

Gobierno local de Heredia: Protocolo de evaluación experimental de impacto del primer piloto de teleasistencia domiciliaria en Mesoamérica.

Local government of Heredia: Experimental impact evaluation protocol of the first home telecare pilot in Mesoamerica.

Prof. Dr. Alexander Chaverri-Carvajal

alexander.chaverri@usal.es
Universidad de Costa Rica.

Lic. Kenneth Arguedas Navarro

Vicealcalde del Gobierno de Heredia.

Recibido: 03/05/2024

Aceptado: 23/10/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.

Número 35 - Junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Chaverri-Carvajal, A. y Arguedas Navarro, K. (2024). Gobierno local de Heredia: Protocolo de evaluación experimental de impacto del primer piloto de teleasistencia domiciliaria en Mesoamérica. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (35), pp 124-161.

RESUMEN

Costa Rica hoy envejece más que nunca. Pese a haber una política nacional de cuidados desde 2021 y una Ley nacional de creación del Sistema Nacional de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia desde 2022, no hay nueva financiación, ni nueva oferta prodigada nacionalmente. Ante la ausencia del despliegue de nuevos servicios del gobierno nacional, algunos gobiernos locales han tomado la vanguardia en el cometido de hacer avanzar los servicios para las personas en situación de dependencia. El primero ha sido el gobierno de Heredia, que inició el primer piloto de evaluación experimental de teleasistencia en Mesoamérica. Este trabajo tiene por objetivo exponer el protocolo de la evaluación, base para el diseño de la investigación en curso, explicar sus hipótesis de trabajo y describir a las 634 personas adultas mayores participantes. Se espera que los resultados de esta evaluación puedan ser útiles al gobierno nacional para incrementar la financiación a los gobiernos locales, robustecer el sistema de cuidados costarricense, mejorar la escasa integración sociosanitaria actual y ensanchar el bienestar para personas dependientes y cuidadoras.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, cuidados, teleasistencia domiciliaria, Heredia, Costa Rica.

ABSTRACT

Costa Rica is ageing more than ever. Despite a national care policy since 2021 and a national law creating the National System of Support for Care and Dependency Care since 2022, there is no new funding and no new nationally provided services. In the absence of the national government's roll-out of new services, some local governments have taken the lead in advancing services for dependent persons. The first has been the government of Heredia, which initiated the first experimental telecare evaluation pilot in Mesoamerica. This paper aims to outline the evaluation protocol, the basis for the current research design, explain its working hypotheses and describe the 634 elderly participants. It is hoped that the results of this evaluation can be useful to the national government to increase funding to local governments, strengthen the Costa Rican care system, improve the current poor integration of social and health care, and enhance the well-being of dependents and caregivers.

KEYWORDS

Dependency, care, home telecare, Heredia, Costa Rica.

1. INTRODUCCIÓN

Latinoamérica es el subcontinente que envejece más rápido en el mundo. Hoy, su ritmo de envejecimiento poblacional supera cualquier otro en la historia. Esto es una buena noticia porque supone que se han superado barreras del bienestar como el acceso a educación, empleo o salud. Sin embargo, el envejecimiento poblacional trae consigo múltiples desafíos (Chaverri-Carvajal & Matus-López, 2021). Vivir más años no supone necesariamente vivir más años de manera saludable. Para ello, son necesarias diversas políticas públicas que puedan entretrejer servicios de calidad para mejorar la vida de las personas adultas mayores.

1.1 Trayectoria Nacional para reconocer y atender los cuidados de larga duración

Las políticas públicas de cuidados de larga duración son parte de los esquemas de protección social que hacen avanzar los Estados hacia el bienestar y la corresponsabilidad social de los cuidados entre los diversos actores del conjunto de la sociedad.

Además de atender a población vulnerable, los cuidados son una oportunidad colectiva para hacer justicia social en cuanto a la distribución de las cargas de cuidado, una herramienta fundamental para reducir brechas de género, abrir espacios dentro del mercado laboral formal para las mujeres y reequilibrar trabajo formal e informal. Aunque no son exclusivas para personas adultas mayores, en la veintena de países que tienen sistemas para la atención a la dependencia, siete de cada diez personas usuarias se encuentran en esa cohorte.

