimismo, se pretende capacitar a los cuidadores para reconocer y registrar sus experiencias emocionales relacionadas con el cuidado; (3) Una vez afianzados los tres componentes de las emociones, se trabajará con los cuidadores el análisis de las respuestas emocionales a través del ARCO de las emociones, ayudándoles a identificar los antecedentes o desencadenantes y las consecuencias (a corto y largo plazo) de las respuestas emocionales; (4) Se enviará como tarea para casa rellenar los instrumentos OASIS, ODSIS, así como el registro ARCO.

### *Tercera sesión. Entrenamiento en concienciación emocional: aprendiendo a observar las experiencias*

La tercera sesión consistirá en: (1) Resumen de la sesión anterior, y tareas para casa enviadas analizando dudas

y cuestiones que hayan surgido; (2) Introducir a los cuidadores en las técnicas de mindfulness mediante psicoeducación y una demostración práctica de meditación en sesión; (3) Aproximarse a las emociones primarias sin juzgarlas; así como en la necesidad de centrarse y reorientar la conciencia y la atención al momento presente cuando surjan las reacciones secundarias a las emociones primarias; (4) Se indicará como tareas para casa practicar la meditación, rellenar el registro de mindfulness y las escalas OASIS y ODSIS.

#### *Cuarta sesión. La evaluación y reevaluación cognitiva*

Esta sesión tiene como objetivo sentar las bases de la flexibilidad cognitiva, la importancia de los pensamientos y los errores de pensamiento mediante psicoeducación y la generación de nuevas interpretaciones. Asimismo, la sesión servirá para aprender a generar pensamientos alternativos, poner en práctica la flexibilidad cognitiva y trabajar los pensamientos automáticos centrales. Se llevará a cabo de la siguiente forma: (1) Resumen de la sesión anterior, y tareas para casa enviadas analizando dudas y cuestiones que hayan surgido; (2) Se proporciona información a los cuidadores sobre la flexibilidad cognitiva, poniendo la importancia sobre la necesidad de realizar una lectura distinta de los eventos o circunstancias que provocan emociones para reaccionar de manera más funcional. Además, se debe señalar el papel de los pensamientos y las interpretaciones en el estado de ánimo y viceversa, siendo conveniente hacer uso de ejemplos. Se realiza el ejercicio de la “escena ambigua” para trabajar la interpretación; (3) Abordar los errores de pensamiento, explicando que son los que obstaculizan la tarea de realizar interpretaciones diferentes o contemplar las circunstancias en las que se produce; y, se deben destacar los errores más importantes: sobreestimar la probabilidad y pensar en lo peor (catastrofizar). Se alienta a los cuidadores a que busquen certezas que avalen los pensamientos centrales alternativos que han generado ellos mismos; (4) Buscar pensamientos alternativos ante emociones displacenteras, aclarándole de antemano que el objetivo no consiste en sustituir pensamientos negativos por positivos, ni en suprimir los primeros, sino en que convivan distintas interpretaciones; así como que se trata de un proceso que requiere paciencia y dedicación. Para llevar a cabo esta actividad se utilizarán las preguntas

del registro Practicando la flexibilidad cognitiva; (5) Se indicará como tareas para casa el registro de pensamientos y las escalas OASIS y ODSIS.

#### *Quinta sesión. Evitación emocional de conductas impulsadas por la emoción (CIE)*

Esta sesión tiene como objetivo proporcionar información a los cuidadores sobre las conductas emocionales y el papel de la evitación en el mantenimiento de los trastornos emocionales. La sesión quinta se llevará a cabo de la siguiente forma: (1) Resumen de la sesión anterior, y tareas para casa enviadas analizando dudas y cuestiones que hayan surgido; (2) Psicoeducación sobre las conductas de evitación emocional, explicando que son las conductas que se usan para controlar o no experimentar emociones intensas, y su implicación en el mantenimiento de los problemas a largo plazo; (3) Explicar la importancia de evaluar las consecuencias a corto y largo plazo tanto de las conductas emocionales como de las conductas alternativas u opuestas; (4) Identificar por parte del cuidador las estrategias de evitación emocional que posee o que utiliza con mayor frecuencia; (5) Se indicará como tareas para casa las escalas OASIS y ODSIS y el registro de conductas emocionales.

