



ISSN 1692-0945

Revista electrónica de Psicología Social  
FUNLAM

## REPERCUSIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL NÚCLEO FAMILIAR

ÁNGEL MORENO TOLEDO<sup>1</sup>

### RESUMEN

El impacto en el hogar del cuidado de un enfermo de Alzheimer configura una nueva formulación de hábitos, rutinas, roles y funciones dentro de la dinámica familiar. La conducta disfuncional del enfermo y todos los cuidados rutinarios que precisa unidos a las gestiones médicas, financieras y jurídicas ocasionan en el cuidador manifestaciones graves de agotamiento, estrés y depresión. El cuidador sufre una sobrecarga en el ejercicio de las numerosas funciones que debe realizar para el enfermo. En múltiples ocasiones esta incapacidad percibida del cuidador desencadena la institucionalización, el maltrato y el descuido hacia el enfermo de Alzheimer. Los destinatarios de esta situación deben considerar el apoyo de redes sociales, el consejo profesional y la correcta planificación de actividades como soluciones al problema.

**Palabras clave :** *Cuidador , Familia , Enfermo de Alzheimer.*

### ABSTRACT

The impact on home care for a sick Alzheimer set a new formulation of habits, routines, roles and responsibilities within the family dynamics. The dysfunctional behavior of the sick and all routine care coupled with the efforts needed medical, financial and legal resulting in serious manifestations of caregiver burnout, stress and depression. The caregiver suffers from an overload in the exercise of the many functions to be performed for the sick. On several occasions this perceived inability of the caregiver triggers institutionalization, abuse and neglect toward Alzheimer's patients. The recipients of this situation should consider the support of social networks, professional advice and proper planning of activities as solutions to the problem.

**Keywords :** Caregiver, Family, Sick of Alzheimer's

---

<sup>1</sup> Psicólogo de la Residencia de ancianos de Archidona (Málaga) España. Correspondencia: C/ Fresca s/n Archidona – Málaga- España C.P.29300Tel/Fax. 952716698 Email : psicologo\_angel06@hotmail.com

*¿Por qué se ha de temer a los cambios?  
Toda la vida es un cambio.  
¿Por qué hemos de temerle?  
(George Herbert)*

## INTRODUCCIÓN

La realidad de la Enfermedad de Alzheimer (EA) dentro del núcleo familiar comporta una serie de cambios drásticos en su dinámica y en cada una de las funciones y roles desempeñados desde entonces. El curso progresivo de la enfermedad irá agravando paulatinamente las manifestaciones conductuales y emocionales, psicológicas del afectado, consumiendo muchos más recursos de atención, cuidado y dedicación de los integrantes de la familia y en especial del cuidador principal. Éste es presa de una devastadora sintomatología adversa, cursada bajo síntomas físicos, psicológicos, conductuales y sociales que precipitarán la sobrecarga y a consecuencia de esto una peor atención hacia el enfermo y una desvirtuación de sus relaciones sociales y de desarrollo en el entorno tanto familiar como social y conyugal.

El deterioro del cuidador provoca un cambio trascendente en la estructura familiar, el agotamiento de la persona se manifiesta en fatiga, problemas del sueño, cefaleas y una gama extensa de problemas orgánicos. Emocionalmente se visualiza a una persona irritable, ansiosa, depresiva, desgastada, agresiva, de actitud defensiva y cínica y recluida socialmente, aislada del exterior, esquiva de las relaciones sociales y difusa en el plano interpersonal. Esta situación incurre en abuso de sustancias (tabaco / alcohol / fármacos) y en una alimentación inadecuada. La intensidad creciente de las demandas del enfermo necesita de una alta dedicación familiar, es muy importante el apoyo social, la información y el asesoramiento profesional y social (asociaciones, grupos de apoyo mutuo, contacto con otras familias similares) como factor relevante en el desarrollo de un conocimiento de adquisición de habilidades y estrategias, de planificación, de diálogo común y la implicación en redes externas de apoyo y participación familiar.

