

Herramienta breve para la valoración de un Perfil Socioeconómico en Salud de la Persona Mayor en Atención Primaria De Salud

A Brief Tool for the assessment of a Socioeconomic Health Profile for Elderly Patients in Primary Health Care

Glasinovic A.^{1,3,5}, Ulloa R.², Cardona V.², Fuentes F.², Silva A.^{3,4}, Canessa J.^{1,3,5}

Resumen

Un buen apoyo social y situación socioeconómica determinan mejores resultados en salud y un envejecimiento exitoso. Actualmente, existen múltiples escalas de evaluación social, pero ninguna de ellas es lo suficientemente rápida y fácil de aplicar en la atención primaria de salud (APS) y tampoco sugieren conductas que orienten al equipo de salud en APS. Es a partir de lo anterior que surge el “Perfil de Apoyo Socioeconómico en Salud de la Persona Mayor en APS”, una herramienta desarrollada por los autores para determinar el perfil socioeconómico de las personas mayores, de fácil y rápida aplicación en la consulta estándar de APS. Ésta consta de tres preguntas claves, dos de ellas evalúan al apoyo social de manera cualitativa y cuantitativa, así como también la última evalúa el aspecto económico con foco en la percepción de satisfacción de necesidades económicas básicas. Luego de aplicar las tres preguntas e incorporando el juicio clínico del profesional, se clasifica al paciente en un perfil de apoyo socioeconómico alto, moderado o bajo, a partir de lo cual se sugieren conductas inmediatas a seguir en un contexto de APS.

Palabras Clave

Adulto Mayor, Análisis Socioeconómico, Atención Primaria de Salud.

Abstract

A good social support and socioeconomic situation determines better health outcomes and successful aging. Currently, there are multiple social assessment scales, but none of them are fast and easy enough to apply in primary health care (PHC) and they do not suggest behaviors that guide the PHC health team. Because of the previously mentioned, we created the “Socioeconomic Profile of the Elderly”, a tool developed by the authors to assess the socioeconomic environment of the elderly, that can be easily and quickly applied in the standard PHC consultation. This consists of 3 key questions, which evaluate social support in a qualitative and quantitative way, as well as evaluating the economic aspect with a focus on the perception of satisfaction of basic needs. After applying the 3 questions and incorporating the clinical judgment of the professional, the patient can be classified in a high, moderate or low socioeconomic support profile, from which behaviors are suggested to be followed in a PHC setting.

Keywords

Aged, Elderly, Socioeconomic Analysis, Primary Health Care.

¹ Médico Familiar, Mención Adulto.

² Alumno/a de la Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes, Chile.

³ Profesor/a del Departamento de Medicina Familiar y APS, Universidad de Los Andes, Chile.

⁴ Médico Geriatra.

⁵ Comité Persona Mayor, Sociedad Chilena de Medicina Familiar.

Introducción

El envejecimiento poblacional acelerado en las últimas décadas ha llevado a un dramático aumento de la población adulta mayor en Chile. Según la última Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión del Adulto mayor, en Chile un 17 % de la población tiene más de 60 años, y se espera que para el 2050 esta cifra se duplique y las personas mayores representen aproximadamente al 33%¹. Considerando que la expectativa de vida en Chile va en aumento, debemos poner énfasis en herramientas que mejoren el bienestar y calidad de vida de la persona mayor (PM).

Dentro de los determinantes sociales de salud, encontramos condiciones culturales, medioambientales, apoyo social y la situación económica. Las intervenciones en salud que incorporen los determinantes sociales podrían reducir las inequidades en salud y morbilidad. Específicamente, aquellas intervenciones que consideren el apoyo social y la situación económica, podrían determinar mejores resultados en salud y un envejecimiento exitoso en la persona mayor^{2,3}.

