

nóstico de artritis reumatoide monoarticular al descartar otros procesos patológicos. Dado que el paciente no tiene antecedentes de hiperuricemia ni la presenta actualmente, y que no hay cristales en el estudio del líquido sinovial, nos permite desestimar el diagnóstico de monoartritis microcristalina, ya que no creemos necesaria la centrifugación de la muestra debido a la poca probabilidad que hay de que esta artritis sea microcristalina.

Estamos de acuerdo en que ante una monoartritis aguda se debe hacer una artrocentesis lo más precoz posible, pero el hecho de que el paciente presente un estado general muy bueno y que permanezca afebril nos permite poner un poco en duda la etiología infecciosa que es la que puede llegar a comprometer la vida del individuo, por lo que la podemos posponer. Decir también que la sobrecarga asistencial a la que nos vemos sometidos los médicos de Atención Primaria, donde en una cita previa el tiempo de visita es de 6 minutos, no nos permite hacer milagros y procesos patológicos o intervenciones que requieren más tiempo, como por ejemplo la realización de una artrocentesis, los debemos posponer a cita programada donde ya tenemos 15 minutos de consulta.

V. LÓPEZ-MARINA Y G. PIZARRO ROMERO

Área Básica de Salud Badalona 6-Llefià (Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Barcelonés Nord-Maresme). Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pantoja Zarza L, Pinillos Aransay V, Ortiz de Saracho y Bobo J, Rodríguez Arroyo LA. Por qué no puede ser una artritis reumatoide. *Semergen* 2002;28.
2. López-Marina V, Pizarro Romero G. Artritis reumatoide monoarticular: a propósito de un caso. *Semergen* 2001;27:387-90.
3. Moreno Gallego I, Montaña Alonso A. Acerca del diagnóstico de la artritis reumatoide en atención primaria. *Semergen* 2001;27:547.
4. Gijón BJ, Martín ME. Biblioteca de reumatología. Artritis reumatoide. Madrid: Grupo Aula Médica, 1993.p.1-39.
5. Roig ED. Reumatología en la consulta diaria (2ª. ed). Barcelona: Espaxs S.A.;1997.p.129-38.
6. Lipsky EP. Artritis reumatoide. En: Harrison, editor. Principios de medicina interna (13ª. ed). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España;1994.p.1895-904.
7. Roig ED. Enfermedades difusas del tejido conjuntivo. Artritis reumatoide. En: Farreras-Rozman, editor. Medicina interna (12ª. ed). Barcelona: Ediciones Doyma S.A., 1992.p.983-93.
8. López-Marina V, Pizarro Romero G. Controversias sobre el diagnóstico de artritis reumatoide monoarticular en Atención Primaria. *Semergen* 2001;27:548.

Cuando el familiar de edad sufre una fractura. Experiencias desafiantes para el cuidado en Nuevo León (México).

Sr Director: Con el proceso de envejecimiento irreversible, primariamente iniciado en los países industrializados y después en los menos avanzados, la producción científica en el campo de la Gerontología Social se ha incremen-

tado conjuntamente con el interés por el sistema de cuidado de largo plazo y sus implicaciones.

El sistema informal de cuidado, el cual refiere a la atención que se da por parte de familiares y amistades, se encuentra cada vez más en una posición de proveedor mayor de servicios a las personas de edad avanzada que necesitan de cuidado a largo plazo, lo cual conlleva a una percepción legítima de que este sistema es una extensión de la Enfermería. Con la tendencia a la desinstitucionalización de los pacientes crónicos y responsabilización de los familiares, esta realidad se arraiga.

En las dos últimas décadas se lograron avances importantes en el conocimiento del cuidado familiar, que permitieron establecer una tipología de esta forma de cuidado en 5 categorías: cuidado anticipatorio, preventivo, supervisorio, instrumental y protectorio. También valoran la intensidad y duración de las actividades que se realizan, junto con las tensiones de tipo emocional, financiero, físico y familiar que acompañan los esfuerzos inherentes al cuidado¹⁻³.

En cuanto a las consecuencias del cuidado, aspecto atractivo de las investigaciones sociales, varios estudios de corte explicativo enfocan la propensión de los cuidadores a iniciar y mantener el rol de cuidador a través de la reciprocidad, afecto, obligación filial y cariño. Sugieren que la suma de involucramientos en el cuidado en conjunto, con ausencia de consecuencias negativas, se debe a los sentimientos de afecto, mientras el involucramiento en el cuidado tiene que ver con la reciprocidad⁴⁻⁶.