La sobrecarga puede ocasionar estados denigrantes de maltrato hacia el enfermo, tanto maltrato físico y psicológico hasta el más frecuente el abandono y el descuido seguido de la apropiación ilegal de la propiedad o maltrato económico.

La exclusión y segregación del núcleo acontece facilitada por un cambio en el contexto familiar debe ser reconducido a una fusión, una unión de todas las partes para iniciar una nueva situación intrafamiliar que proporcione un vínculo interactivo (afectivo, comunicativo y emocional) acorde a las necesidades del enfermo y a la creciente dinámica familiar que supla todos los problemas condicionados al Alzheimer y pronostique una relación satisfactoria de cuidado y demandas del enfermo.

Frecuentemente, el punto de vista narcisista e irremplazable del cuidador principal limita todas aquellas ayudas desinteresadas provenientes del exterior. Todo ello se traduce en la renuncia activa a la petición de ayuda en casos necesarios y desata uno de los factores más importantes de la sobrecarga.

## **EL ALZHEIMER EN EL NÚCLEO FAMILIAR**

Cuando un miembro del núcleo familiar es diagnosticado de la enfermedad de Alzheimer, la modificación de sus roles sucede a un torrente emocional entre sus miembros, el miedo, la tristeza, la impotencia, la ira y la confusión quedan de manifiesto en su atmósfera. Desde el comienzo esta situación deriva de una adecuada atención al enfermo para lograr un nivel óptimo de cuidado y dedicación, la responsabilidad debe ser organizada cada uno de los miembros del núcleo. En este sentido, Wolf, Freedman y Soldo (1997) afirman contradictoriamente que no se da una colaboración adecuada entre los afectados, sino que en muchas ocasiones es el cuidador principal el que asume todo el cuidado y compromiso y que ésta recae habitualmente sobre la mujer.

Simbólicamente, el cuidador principal se personifica en la mujer (que supera en 4 a 1 a la proporción de casos en roles asumidos a los hombres), seguidas por las hijas y en un porcentaje minoritario, el cónyuge (Crespo y

cols 2003). Siguiendo a Stone, Cafferata y Sang (1987) la edad promedio del cuidador del enfermo de Alzheimer es de 50 años.

Una adecuada planificación de tareas, una necesaria coordinación de todos los miembros de la familia y la ayuda exterior es de vital importancia para aliviar la carga del cuidador y proporcionar de este modo una mayor atención al enfermo. Generalmente, el conflicto familiar sucede motivado por los desacuerdos en la distribución de responsabilidades, en los recursos económicos existentes para llevar a cabo la atención necesaria, la falta de tiempo y la necesidad de realización de sus ocupaciones en cada uno de los integrantes. De este modo el conflicto surge entre la satisfacción de las necesidades del enfermo y las familiares, el descuido del plano social y la necesidad de actividad laboral en cada uno de sus miembros. Estas desavenencias precipitan el nombramiento de un cuidador principal, funcional, constante y desamparado que dedica todo su tiempo al cuidado del enfermo.

El cuidador debe hacer frente a esta situación y a su vez asumir el rol familiar que siempre llevó a cabo antes de la enfermedad de su ser querido. Dentro del esquema familiar uno de los integrantes que sufre la incompreensión, vulnerabilidad y la frustración ante el Alzheimer, son los niños. El niño debe conocer la realidad con una explicación sencilla y honesta, que libre su preocupación y culpabilidad ante el enfermo.

El asesoramiento y la información y la ayuda externa e incluso cooperativa dentro del seno familiar, minimizaría los efectos de estrés del cuidador. Así como sostiene Taraborelli (1994) la experiencia previa en el cuidado de otro familiar influye de manera notable en el cuidado actual. La instrucción en estrategias de afrontamiento del estrés y de la utilización de la red social se refleja positivamente en la salud del cuidador.