Según Hornby-Turner et al, existe una fuerte evidencia de que puntuaciones más altas de salud autoevaluada, de bienestar psicológico y satisfacción con la vida, fueron asociados con una mejor salud en la vejez. La red social y el contacto con familiares y amigos, además de la participación en actividades sociales y de ocio, fueron mecanismos de apoyo importantes. Así mismo, la educación y los recursos financieros han demostrado constantemente ser un activo clave para la salud en adultos mayores⁴.

En este artículo se revisará brevemente la relevancia del apoyo social y situación económica en la salud de las personas mayores, para luego proponer una herramienta que nos permita clasificar en un perfil socioeconómico de la PM de una manera práctica, con el fin de incorporar este perfil en las futuras intervenciones en salud en un contexto de APS.

Desarrollo

Apoyo Social

El apoyo social se define como una “serie de recursos psicológicos proveniente de otras personas que son significativos para un individuo y que lo hacen sentirse estimado y valorado”⁵. Éste puede entenderse a partir

de dos perspectivas, una cuantitativa y otra cualitativa. La primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, en tanto la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas percibidas por el individuo. De acuerdo con la evidencia disponible, tanto la cantidad como la calidad de apoyo social parecen tener efectos significativos en el bienestar y la salud⁶. Diversos estudios han demostrado que el apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida⁷. Además, la evidencia sugiere una fuerte asociación entre factores psicosociales, redes sociales, apoyo social y resultados a distintos niveles en salud, como salud mental, artritis, VIH, insuficiencia renal y cáncer. En particular, existe evidencia suficiente para vincular el apoyo social y las redes sociales con efectos en salud cardiovascular⁸. La principal asociación de beneficios en salud, se da con el apoyo social percibido y disponibilidad de personas para el apoyo^{9,10}. Según Holt-Lunsted et al, existiría un 50% más de probabilidad de supervivencia para personas con relaciones sociales sólidas en comparación a aquellos que no las tenían, sin diferencias según edad, sexo, estado de salud inicial, causa de la muerte y el período de seguimiento¹¹.

En la Encuesta Nacional de Dependencia de las Personas Mayores “ENADEAM” realizada en 2009, se evidenció que la realidad de apoyo social en nuestro país es deficiente, ya que existe baja participación de las PM en organizaciones comunitarias, además un 14,7% de la población vive solo. En lo que se refiere a la autopercepción de apoyo social, definido como tener alguien a quien recurrir si necesita ayuda de cualquier tipo, dos tercios de las personas mayores reportan tener alguien a quien recurrir en caso de necesidad, mientras que el tercio restante no cuenta con nadie a quien recurrir¹².

Actualmente hay poca evidencia que apoye intervenciones específicas para mitigar los efectos en la salud de pacientes en aislamiento social o soledad. La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) afirma que, pese a la falta de evidencia, existen intervenciones prometedoras como promover la actividad física y social, las cuales conectan PM socialmente aisladas con los servicios de salud¹³.

Situación económica

Es sabido que las personas de niveles socioeconómicos bajos tienen peor salud y menor esperanza de vida en comparación a personas con mayores ingresos ¹⁴. ENADEAM evidenció que aquellas PM con una situación económica estable o que reciben mayores ingresos tienen mejor salud y percepción de calidad de vida ¹². Un 23,7% de la población de personas mayores declara que sus ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades básicas y un 47,4% de ellos no se siente satisfecho con sus necesidades económicas ¹².

La percepción de un bajo estatus socioeconómico dado por el nivel de ingresos y educación, se ha asociado a invalidez funcional y peores resultados en salud ¹⁵, por lo tanto, se debe buscar dirigidamente la percepción de necesidades básicas insatisfechas de forma rápida y concisa, dado que las intervenciones conducentes a mejorar esta percepción, podrían mejorar la funcionalidad de la persona mayor.

Screening y Escalas de evaluación socio-económicas

La habilidad de identificar efectivamente a los pacientes cursando por aislamiento social es limitada.