#### *Sexta sesión. Conciencia y tolerancia de las sensaciones físicas*

En esta sexta sesión se abordarán las interpretaciones negativas de las sensaciones físicas; identificando las más desadaptativas para los cuidadores. La sesión se desarrollará de la siguiente forma: (1) Psicoeducación sobre los efectos que tiene la interpretación negativa de las sensaciones físicas en el incremento de la experiencia emocional, de la preocupación por sus sensaciones, de la hipervigilancia y de la sensibilidad a las mismas; (2) Aplicar ejercicio de exposición interoceptiva para desarrollar una mayor tolerancia a estas reacciones de forma progresiva; (3) Se indicará como tareas para casa la exposición a las sensaciones físicas desagradables o temidas y las escalas OASIS y ODSIS.

### *Séptima sesión. Exposición emocional interoceptiva y situacional*

En esta sesión se pretende inducir emociones intensas con el objetivo de que los cuidadores ensayen lo trabajado en los módulos anteriores. Se desarrollará de la siguiente forma: (1) Psicoeducación sobre las exposiciones emocionales, señalando que con ellas se persigue aumentar su tolerancia a las emociones desagradables e intensas realizando así conductas más adaptativas; (2) Elaboración de jerarquía de evitación emocional a situaciones del cuidado con exposición gradual; (3) Trabajar la exposición, la interpretación emocional con los cuidadores, discutiendo los pensamientos automáticos negativos asociados a la misma y barajando otras opciones; (4) Aplicar la exposición fuera de sesión. Explicar a los cuidadores la necesidad de practicar fuera de la sesión todo lo aprendido en terapia, para que adquieran autonomía y puedan aplicar los aprendizajes en su vida cotidiana; (5) Se indicará como tareas para casa rellenar el OASIS y ODSIS, así como el registro práctica de exposiciones emocionales.

### *Octava sesión. Mantenimiento y prevención de recaídas*

Finalmente, una vez concluidos todas las sesiones se trabajarán los siguientes aspectos: (a) Repasar las estrategias aprendidas en las sesiones; (b) Analizar la evolución de los cuidadores mediante el Registro de objetivos de tratamiento y el de evaluación del progreso; (c) Anticiparse a las adversidades recordando a los cuidadores que es normal que en algún momento presenten oscilaciones emocionales pero que disponen de las herramientas necesarias para hacerse cargo; (d) Alentar a seguir practicando lo trabajado utilizando el Plan de práctica; (e) Fijar metas a largo plazo y los medios para lograrlas usando el Registro de objetivos del tratamiento y el Plan de práctica; y (f) Finalizar el tratamiento y resolver problemas haciendo hincapié en todo lo que han logrado, puesto que en algunas ocasiones se desarrollan crisis cuando se llega al final.

### *Análisis de datos*

Se realizarán en primer lugar análisis descriptivos de las variables sociodemográficas establecidas para obtener

un perfil de los participantes. En segundo lugar, se realizará una comparación de medias entre la evaluación pre y post para determinar diferencias significativas tras la aplicación del PU, así como en los seguimientos.

Se analizará el tamaño del efecto mediante el estadístico *d* de Cohen (Cohen, 2013).

## Conclusiones

En este trabajo se describe la justificación y el diseño de un estudio para desarrollar, implementar y evaluar la adecuación de aplicar el PU como tratamiento psicológico alternativo a los cuidadores informales de personas con demencia, basado en los mecanismos funcionales responsables del desarrollo y mantenimientos de los trastornos emocionales. Por tanto, no solo es necesario evaluar si la aplicación del PU como intervención alternativa a los tratamientos actuales produce los efectos deseados, sino que, además, la intención es valorar si dicha intervención es o no factible y sostenible.

Como se ha mencionado, cada cuidador desarrolla una psicopatología y posibles trastornos psicológicos comórbidos de forma muy específica. Las intervenciones tradicionales que se aplican resultan eficaces, aunque no parecen ser suficientes. Asimismo, sabemos también que enfocado en el estrés y sobrecarga, el apoyo emocional y las estrategias centradas en la solución de problemas se han mostrado eficaces, pero en estas variables moduladoras del estrés no se recogen estrategias de gestión emocional.