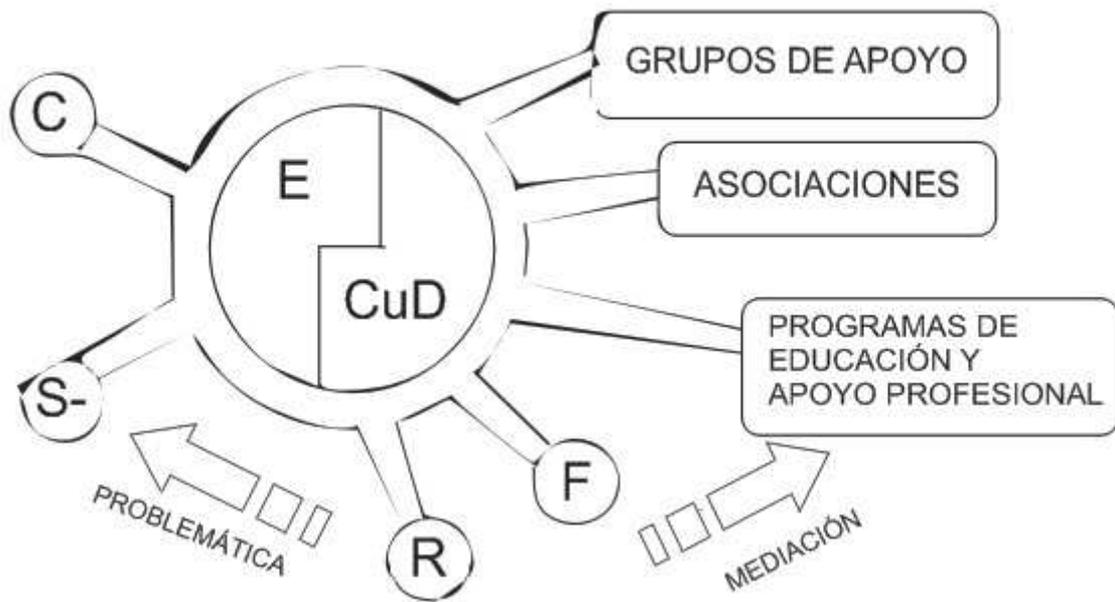


Fig. 1. Núcleo familiar en la Enfermedad de Alzheimer. Siglas: C Conducta , S- Sintomatología negativa, R Roles, F Funciones, E Enfermo EA, CuD Cuidador. La conducta problemática y la sintomatología negativa del enfermo de EA provoca en la unidad familiar y en el cuidador una modificación de roles y funciones en la dinámica cotidiana. Toda esta sobrecarga deriva de problemas en el núcleo familiar. Como factores mediadores se exponen dirigir a los implicados en grupos de apoyo, asociaciones y programas de educación junto al apoyo profesional como producción de estrategias intermedias de afrontamiento de problemática social.

La investigación concluye que cuando los miembros de la familia y los cuidadores son educados acerca de la enfermedad y provistos de estrategias útiles de intervención, estos participan en el cuidado del enfermo de un modo eficiente y beneficioso, que repercute positivamente en la calidad de vida del afectado.

Mantener una estrecha red de apoyo informal, puede ser clave para conseguir un apoyo emocional, una garantía en la ayuda desinteresada y un amparo en la ejecución de la gestión diaria del cuidado que necesita el enfermo. Las visitas, el influjo de las frecuentes interacciones y la toma de contacto habitual con amigos, conocidos, vecinos, profesionales convocados en torno al enfermo, proporcionarían desahogo al cuidador y un sustento emocional y cálido al enfermo. Debido a que muchos de los cuidadores y sus

familias se sienten aislados y con altos niveles de estrés, la atención y el apoyo externo cobran gran importancia.

De este modo, junto a los miembros del núcleo familiar destacan los proveedores de cuidado informal, los miembros de la comunidad (Schumacher, Beck y Marren ,2006). Se pueden clasificar en una jerarquía de posibilidades de asistencia como un escalafón necesario, tal y como hacen los cuidadores primarios, que tienden a proporcionar la mayoría de la atención cotidiana, los cuidadores secundarios o informales ayudan a socorrer o a coadyuvar la ejecución de éste. (Cantor y Little (1985), Tennstedt, McKinlay y Sullivan (1989), Sullivan (2002) y Penning (1990)).