La US Preventive Task Force (USPTF) sostiene que no hay suficiente evidencia de la efectividad de su screening sistemático, dado que no existen intervenciones validadas dirigidas ante una valoración. Sin embargo, la Academia Americana de Médicos Familiares sugiere que el screening podría considerarse en personas en riesgo, como, por ejemplo, aquellos pacientes que hayan sufrido eventos estresantes, en situación de pobreza, policonsultantes, con problemas psicosociales o síntomas de salud mental ¹⁶.

Para evaluar el aspecto socio-económico de los pacientes se han creado diversas escalas. No obstante, ninguna de ellas es lo suficientemente rápida y simple de aplicar en atención primaria ni tampoco entregan recomendaciones para que el profesional del equipo de APS pueda realizar intervenciones.

En Chile, una de las escalas más conocidas para evaluar el apoyo social es la Escala Social UC Chile, desarrollada por la Pontificia Universidad Católica de Chile ¹⁷. Esta

es una forma simplificada de dimensionar la fuerza del soporte social y la disponibilidad de este último, ya que permite en forma rápida saber si la PM dispone o no de apoyo social, si es de un familiar o no familiar y el tiempo, clasificado como indefinido frente a un apoyo temporal. Esta escala clasifica al paciente desde un “Apoyo social óptimo” a un “Nulo apoyo social” ¹⁷. La principal ventaja de esta escala es su rápida aplicación e identificación de personas con alto riesgo social. Sin embargo, no tiene preguntas establecidas para una correcta clasificación y tampoco plantea conductas de intervención que permitan orientar al profesional cómo seguir con los resultados.

Otra escala validada en nuestro medio es la “Mental Health Continuum-Short Form” (MHC-SF), diseñada para evaluar los componentes emocionales, psicológico y social del bienestar personal. Fue traducida al español y aplicada en más de 3000 individuos chilenos entre 20 y 83 años¹⁸. Esta escala mostró una alta confiabilidad, sin embargo, al constar de 14 preguntas ¹⁹, es difícil de aplicar en la práctica médica en APS, ya que habitualmente se cuenta con menos de 15 a 20 minutos de atención por paciente, lo que muchas veces imposibilita realizar una valoración socio-económica adecuada.

En este mismo sentido, otra herramienta que permite evaluar el apoyo social es la “Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS)”, la cual consta de 20 ítems, dividido en 4 dimensiones que evalúan el apoyo social percibido (interacción social positiva, apoyo afectivo, instrumental y emocional/informacional). Esta se encuentra ampliamente validada en la literatura, fue adaptada a nuestra realidad nacional y tiene buenas propiedades psicométricas en nuestra población. Sin embargo, tiene un tiempo promedio de aplicación de aproximadamente 10 min, por lo que tomaría más de la mitad del tiempo de la consulta aplicar este instrumento (8). Respecto al ámbito económico, no existe mayor evidencia de guías o escalas que sean rápidas y aplicables en APS ²⁰.

En base a lo expuesto anteriormente, se crea la necesidad de implementar una herramienta breve, concisa y práctica, a partir de la cual, durante la misma consulta, logre

determinar un perfil socioeconómico de la persona mayor, así como también un plan de acción que sirva como guía de intervención para los diferentes profesionales de la atención primaria. Esta herramienta se podría aplicar en especial, en personas mayores en que existan antecedentes de fragilidad o dependencia, problemas psicosociales, pobreza, policonsulta o multimorbilidad.

Perfil de Apoyo Socioeconómico de la Persona Mayor

Esta herramienta busca clasificar a la persona mayor en tres grandes perfiles de apoyo socioeconómico (alto, moderado y bajo), en base a tres preguntas simples, sumado al juicio clínico del profesional. Su objetivo es identificar a aquellas personas en riesgo social y establecer una guía global para potenciales recomendaciones a seguir.