Es por ello, que el PU abordaría esta limitación en las intervenciones, siendo un tratamiento alternativo o complementario al apoyo emocional y las estrategias de afrontamiento. El PU al trabajar de forma transversal, mediante la reevaluación de las interpretaciones negativas automáticas, o aumentando la conciencia y la tolerancia de las sensaciones físicas permitiría intervenir reduciendo los mecanismos compartidos. El PU sería una herramienta idónea para intervenir en el alto afecto negativo de los cuidadores. El PU parece adecuado para fomentar la conciencia emocional mediante la aplicación de técnicas como mindfulness, la modificación de las conductas emocionales que surgen ante el proceso de cuidar, así como para

incrementar la tolerancia y aceptación de las experiencias emocionales principalmente desadaptativas.

Asimismo, el PU ofrecería a los cuidadores informales de estrategias de afrontamiento para abordar de manera más funcional las situaciones propias del cuidado que le generan emociones displacenteras, sin la necesidad de aplicar varios programas de intervención en función de los trastornos presentes en los cuidadores, con la reducción de tiempo en los procesos terapéuticos que ello supondría en el beneficio de los cuidadores informales.

En definitiva, ante la diversidad y heterogeneidad de psicopatología y trastornos comórbidos, el PU al trabajar de forma transversal, se abordaría dicha sintomatología independientemente del trastorno comórbidos parece ser una herramienta idónea porque reduciría los tratamientos específicos para cada trastorno o sintomatología concreta ahorrando costes de tiempo.

Por otra parte, este trabajo muestra que la adaptación del PU a cuidadores familiares de enfermos con demencia sería una aportación novedosa para el ámbito de la investigación en psicología en el tratamiento de este colectivo.

El PU ofrecería unas sesiones concretas en su programa estándar que una vez implantado, además de evaluar su eficacia en dicho colectivo. Esta adaptación permitiría acortar sesiones si fuese necesario sin perder su eficacia como se hace con otros colectivos concretos.

Por otra parte, es necesario comentar que la aplicación del PU no se plantea como una intervención alternativa excluyente a los tratamientos tradicionales (programas de psicoeducación, grupos de autoayuda, asesoramiento psicológico o TCC). La intención de este proyecto es plantear la posibilidad de ofrecer una alternativa de intervención que abarque la sintomatología que estos tratamientos no abordan o no de forma tan eficaz. Asimismo, supondría una importante alternativa de intervención en el contexto del cuidado informal si se demostrara su idoneidad y posterior eficacia.

## Referencias

- Allen, L. B., McHugh, R. K. y Barlow, D. H. (2008). Emotional Disorders: A Unified Protocol. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological disorders: A step-by-step Treatment Manual* (pp. 216–249). The Guilford Press.
- Alltag, S., Conrad, I. y Riedel-Heller, S. G. (2018). Pflegebelastungen bei älteren Angehörigen von Demenz-erkrankten und deren Einfluss auf die Lebensqualität. Eine systematische Literaturübersicht [Caregiver Burden among Older Informal Caregivers of Patients with Dementia and its Influence on Quality of Life: A Systematic Literature Review]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 52(5), 477–486. <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1424-6>
- Alves, L. C. S., Monteiro, D. Q., Bento, S. R., Hayashi, V. D., Pelegrini, L. N. C. y Vale, F. A. C. (2019). Burnout Syndrome in Informal Caregivers of Older Adults with Dementia: A Systematic Review. *Dementia & Neuropsychologia*, 13(4), 415–421. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040008>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª ed.) [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]*. Autor.
- Arrigoni, F., Marchena Consejero, E. y Navarro Guzmán, J. (2021). Aplicación y evaluación de la eficacia del Protocolo Unificado con estudiantes universitarios españoles [Application and Evaluation of the Efficacy of the Unified Transdiagnostic Protocol with Spanish College Students]. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 149–169. <https://doi.org/10.22544/rcps.v40i02.05>
- Bakker, C., de Vugt, M. E., van Vliet, D., Verhey, F. R. J., Pijnenburg, Y. A., Vernooij-Dassen, M. J. F. J. y Koopmans, R. T. C. M. (2013). The Use of Formal and Informal Care in Early onset Dementia:

- Results from the NeedYD study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.004>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R. y Boswell, J. F. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared with Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. y Cassiello-Robbins, C. (2019b). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta [Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder: Workbook]* (Trad. J. J. Osma López y E. Crespo Delgado; 2ª ed. rev y act.). Alianza.
- Barrera-Caballero, S., Romero-Moreno, R., del Sequeros Pedroso-Chaparro, M., Olmos, R., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Cabrera, I., Márquez-González, M., Olazarán, J. y Losada-Baltar, A. (2021). Stress, Cognitive Fusion, and Comorbid Depressive and Anxiety Symptomatology in Dementia Caregivers. *Psychology and Aging*, 36(5), 667–676. <https://doi.org/10.1037/pag0000624>
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *BAI: Inventario de ansiedad de Beck [Beck Anxiety Inventory (BAI)]*. Pearson.
- Bentley, K. H., Boettcher, H., Bullis, J. R., Carl, J. R., Conklin, L. R., Sauer-Zavala, S., Pierre-Louis, C., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2018). Development of a Single-session, Transdiagnostic Preventive Intervention for Young Adults at Risk for Emotional Disorders. *Behavior Modification*, 42(5), 781–805. <https://doi.org/10.1177/0145445517734354>
- Bremer, P., Cabrera, E., Leino-Kilpi, H., Lethin, C., Saks, K., Sutcliffe, C., Soto, M., Zwakhalen, S. M. G., Wübker, A. y Consortium, R. (2015). Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy*, 119(11), 1459–1471. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.014>
- Brodaty, H. y Donkin, M. (2022). Family Caregivers of People with Dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A Proposal for a Dimensional Classification System Based on the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256–271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5L): Lifetime version. Client Interview Schedule*. Oxford University Press.
- Bueno-Arnau, M. I., Goberna-Tricas, J. y López-Matheu, C. (2018). Ética del cuidado compasivo en la familia: cuidando al cuidador [Ethics of Compassionate Care in the Family: Caring for the Caregiver]. *MUSAS. Revista de Investigación En Mujer, Salud y Sociedad*, 3(2), 36–51. <https://doi.org/10.1344/musas2018.vol3.num2.3>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2019). What is an Emotional Disorder? A Transdiagnostic Mechanistic Definition with Implications for Assessment, Treatment, and Prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), Artículo e12278. <https://doi.org/10.1037/h0101755>
- Bustillo, M., Gómez-Gutiérrez, M. y Guillén, A. I. (2018). Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez

- años [Informal Caregivers for Dependent Elderly People: A Revision of Psychological Interventions over the last Ten Years]. *Clinica y Salud*, 29(2), 89–100. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a13>
- Carlucci, L., Saggino, A. y Balsamo, M. (2021). On the Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, Artículo 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W. y Sauer-Zavala, S. (2020). A Systematic Review of Unified Protocol Applications with Adult Populations: Facilitating Widespread Dissemination via Adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, Artículo 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Castro-Camacho, L., Díaz, M. M. y Barbosa, S. (2022). Effect of a Group Prevention Program Based on the Unified Protocol for College Students in Colombia: A Quasi-experimental Study. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 32(2), 111–123. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2021.04.001>
- Cerquera Córdoba, M. y Galvis Aparicio, M. J. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales [Effects of Caring for People with Alzheimer's Disease: A Study on Formal and Informal Caregivers]. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149–167. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI12-1.ecpa>
- Cerquera Córdoba, M., Granados Latorre, F. J. y Buitrago Mariño, A. M. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer [Overload in Caregivers for Patients with Alzheimer Dementia]. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 6(1), 35–45.
- Cerquera Córdoba, M., Matajira Camacho, Y. y Pabón Poches, D. K. (2016). Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga [Characterizing a Sample of Caregivers of Severe Neurocognitive Disorder Patients in Bucaramanga-Colombia]. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 1(47), 4–19.
- Cerquera Córdoba, M. y Pabón Poches, D. K. (2016). Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer [Resilience and Associated Variables in Informal Caregivers of Alzheimer Patients]. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 33–46. <https://doi.org/doi:10.15446/rcp.v25n1.44558>
- Cheng, S.-T., Li, K.-K., Losada, A., Zhang, F., Au, A., Thompson, L. W. y Gallagher-Thompson, D. (2020). The Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for Informal Dementia Caregivers: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Psychology and Aging*, 35(1), 55–77. <https://doi.org/10.1037/pag0000401>
- Chien, L., Chu, H., Guo, J., Liao, Y., Chang, L., Chen, C. y Chou, K. (2011). Caregiver Support Groups in Patients with Dementia: A Meta-Analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1089–1098. <https://doi.org/10.1002/gps.2660>
- Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge.
- Connell, C. M., Janevic, M. R. y Gallant, M. P. (2001). The Costs of Caring: impact of Dementia on Family caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14(4), 179–187. <https://doi.org/10.1002/gps.2660>
- Crespo, M. y Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit [Assessment of Caregiver's Burden: A Review Beyond Zarit's Scale]. *Clinica y Salud*, 26(1), 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>