Relevante es así mismo, la influencia del contexto del cuidador, el clima familiar, la relación entre sus miembros y la resultante con el beneficiario de la atención, la responsabilidad, programación, duración y calidad de los cuidados (Croog y otros , 2006). La situación en el empleo, la dedicación, la voluntariedad, así como la existencia de la participación dentro del núcleo familiar y el apoyo social (Sorensen , Pinguart y Duberstein ; 2002 y 2006) .

La seguridad en el hogar, las adecuadas instalaciones y medidas de cuidado y adaptación del medio físico al enfermo (Vitaliano , Zhang y Sacnlan; 2003). Otros autores ponen de manifiesto la consideración de los recursos financieros en el cuidado y la lista de necesidades (Sorensen Pinguart y Duberstein ; 2002).

La competencia del cuidador es de suma importancia para la mejor atención del enfermo de EA, en este sentido se pronuncian Archbold, Stewart, Greenlick y rabat (1990) el cuidador debe tener los conocimientos y habilidades necesarios para la atención adecuada del enfermo, siendo substancial la calidad de la relación perpetuada entre ambos.

## **CUIDADORES. SOBRECARGA Y PLAN DE ACTUACIÓN**

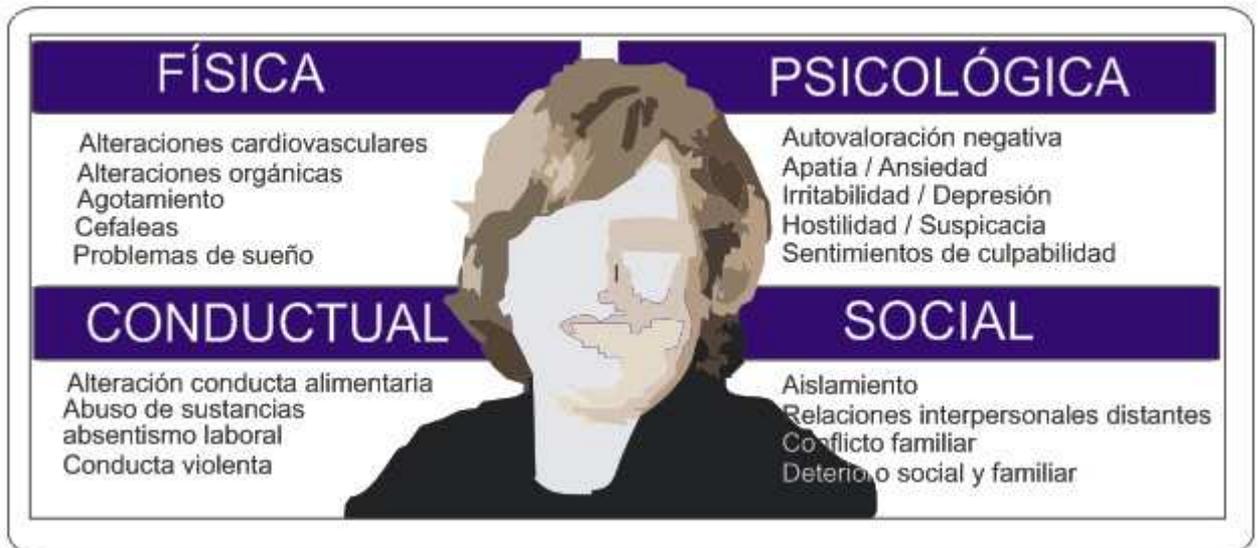
El cuidador se encuentra inmerso en un contexto y en una realidad familiar, social y económica incluso individual ya que la naturaleza de su personalidad y la habilidad que manifiesta, influyen significativamente en la

calidad del cuidado. El cuidador debe evaluar su situación y fijarse unas expectativas acordes a las circunstancias considerando todos los factores que determinan la ayuda.