Cuando el soporte en los familiares se examina en términos de género, el impacto del cuidado a largo plazo en la salud y bienestar de las mujeres que cuidan a un familiar de edad avanzada dependiente, constituye un punto que llama la atención. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, se ha estimado que la mujer en promedio dedicará 18 años de su vida al cuidado de personas de edad. Aunado a lo anterior, la mujer se encuentra en una generación «sandwich» que la lleva a cuidar simultáneamente a sus niños y familiares mayores, ello como consecuencia de matrimonios y embarazos tardíos⁷.

En México como en muchos países donde se observa una mayor esperanza de vida en las mujeres y un mayor desempeño femenino en el cuidado familiar, se requiere conocer y reconocer las experiencias de las mujeres al respecto. En este estudio se intenta hacer una contribución, a través de los esfuerzos de investigación respecto de la atención familiar a las personas de edad en el estado de Nuevo León, donde se abordan las caídas y fracturas en edad avanzada, las relaciones familiares intergeneracionales y el estrés del cuidador.

Los objetivos que nos propusimos en este trabajo fueron resaltar las realidades del cuidado familiar en circunstancias de cambio repentino en un pariente de edad avanzada y documentar sus implicaciones a partir de un caso de fractura de cadera en una anciana de una zona rural del estado.

Este estudio de caso se basa en datos primarios generados en el marco de un trabajo de campo en un municipio

del sur del estado de Nuevo León, en el primer cuatrimestre del año 2001. El acopio de información se inició con la aplicación cara a cara de un cuestionario a domicilio enfocado a la osteoporosis y abarcando asuntos de riesgos de caída, estilo de vida, actitudes y percepciones respecto de esta condición crónica.

Del trabajo se encargaron dos encuestadoras de las brigadas de servicio social de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la supervisión de la investigadora principal, también autora de esta contribución.

Después se profundizó el caso con conversaciones informales, sin guía de entrevista, llevadas a cabo por la investigadora principal con la participación de dos cuidadores familiares y la persona de edad que padece la fractura. El acopio de toda la información se hizo en una sola visita. La grabación de entrevistas y sesiones de fotografía *in situ* formaron parte del proceso de recolección de información; ésta se hizo de conformidad con la ética de la investigación con seres humanos.

Se pudo considerar como una limitación el hecho de no haber podido entrevistar a todos los cuidadores. Sin embargo las personas entrevistadas actuaron como informantes claves, proporcionando datos sobre la cuidadora ausente.

En nuestro estudio obtuvimos los siguientes resultados:

CAMBIOS REPENTINOS EN LA VIDA DE DOÑA MARÍA

En diciembre de 2000 en un municipio del sur del estado de Nuevo León, ocurre un cambio inesperado en la rutina tranquila de Doña María, de 87 años de edad; vive sola en la casa que le construyó uno de sus hijos. Saliendo de su casa para ir a los servicios sanitarios, resbaló en una superficie mojada a causa de la lluvia y se golpeó la cadera.

Según el diagnóstico de un médico general no padece osteoporosis. Sin embargo, su caída le provocó una fractura de cadera. Tiene problemas del oído desde hace 10 años y sólo ve bien con el ojo derecho, razón por la cual el oculista la prescribió gotas.

VIVIR CON UNA FRACTURA: CAMBIOS Y DESAFÍOS

La fractura de Doña María originó una serie de cambios para los cuales se necesitan ajustes no sólo de ella, también de sus familiares.

Doña María

Primero tuvo la experiencia de un mes y medio de inmovilización, lo cual constituye un cambio drástico para una persona descrita como activa y autónoma. Después se puso a usar un andador para moverse lo que implicó una fase de aprendizaje y aceptación de integrar este dispositivo a su vida diaria.

Con la invalidez seguida de la rehabilitación, que implica un cuidado a largo plazo, tuvo que aceptar el rol de receptor de cuidado informal por parte de su familia, precisamente de sus hijas.

Sus cuidadores

Los cuidadores primarios de Doña María son sus tres hijas que desempeñan este papel en turnos de 5 días. Las tres están casadas y tienen su propia familia. De ellas, dos viven en el municipio y una en Matehuala, en el estado de San Luis Potosí, ubicado a 86 kilómetros de distancia.