- Farina, N., Page, T. E., Daley, S., Brown, A., Bowling, A., Basset, T., Livingston, G., Knapp, M., Murray, J. y Banerjee, S. (2017). Factors Associated with the Quality of Life of Family Carers of People with Dementia: A systematic review. *Alzheimer's & Dementia*, 13(5), 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.12.010>
- Ferreres-Galán, V., Quilez-Orden, A. B. y Osmá, J. (2022). Aplicación del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en pacientes post-cirugía bariátrica: un estudio piloto [Application of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Post-bariatric Surgery Patients: An Effectiveness and Feasibility Study in Group Format]. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 38(2), 219–231. <https://doi.org/10.6018/analesps.482301>
- Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., Sullivan, M. P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., Woodbridge, R. y Crutch, S. (2016). A Meta-review of Stress, Coping, and Interventions in Dementia and Dementia Caregiving. *BMC Geriatrics*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0280-8>
- Grill, S. S., Castañeiras, C. y Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina [Group Application of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Argentine Population]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 171–181. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122>
- Hou, R. J., Wong, S. Y.-S., Yip, B. H.-K., Hung, A. T. F., Lo, H. H.-M., Chan, P. H. S., Lo, C. S. L., Kwok, T. C.-Y., Tang, W. K. y Mak, W. W. S. (2014). The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction Program on the Mental Health of Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 45–53. <https://doi.org/10.1159/000353278>
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A. y Livingston, G. (2012). Coping Strategies and Psychological Morbidity in Family Carers of People with Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 139(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.055>
- Linares Cánovas, L. P., Vázquez González, L. A., González Medina, K. N., Escalona, O. y Linares Cánovas, L. B. (2019). Intervención educativa para cuidadores informales sobre atención de adultos mayores frágiles [Educational intervention for informal caregivers on frail elderly care]. *Universidad Médica Pinareña*, 15(3), 367–377.
- Lindeza, P., Rodrigues, M., Costa, J., Guerreiro, M. y Rosa, M. M. (2020). Impact of Dementia on Informal Care: A Systematic Review of Family Caregivers' Perceptions. *BMJ Support Palliat Care*, 14. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002242>
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso [Attending to Dementia Caregivers Diverse Needs: Contributions from Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy]. *Clínica y Salud*, 26(1), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.02.001>
- Madruza, M. (2016). Sintomatología psicológica en cuidadores informales en población rural y urbana [Psychological Symptomatology in Informal Caregiver of Rural and Urban Population]. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 257–265. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.557>

- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Cabrera, I., Olmos, R., Pérez-Miguel, A. y Losada, A. (2020). Tailored versus Manualized Interventions for Dementia Caregivers: The Functional Analysis-Guided Modular Intervention. *Psychology and Aging*, 35(1), 41–54. <https://doi.org/10.1037/pag0000412>
- Martín-Carrasco, M., Ballesteros-Rodríguez, J., Domínguez-Panchón, A. I., Muñoz-Hermoso, P. y González-Fraile, E. (2014). Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia [Interventions for caregivers of patients with dementia]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(6), 300–314.
- Martínez Cortés, L., Gonzalez Moreno, J., & Cantero García, M. (2021). Síndrome de sobrecarga en cuidadores de Alzheimer. Revisión sistemática. *Apuntes de Psicología*, 39(2), 75–85.
- Martin, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P. y Taussig, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 6, 338–346.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(5), 301–305. <https://doi.org/10.1097/00005053-200005000-00008>
- Muela Martínez, J. A., Torres Colmenero, C. J. y Peláez Peláez, E. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer [A New Instrument of Evaluation of Stressful Situations in Caregivers of Alzheimer Patients]. *Anales de Psicología*, 18(2), 319–331.
- Navarro Martínez, M., Jiménez Navascues, L., García Manzanares, M. C., de Perosanz Calleja, M., Tobar y Blanco, E. (2018). Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería [Alzheimer's Patients and their Caregivers: Nursing Interventions]. *Gerokomos: Revista de La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 29(2), 79–82.
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó. y Suso-Ribera, C. (2021). Validity Evidence of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory among Non-Clinical Spanish University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), Artículo 8251. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168251>
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S. B., Bentley, K. H. y Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders*, 252, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063>
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. y Skaff, M. 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. y Sörensen, S. (2006). Helping Caregivers of Persons with Dementia: Which Interventions Work and how Large are their Effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577–595. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003462>
- Platt, S. y Hirsch, S. (1981). The effects of brief hospitalization upon the psychiatric patient's household. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64(3), 199–216. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00776.x>
- Rodríguez-Mora, Á., Mateo Guirola, T. y Mestre, J. M. (2022). Overload and Emotional Wellbeing in a Sample of Spanish Caregivers of Alzheimer's Patients during COVID-19 pandemic.