El acceso a la información y a los servicios profesionales o de ayuda, reportan grandes soluciones, así una menor educación y preparación en el cuidador ocasiona mayor incidencia de problemas depresivos (Gitlin y otros, 2003 ; Buckwalker y otros, 1999) incluso evidencias constatan que aquellos cuidadores que mantienen una mala o inadecuada relación con los médicos o esta es insuficiente , informan de una mayor tensión (Archbold y otros , 1990 ; Flannery , 2002 ; Croog y otros , 2006).

El apoyo emocional en la pareja o conyuge, proporciona una relación afectiva satisfactoria condición que confronta con éxito el estrés en el cuidador y procesa una óptima ejecución en el cuidado del enfermo (Cabello, 1993).

Numerosos son los factores que amenazan la salud del cuidador en su labor de asistencia al enfermo de Alzheimer, de este modo esta situación se asocia a una mayor probabilidad de padecer problemas psicológicos tales como depresión y estrés o incluso un mayor riesgo de muerte (Pinquart y Sorensen , 2003 ; Schulz y Beach , 1999 ; Vitaliano , Zhang y Scanlan , 2003). La intensidad de la sintomatología va asociada tanto a las características del paciente como a la personalidad, estado de salud e instrucción del cuidador. Las características demográficas y la situación socioeconómica se unen a estos factores influyentes. Frecuentemente estos estresores y factores mediadores se conjugan de manera favorable o desfavorable en la conceptualización de la realidad experiencial del propio cuidador. Éste pasará a invertir mayor tiempo y recursos en el familiar afectado lo que a condición generará múltiples privaciones (sociales, laborales, ocio) sentimientos de culpa y conflictos entre expectativas y convivencia familiar. Además en el cuidado de los enfermos de EA, los comportamientos problemáticos y el deterioro progresivo de funciones constituyen la fuente de estrés procedente del enfermo (Majerovitz , 1995).



*Figura 2. Perfil de manifestaciones adversas en el cuidador del enfermo de Alzheimer.*

La sintomatología común entre los cuidadores durante el curso del cuidado del enfermo inciden fundamentalmente en torno a los niveles de afectación físico, psicológico, conductual y social. La baja autoestima y la depresión acompañan a la sintomatología ansiosa y los sentimientos de culpa. Habitualmente la fatiga, la falta de sueño, los problemas orgánicos, la irritabilidad y desesperación castigan la estabilidad emocional y física del cuidador.

Se produce un alejamiento manifiesto de su entorno social y externo (amigos, conocidos, tiempo libre, aficiones, hobbies) y a consecuencia se produce a veces una negación de la necesidad de ayuda (Levesque, Cossette, Potvin y Benigeri, 2000). Se describen así mismo alteraciones físicas como disminución del sistema inmunitario, alteraciones metabólicas y del sistema cardiovascular (Martinez, 2000) y un aumento de la producción de cortisol durante los episodios de cuidados (Davis, Weaver y Zamrini, 2004).

En el plano conductual, el cuidador altera sus hábitos alimenticios, frecuente el abuso de sustancias, mantiene una conducta hostil y defensiva, reservada y tiene lugar el absentismo laboral a consecuencia del cuidado. En ocasiones, la naturaleza disruptiva y problemática de los enfermos es atribuida a actos conducentes y conscientes (el enfermo grita, no coopera, ofrece

resistencia a la alimentación y el lavado, insulta o se muestra agresivo) interpretándose erróneamente de este modo. (Bass , Noelker y Rechlin , 1996).

Esta situación origina una gran indefensión en el cuidador, en algunos casos estas conductas precipitan accesos de diligencia negligente o abusiva (maltrato psicológico y/o físico) o abuso en aspectos financieros.