Para su aplicación, se deben formular 3 preguntas (Tabla 1):

1. En una escala del 1 al 7 ¿Qué nota le pondría a su grado de satisfacción con su red de apoyo ante algún problema de salud?: El paciente otorga una nota del 1 al 7 y según esto se clasifica en un perfil alto, moderado o bajo grado.
2. ¿Cuántas personas podrían apoyarlo frente algún problema de salud relevante?: El paciente debe responder en números. Se considera como alto apoyo un número mayor o igual a 3 personas
3. Entre una calificación alta, moderada o baja ¿Cómo califica su satisfacción de sus necesidades económicas básicas?: El paciente debe responder si su satisfacción económica es alta, moderada o baja.

Luego de aplicar las 3 preguntas, sumado a el juicio clínico del profesional, se clasifica a la PM en uno de los perfiles de apoyo socioeconómico (alto, moderado o bajo), según la siguiente tabla:

Preguntas	Perfil Alto	Perfil Moderado	Perfil Bajo
	Criterio	Criterio	Criterio
En una escala del 1 al 7, ¿Qué nota le pondría usted a su grado de satisfacción con su red de apoyo ante algún problema de salud?	6,0 a 7,0	4,0 a 5,9	1,0 a 3,9
	Alto grado	Moderado grado	Bajo grado
¿Cuántas personas podrían apoyarlo frente a algún problema de salud relevante?	3 o más personas	1 a 2 personas	Ninguna persona
Entre una calificación alta, moderada o baja ¿Cómo califica su satisfacción de sus necesidades económicas básicas?	Alta satisfacción	Moderada satisfacción	Baja satisfacción

Tabla 1. Perfil de apoyo socioeconómico en salud de la persona mayor.

Posteriormente, según el perfil del paciente, se plantean posibles recomendaciones a realizar en un contexto de APS en Chile, las cuales son flexibles

quedando a criterio del profesional que aplica esta herramienta y los recursos disponibles en el centro de salud.

Perfil Alto	Perfil Moderado	Perfil Bajo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar relaciones sociales y actividades comunitarias. 2. Invitar al programa MAS de personas mayores autovalentes si califica. 3. Invitar a realizarse EMPAM (si no está al día) 	<p>A las del perfil alto se suman:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Considerar un genograma y ecomapa para identificar mejor la estructura y relaciones familiares, además de las redes de apoyo. 2. Preguntar de manera más específica por los medios económicos con que cuenta para vivir. 3. Invitar a participar en actividades locales que contribuyen a generar lazos, como por ejemplo, los talleres de bienestar emocional, participación en centros diurnos municipales, grupos de personas mayores, etc. 4. Considerar interconsulta a enfermería si no se dispone de tiempo para esta valoración o no se conocen las actividades disponibles a nivel local. 	<p>Además de las intervenciones del perfil alto y moderado, se suman:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interconsulta a trabajador/a social para valoración socioeconómica más profunda. 2. Considerar presentar el caso en reunión de equipo de sector del centro de salud. 3. Considerar contactar al SENAMA y postular al ELEM si el paciente y familia lo ven como alternativa. 4. Búsqueda activa de historia o signos de maltrato o negligencia en el cuidado de la PM. 5. Evaluar derivar a programa de cuidadores en pacientes con dependencia moderada o severa. 6. Considerar postular a viviendas tuteladas para PM.

Tabla 2. Intervenciones según perfil socioeconómico en salud de la PM en APS.

Conclusiones

La falta de apoyo social y situación de pobreza socioeconómica de las PM en Chile, constituyen problemas importantes, en el cual no existe una manera sistemática de valorar y orientar las conductas a estos importantes determinantes sociales de la salud. Esta herramienta constituye un primer esfuerzo por lograr sistematizar una herramienta fácil y aplicable que determine un perfil

socioeconómico de la PM que oriente conductas a seguir al equipo de salud en APS. Esta herramienta es una propuesta cuyas preguntas de valoración deben ser aún validadas en este contexto, además que sus recomendaciones a seguir luego de la clasificación en un perfil, requieren un consenso técnico más amplio, antes de ser aplicada de una manera más amplia a nivel nacional, lo cual quedará como un importante desafío para los próximos años.