- Experimental Aging Research*, 29, 1–18. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2022.2115739>
- Ruiz-Robledillo, N. y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22–30.
- Sakiris, N. y Berle, D. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of the Unified Protocol as a Transdiagnostic Emotion Regulation based Intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, Artículo 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Sallim, A. Bin, Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A. y Ho, R. C.-M. (2015). Prevalence of Mental Health Disorders among Caregivers of Patients with Alzheimer Disease. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1034–1041. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.007>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. M. y Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado [Internet-delivered Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): Web Application and Study Protocol for a Randomized Controlled Trial]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 197–215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española) [BDI-II: Inventario de ansiedad de Beck]*. Pearson.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H. y Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic Treatment of Borderline Personality Disorder and Comorbid Disorders: A Clinical Replication Series. *Journal of Personality Disorders*, 30(1), 35–51. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_179](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_179)
- Sauer-Zavala, S., Tirpak, J. W., Eustis, E. H., Woods, B. K. y Russell, K. (2021). Unified Protocol for the Transdiagnostic Prevention of Emotional Disorders: Evaluation of a Brief, Online Course for College Freshmen. *Behavior Therapy*, 52(1), 64–76. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.010>
- Schüz, B., Czerniawski, A., Davie, N., Miller, L., Quinn, M. G., King, C., Carr, A., Elliott, K. J., Robinson, A. y Scott, J. L. (2015). Leisure Time Activities and Mental Health in Informal Dementia Caregivers. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(2), 230–248. <https://doi.org/10.1111/aphw.12046>
- Teahan, Á., Lafferty, A., McAuliffe, E., Phelan, A., O’Sullivan, L., O’Shea, D. y Fealy, G. (2018). Resilience in Family Caregiving for People with Dementia: A Systematic Review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(12), 1582–1595. <https://doi.org/10.1002/gps.4972>
- Thomas, P., Lalloué, F., Preux, P., Hazif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., Belmin, J. y Clément, J. (2006). Dementia Patients Caregivers’ Quality of Life: The PIXEL Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 50–56. <https://doi.org/10.1002/gps.1422>
- Tokovska, M., Nour, M. M., Sørensen, A. y Småland Goth, U. (2022). Informal caregivers and psychosocial support: Analysis of European Dementia Policy documents. *Journal of Public Health Research*, 11(1), Artículo 2416. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2416>
- Vandepitte, S., Van den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K. y Annemans, L. (2016). Effectiveness of Supporting Informal Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review of Randomized and Non-randomized Controlled Trials. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 52(3), 929–965. <https://doi.org/10.3233/JAD-151011>

- Villarejo Galende, A., Ortiz, M. E., Llamas Velasco, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C. y Prieto Jurczynska, C. (2021). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Report by the Spanish Foundation of the Brain on the social impact of Alzheimer disease and other types of dementia]. *Neurología*, 36(1), 39–49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>
- Wang, C.-S., Zhao, M.-Z. y Zeng, T.-Y. (2017). Progress in applying patient experience in nursing quality improvement. *Chinese Nursing Research*, 4(1), 1–4. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.03.001>
- Yıldızhan, E., Ören, N., Erdoğan, A. y Bal, F. (2019). The Burden of Care and Burnout in Individuals Caring for Patients with Alzheimer’s Disease. *Community Mental Health Journal*, 55(2), 304–310. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0276-2>
- Zarit, S. H., Reeve, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