Esta hija se traslada en el coche de su esposo que se queda con ella durante el turno completo. Ello implica que dejan a sus hijos solos, que como ellos mismos mencionaron, «ya son grandes», lo que sugiere que la ausencia de 5 días no constituye un problema en este nivel.

Las actividades de cuidado

La forma principal del cuidado es de tipo instrumental. Las actividades consisten en la ejecución de tareas domésticas y de higiene personal. Durante el tiempo de inmovilización «se le daba de comer en la boca». Además, la llevan de visita al médico generalista. Las actividades de cuidado que se consideran difíciles son «bañarla y darle de comer en la boca». Lo que más afecta el desempeño del papel de cuidador es «dejar su familia propia», y lo que más preocupa, en cuanto a la vida del familiar de edad avanzada es «todo: la vista, el oído, caminar.» Lo que se desea es «tener un baño cerca».

Como comentarios de este trabajo, queremos resaltar que el tener una madre que vive sola y sufre una fractura se añade a las preocupaciones de las hijas de Doña María que se dedican a su propio hogar y desempeñan el papel de cuidador como responsabilidad y obligación familiar. El cuidado por turno entre ellas pudiera ser un arreglo que atenúa la carga y por consiguiente alivia el esfuerzo emocional y financiero que ocasiona el cuidado a largo plazo de la madre.

No obstante, se presencian limitaciones a través de roles contrapuestos y exigencias inherentes a la responsabilidad del cuidado a largo plazo. Aunque los sentimientos y principios tales como el afecto y la reciprocidad determinan las decisiones, intensidad y resultados del cuidado familiar, todavía no hay evidencias que se relacionen a la prevención de cambios repentinos en la vida del familiar querido, como es el caso de caídas, causas directas de las fracturas.

Las caídas en las personas de edad avanzada que viven en la comunidad constituyen un fenómeno común⁸ fuertemente asociado a una agudeza visual deficiente, factor que influye en el riesgo de fractura de cadera⁹⁻¹¹. La presencia física del cuidador familiar tampoco garantiza la prevención de caídas. El día que Doña María se cayó estaba presente un familiar de ella.

Hay constancia por parte de autoridades en medicina¹² de que la visión deficiente es un problema común en las personas de edad avanzada y se atribuye a una variedad de causas, entre otras, a problemas que se relacionan con las gafas y condiciones médicas (por ejemplo, prescripción incorrecta, no poder comprarlas, en mal estado, cataratas, glaucoma, anomalías vasculares, retinopatía diabética, etc.). En el caso de Doña María el oculista prefirió la pres-

cripción de gotas en lugar de gafas, por el peligro que éstas le pueden representar al caerse.

En las estrategias para la reducción de las caídas en las personas de edad avanzada, se sugieren chequeos visuales regulares debido a que los intervalos entre los exámenes de los ojos son aspectos asociados a un incremento del riesgo de fracturas¹³.

Según el modelo de prevención de fractura (*Fracture prevention model*¹⁴) representado en forma de un triángulo (fig. 1), las intervenciones al respecto deberían tener como objetivos: reducir los riesgos de caída, fortalecer los huesos y reducir la fuerza del impacto de una caída sobre el hueso¹⁵ (British Medical Journal, 2001).

Las caídas en las personas de edad avanzada, dentro o fuera del domicilio, tienen el potencial de resultar en fracturas, lo que lleva implicaciones pesadas tanto a nivel personal como familiar, puesto que son los familiares los que se hacen cargo del cuidado durante la fases de recuperación y/o rehabilitación en presencia de una discapacidad.

En el caso que se ilustra en este trabajo se trata de una fractura de cadera tipo de ocurrencia rara (1%), según expertos¹⁶. Sin embargo, cuando ocurren son devastadoras en varios aspectos (coste económico y social, dolor, incomodidad) y en este sentido, la prevención es tan importante como las actividades de cuidado de tipo instrumental y/o supervisorio. Esto implica un mayor enfoque a los riesgos de caídas en el entorno físico.

Con el envejecimiento de la población sería pertinente reconsiderar, en México en general, y en el medio rural en particular, el rediseño tradicional de las viviendas que cuentan con el baño fuera. Tanto en el medio rural como en el urbano, una adaptación espacial que tome en cuenta las circunstancias de las personas de edad avanzada requiere del esfuerzo preventivo de los riesgos de caída en la vivienda.