La evolución de la enfermedad en el enfermo de Alzheimer , las características perturbadoras de su conducta (alucinaciones , agresividad, delirios, la deambulación, labilidad emocional - depresión, reacciones catastróficas, enfado y ansiedad - insultos y quejas, agitación, indiferencia, actos repetitivos) problemática en el ámbito funcional en actividades de la vida diaria (limitaciones en los hábitos alimenticios y de vestimenta, inadecuada comunicación trastornos frecuentes del sueño, intranquilidad y nerviosismo. Otro conjunto de síntomas disfuncionales a nivel médico también causan desasosiego en el cuidador, quejas acerca del dolor, caídas y heridas, la deshidratación , la diarrea y el estreñimiento , la incontinencia y las dificultades relativas al inmovilismo y la probabilidad de padecimiento de úlceras por presión.

Todos estos acontecimientos y agregado de síntomas adversos y molestos para la actividad del cuidador incrementan el estrés en el curso progresivo del deterioro del familiar afectado (Struening y otros, 1995 ; Schultz y Williamson , 1991 ; Song y otros, 1997).

Afortunadamente, la intervención es posible en el afrontamiento del estrés y apoyo al cuidador mediante varias opciones de gerencia. Son comunes los conflictos familiares y la aparición de desavenencias por la toma de decisiones y la ejecución de las tareas que habría que realizar para consumir el adecuado cuidado del enfermo. Es importante la comunicación entre los miembros de la familia, mantener reuniones periódicas para tratar estos temas, organizar secuencialmente el trabajo y programar cada una de las actividades, no criticar ni abrumar a los miembros ni despreciar cualquier ayuda externa.

<ul style="list-style-type: none"><li>* Grupos de apoyo</li><li>* Asociaciones</li><li>* Programas de educación</li><li>* Apoyo profesional</li><li>* Internet</li><li>* Línea telefónica atención al cuidador</li><li>* Encuentros presenciales</li><li>* Talleres</li></ul>
---

*Tabla 1. Redes sociales de apoyo al cuidador.*

La información, la participación en programas de educación y grupos de apoyo es considerado un aspecto sustancial para combatir la sobrecarga, dotando a los participantes de una serie de habilidades necesarias para el afrontamiento y el éxito en las tareas de cuidado.

Tanto para el cuidador principal como a su entorno familiar, promover el desarrollo de hábitos saludables, la actividad física y social, aumenta considerablemente la calidad de vida y el bienestar (Perez, Delgado, 2001). El ocio se considera un factor positivo para combatir el estrés junto a la percepción de control y el apoyo social (Coleman , Iso-Ahola , 1993). Fazio y Bartelt (1999) enfatizan entre otras medidas, el cuidado de relevo, como un compañero en el hogar o la opción de un centro de día.

La unión a grupos de apoyo, asociaciones, conserjería, apoyo telefónico y el intercambio entre familias afectadas, la mejora del apoyo social externo, la ayuda informal reportada por amigos de la familia, vecinos y profesionales ayudará a los miembros a mejorar su estabilidad emocional y la calidad de vida de los implicados. El papel del asesoramiento familiar aporta una mejora significativa al estado de salud mental de los cuidadores, hallando respuesta a sus dudas, planteándoles nuevas técnicas y estrategias y acercándoles a otros recursos sociales disponibles.

El abordaje de la enfermedad y las situaciones similares entre las familias de afectados permite a estos compartir vivencias, expresar

sentimientos positivos y negativos, identificar necesidades y exponer opiniones para los distintos temas o circunstancias que hayan experimentado a lo largo de su labor cuidadora. (Programa NYU Spouse- Caregiving, 1987).

Con el auge de internet y las nuevas tecnologías, ofrece la posibilidad de asesoramiento de expertos, el acceso a textos, bibliografía y portales monográficos así como a páginas web que vinculan a asociaciones y conectan a miembros de cualquier punto de la geografía mediante foros de discusión. La oferta informativa, permite además reuniones o encuentros presenciales a lo largo de todo el año así como cursos, talleres, programas de educación e instrucción del cuidador de la enfermedad de Alzheimer.

Es necesario optimizar los recursos del hogar y adecuar la vivienda a las necesidades del enfermo con ayudas técnicas y equipamiento mediante adaptaciones a las instalaciones. Planificar el entorno y realizar una lista de verificación de necesidades donde enumerar cada uno de los recursos para cubrir las necesidades del enfermo. Escrutar el tipo de ayuda que se le ofrece (familia, amistades, vecinos, servicios comunitarios, profesionales y atención ambulatoria).