Bibliografía

- (1) Arnold, M; Herrera, F; Massad, C; Thumala, D. Quinta Encuesta Nacional Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores en Chile 2017. Gobierno de Chile, SENAMA, Colección de Estudios. 2017. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/SENAMA_libro_5ta_encuesta_BAJA_libro_final_JULIO.pdf
- (2) Campos, F; León, D; Rojas, M. Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir mejor. Programa Adulto Mayor, Centro de Geriátría y Gerontología, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2011. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
- (3) Rosell, J; Herrera, MS; Fernández, MB; Rojas, M. Chile y sus Mayores: 10 años de la encuesta Calidad de Vida en la Vejez. Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja Los Andes. 2016. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/Libro_CHILE_Y_SUS_MAYORES_2016.pdf
- (4) Hornby-Turner YC, Peel NM, Hubbard RE. Health assets in older age: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e013226. doi:10.1136/bmjopen-2016-013226
- (5) Pérez Bilbao, J. El apoyo social. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. 1999. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326962/ntp_439.pdf/148113c8-bbba-40b3-86c7-81db7869d737
- (6) Barra, E. Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, julio - diciembre de 2004; 14 (2): 237-243. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/848/1562>.
- (7) Barra, E; Vivaldi, F. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 2012; 30(2): 23-29. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200002
- (8) Poblete, F; Glasinovic, A; Sapag, J; Barticevic, N; Arenas, A; Padilla, O. Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. *Revista Atención Primaria*, 2015; 47 (8), 523-531. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.010>
- (9) Cornwell, E. Y; Waite, L. J. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*, 2009; 50(1), 31-48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
- (10) De Maria M et al. Perceived social support and health-related quality of life in older adults who have multiple chronic conditions and their caregivers: a dyadic analysis. *Soc Sci Med*. 2020 Oct; 262:113193. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113193
- (11) Holt-Lunsted J; Smith tb, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A meta-analytic Review. *PLoS Med*. 2010 Jul 27;7(7):e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
- (12) Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Gobierno de Chile, SENAMA. 2009. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>
- (13) Rita M. Lahlou MD, MPH and Timothy P. Daaleman DO. Addressing Loneliness and Social Isolation in Older Adults. *American Family Physician*, Julio 2021; 104 (1), 85-87. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2021/0700/p85.html>.
- (14) Celis-Morales, C; Cigarroa, I; Concha-Cisternas, Y; Díaz, X; Leiva, AM; Martínez-Sanguinetti, MA; Martorell, M; Nazar, G; Petermann-Rocha, F; Ramírez-Alarcón, K; Troncoso-Pantoja, Claudia. Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. *Revista Médica de Chile*, 2020; 148(6), 799-809. Obtenido de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600799>. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000600799
- (15) Sachs-Ericsson N., Schatschneider C., & Blazer, D. G. Perception of unmet basic needs as a predictor of physical functioning among community-dwelling older adults. *Journal of aging and health* [Internet]. 2006 [citado 2021 Sep 25]; 18(6), 852-868. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0898264306293261>
- (16) Rita M. Lahlou MD, MPH and Timothy P. Daaleman DO. (Julio 2021). Addressing Loneliness and Social Isolation in Older Adults. *American Family Physician*, 104, 85-87. Obtenido de: <https://www.aafp.org/afp/2021/0700/p85.html>
- (17) MINSAL. Actualización: Manual de Geriátría para Médicos. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf

(18) Guadalupe Echeverría et al. “Validation of a Spanish Version of the Mental Health Continuum-Short Form Questionnaire”. *Psicothema*. 2017, 29 (1): 96-102. DOI: 10.7334/psicothema.2016.3

(19) AACU.ORG [Internet]. [citado el 2021 20 de diciembre]. Disponible en <https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>

(20) Sepúlveda R, C; Rivas, E; Bustos, ML; Illesca P, M. Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperial. *Ciencia y Enfermería* [Internet], 2010 dic [citado 2021 sep. 25] ; 16(3): 49-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300007&lng=e