Si enfatizar la caída y la fuerza del hueso son claves para reducir la incidencia de fracturas, modificar los estilos de vida sedentarios y mejorar el acceso, tanto de las personas de edad avanzada como sus familiares, a fuentes de calcio y vitamina D, representan una prioridad de salud, lo

cual abarca lo económico y disposición mental, aspectos críticos para mejorar y mantener la calidad de vida en situación de longevidad.

AGRADECIMIENTOS

Llevar a cabo labores de investigación requiere la contribución de numerosas personas e instituciones a las que agradezco su colaboración sin nombrar exhaustivamente.

Estoy muy agradecida a todos los participantes del estudio; al Programa de Apoyo a Investigación Científica y Tecnológica (PAICYT) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (U.A.N.L.) por apoyarme con financiamiento (Proyecto DS271-99); al Departamento de Servicio Social de la U.A.N.L. por el apoyo de las brigadas de servicio social de la U.A.N.L. en conjunto con el Sistema de Desarrollo Integral de la familia (DIF N.L.); al Dr. Disraeli Fernández Mojica quien se encargó de la revisión de mis trabajos, como también a evaluadores anónimos del manuscrito. Eternas gracias.

J. AZOH BARRY

Investigador independiente, N. L. México.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowers B. Intergenerational caregiving: Adult caregivers and their aging parents. *Advances in Nursing Science* 1987;9:20-31.
2. Tennstedt S, McKinlay J. Informal care for frail older persons. En: Ory M, Bond K, editores. *Aging and Health Care*. London: Routledge 1989.p.145-66.
3. Montgomery R, Gonyea J, Hooymann N. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations* 1985;34:19-26.
4. Cantor M. Strain among caregivers: A study of experience in the United States. *The Gerontologist* 1983;23:597-604.
5. Frankfather D, Smith M, Caro F. *Family care of the elder: Public initiatives and private obligations*. Lexington, MA: Lexington Books;1981.
6. Horowitz A, Shindelman L. Reciprocity and affection: Past influences on current caregiving. *Journal of Gerontological Social Work* 1983; 5: 5-21.
7. Clark JA, Weber KA. *Challenges and Choices: Family Relationships—Elderly Caregiving*. Human Environmental Sciences publication GH6657, University of Missouri-Columbia, 1997.
8. Tinetti M E, Speechley M, Ginter SF Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988; 319 (26): 1701-7.
9. Grisso JA, Kelsey JL, Strom BL, et al. Risk factors for falls as a cause of hip fracture in women, The Northeast Hip Fracture Study Group. *N Engl J Med* 1991;324:1326-31.
10. Dargent-Molina P, Favier F, Grandjean H, Beaudoin C, Schott AM, Haushen E, et al. Fall-related factors and risk of hip fracture: The EPIDOS prospective study. *Lancet* 1996;348:145-9.
11. Ivers RQ, Norton R, Cumming RG, Butler M, Campbell J. Visual Impairment and Hip Fracture. *Am J Epidemiol* 2000;152 (7):633-9.
12. British Medical Journal. Guidelines for prevention of falls in people aged over. *BMJ* 2001; 65(322):554.
13. Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. *British Medical Journal* 2000;321:1007-11.
14. National Institute of Health. *Falls and fracture prevention, Osteoporosis and Related Bone Diseases*. NIH, National Resource Center;1999.
15. Guidelines for prevention of falls in people aged over 65. *British Medical Journal* 2001;322:554.
16. Tinetti M E, Speechley M, Ginter SF Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988; 319 (26): 1701-7.

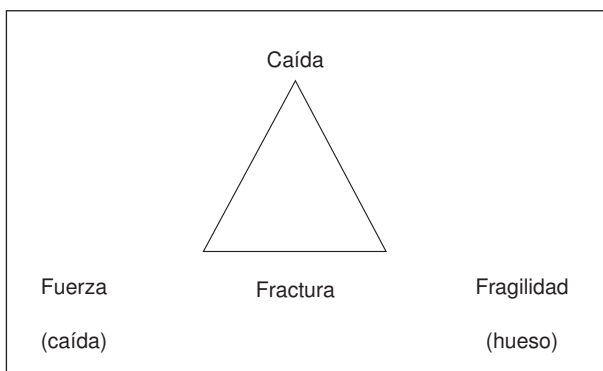


Figura 1. Triángulo de prevención de fracturas. Fuente: adaptación del *National Institute of Health*, 1999.