La pérdida de motivación en la familia, reporta angustia ante la observación diaria de la pérdida de capacidades en la persona con demencia (Galluzzi, 1999), de este modo es necesaria la enseñanza de estilos de vida saludables para los proveedores de cuidado en el ambiente familiar y otras medidas secundarias como el asesoramiento para el estilo de vida de gestión, la conserjería dietética y el ejercicio (Castro, Wilcox y O´ Sullivan, 2002).

## CONCLUSIONES

La unidad familiar se reajusta y constituye en una nueva dinámica para autoproyectarse y conjuntar objetivos vías en la ejecución del cuidado del enfermo de Alzheimer. Todos estos cambios originan un creciente estado de estrés, una gran responsabilidad, conflictos familiares, el coste del cuidado y gran desmotivación y preocupación por lograr una adecuada calidad de vida del enfermo y un equilibrio en la dinámica social y familiar.

El cuidador habitualmente declina la posibilidad de ayuda y se embarca en un viaje de soledad y frustración que se afianza paulatinamente con la gravedad progresiva del estado del enfermo. La ayuda externa se perfila como uno de los factores mas importantes para contrarrestar la sobrecarga. La educación en nuevas técnicas y el asesoramiento de información sobre la enfermedad y los modos de actuación para combatir el estrés dotan al cuidador y al resto de los integrantes de la red familiar, de un acercamiento a la enfermedad.

La ayuda dentro del sistema familiar es especialmente relevante porque el cuidador debe liberar su carga y utilizar los recursos que se le ofrecen para emprender la dura y sostenida dedicación del cuidado.

## BIBLIOGRAFIA

Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. A. (1990). **Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain.** *Research in Nursing & Health*, 13(6), 375-384. Evidence Level II: Individual Experimental Study.

Bass, D.M., L.S. Noelder and L.R. Rechlin. 1996. "**The moderating influence of service use on negative caregiving consequences.**" *Journals of Gerontology: Social Sciences*. 51B (3): S121-S131.

Buckwalter, K. C., Gerdner, L., Kohout, F., Hall, G. R., Kelly, A., Richards, B., et al. (1999). **A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia.** *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(2), 80-88. Evidence Level II: Individual Experimental Study.

Cantor, M. H., & Little, V. (1985). **Aging and social care.** In R. H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (2nd ed., pp. 745-781). New York: Van Nostrand Reinhold. Evidence Level V: Narrative Literature Review.

Castro, C.M.; Wilcox, S.; O'Sullivan, P.; et al. **An exercise program for women who are caring for relatives with dementia.** *Psychosomatic Medicine*. May-June 2002; vol. 64(3); pp. 458-468.

Coleman, D. & Iso-Ahola, S. E. (1993). Leisure and Health: The role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, 25, 111-128.

Crespo, M., López, J., Gómez, M.M. y Cuenca, T. (2003). **¿El cuidador descuidado?.** *Jano*, LXV; 1485: 54-5.

Croog, S. H., Burleson, J. A., Sudilovsky, A., & Baume, R. M. (2006). **Spouse caregivers of Alzheimer's patients: Problem responses to caregiver burden.** *Aging & Mental Health*, 10(2), 87-100. Evidence Level IV: Nonexperimental Study.

Davis, L.L.; Weaver, M.; Zamrini, E.; et al. **Biopsychological markers of distress in informal caregivers.** *Biological Research for Nursing*. October 2004; vol. 6(2), pp. 90-99.

Fazio, S.; Bartelt, T. Caretaker burnout: **supporting families of patients with Alzheimer's disease.** *American Family Physician*. November 1, 1999; vol. 60(7), pp. 2165-2166.

Flannery RB. jr., **Addressing psychological trauma in dementia sufferers,** Am. J. Alzheimer's Dis. Other Demen., 2002

Galluzzi, K.E. **Caring for the caregivers.** *Journal of the American Osteopathic Association*. September 1999; vol. 99(9 Supplement), pp. S17-S20.

Gitlin, L. N., Belle, S. H., Burgio, L. D., Czaja, S. J., Mahoney, D., Gallagher-Thompson, D., et al. (2003). **Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression:** The REACH multisite initiative at 6-month follow-up. *Psychology & Aging*, 18(3), 361-374. Evidence Level I: Systematic Review.

Levesque , L. , Cossette, S. , Potvin L. And Benigeri (2000). **Community services and caregivers of a demented relative: Users and those perciving a barrier to their use.** Canadian Journal of Aging. 19(2), 186-209.

Majerovitz, S.D. (1995). **Role of family adaptability in the psychological adjustment of spouse caregivers to pa tients with dementia.** *Psychology-and-Aging*; Vol 10(3) 447-457

López Martínez J. **Efectos positivos de un estresor crónico. El cuidador de un enfermo con demencia.** Universidad de Madrid. Facultad de psicología. España. III Congreso Virtual Interpsiquis 2000.

Penning, M. J. (1990). **Receipt of assistance by elderly people: Hierarchical selection and task specificity.** *Gerontologist*, 30, 220-227. Evidence Level IV: Nonexperimental Study.

Pérez, M. A., y Delgado, M. A. (2001). **Influencia de un programa piloto de actividad/educación física aplicado a una muestra de personas mayores válidas.**

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). **Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis.** *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61B(1), P33-P45. Evidence Level I: Systematic Review.

Schultz R. , Beach S.K. (1999) . **Caregiving as risk factor for mortality : the caregiver health effects study.** *Journal of American Medical Association* ; 282(23):2215-2219.

Schumacher, K. L., Beck, C. A., & Marren, J. M. (2006). *American Journal of Nursing*, 106(8), 40-49. Evidence Level VI: Expert Opinion.

Song L, Biegel DE, Milligan SE. **Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness.** *Community Ment Health J*. 1997;33:269-286. [PubMed].

Sorensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). **How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis.** *Gerontologist*, 42(3), 356-372. Evidence Level I: Systematic Review

Stone, R., Cafferata, G.L. y Sang, J. (1987). **Caregivers of the elderly, a national profile.** *The Gerontologist*, 27 (5): 616-26.

Struening, E.L., Stueve, A., Vine, P., Kreisman, D.E., Link, B.G. y Herman, D.B. (1995). **Factors associated with grief and depressive symptoms in caregivers of people with serious mental illness.** *Research in Community and Mental Health*, 8, 91-124

Sullivan, M. T. (Feb 2002). **Caregiver strain index (CSI). Try this: Best practices in nursing care to older adults: Issue #14.** Retrieved February, 8, 2007, from The John A. Hartford Institute for Geriatric Nursing, College of Nursing, New York University .

Taraborelli, P. (1994). **Innocents ,converts and holdhands: The experiences of Alzheimer´s Disease caregivers .** En : Boolr M, Taraborelli . (eds) *Qualitatives studies in health medicine . Aldershot : Avebury.*

Tennstedt, S. L., McKinlay, J. B., & Sullivan, L. M. (1989). **Informal care for frail elders: The role of secondary caregivers.** *Gerontologist*, 29(5), 677-683. Evidence Level IV: Nonexperimental Study.

**The Sandwich Generation: Challenges and Coping Strategies of Multigenerational Families** Riley and Bowen *The Family Journal*. 2005; 13: 52-58

Vitaliano, P.P.; Zhang, J.; Scanlan, J.M. **Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis.** *Psychological Bulletin*. November 2003; vol. 129(6), pp. 946-972.

Williamson, G. y Schulz R. (1993). **Coping with specific stressors in Alzheimer's disease caregiving.** *The Gerontologist*, 33 (6): 747-55.

Wolf , D. Freedman V., Soldo B. (1997). **The division of family labor : care of elderly parents.** *The Journal of Gerontology*; 52B; 102 - 109.