Actualmente, la región envejece más rápido que cualquier otra y lo hace con escasa y fragmentada cobertura sociosanitaria. Comparativamente, la situación costarricense es más apremiante. Es el país de la región con menor tasa de natalidad, mayor esperanza de vida y ritmo de envejecimiento. Por ello, Costa Rica inició el camino hacia la construcción de un sistema nacional de cuidados hace un quinquenio.

Así ocurrió. En marzo del 2021 se declaró de interés público la Política Nacional de Cuidados 2021-2031, instrumento que contiene un plan de acción que conduce al país hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia (Matus-Lopez, Chaverri-Carvajal & Jara-Males, 2022). Un año más tarde, en julio de 2022, se publicó la Ley N.º 10192, que inserta en el marco jurídico costarricense la creación del Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia (SINCA).

Este hito convierte a Costa Rica en el primer país de renta media en el mundo en iniciar legalmente

el camino hacia el ensanchamiento de la protección social y el bienestar para personas en situación de dependencia y sus cuidadoras. Esto es una buena noticia, sin embargo, las dimensiones del desafío son amplias. No solo por la cultura institucional que comúnmente ha operado de manera fragmentada, sino por las dificultades económicas con las que nace el nuevo modelo (Matus-López & Chaverri-Carvajal, 2022).

1.2 Trayectoria Herediana hasta la teleasistencia domiciliaria

En 2016 el Gobierno Local de Heredia crea el programa municipal de atención a la persona adulta mayor, programa que busca brindar servicios y programas que beneficien las condiciones de vida de la población adulta mayor del cantón.

Este hito habilitó acciones orientadas a la población mayor, tales como: mapeo de recursos comunitarios, construcción de centros de día, apoyo y financiamiento de hogar de larga estancia, grupos y fortalecimiento de las organizaciones comunales de personas mayores, etc.

Este mapeo facilitó conformar una red con las coordinadoras de estos grupos organizados, de manera que el Gobierno Local tuviese estrecha comunicación con la comunidad. Esta red visibiliza distintas necesidades en el territorio, como espacios para propiciar encuentros, recursos materiales, equipo tecnológico, formación, cuidados, apoyos telemáticos y atención remota.

Entonces se construyeron 10 inmuebles municipales para la atención y propiciación de estos grupos, hoy conocidos como centros municipales de convivencia y bienestar, concurridos por 37 grupos comunitarios de personas mayores. Para 2019, Heredia entra a ser parte de la Red Global de Ciudades y Comunidades amigables con las personas mayores, impulsado por la OMS, y se certifica como cantón amigable con las personas mayores.

Posterior a esta etapa de construcción y de organización de las fuerzas vivas, en el año 2021 se promulgó la Política Local de Envejecimiento y Vejez, que tiene objetivos y financiación para buscar mantener acciones específicas y afirmativas en materia de envejecimiento y vejez. La Política impulsa proyectos innovadores y desafiantes como la teleasistencia, la legislación nacional posibilita que el servicio se desarrolle.

1.3 Condiciones habilitantes para el desarrollo de la teleasistencia Herediana

Para 2024, el 12% de las personas habitantes de Heredia tienen 65 o más años, algo por encima del promedio nacional. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC

Heredia es el sexto cantón del país con mayor prevalencia de mayores. También según datos de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el área de salud Heredia-Cubujuqui es la quinta del país en atender más personas mayores. Este fenómeno demográfico plantea desafíos en atención médica y recursos orientados a las necesidades de esta población. Asimismo, Heredia se posiciona dentro de los 10 cantones con mejor puntuación en el Índice de Desarrollo Humano Cantonal.

La actual administración del Gobierno Local de Heredia ha incrementado los presupuestos de servicios sociales en un 114% respecto de la anterior administración. De allí que, dentro de estos esfuerzos en materia social, se contemple la inversión en la población adulta mayor, históricamente vulnerada y con mayores condiciones de desventaja social. Crear nuevos servicios para la vejez no solo tiene beneficios sociales, sino también económicos, al prevenir hospitalizaciones y optimizar el uso de recursos.

Para Heredia, se volvió una tarea urgente el repensar la política social e innovar programas y servicios que brinden cobertura a estos subgrupos antes mencionados. Por lo que la integración de tecnologías de comunicación e información resultaron ser un gran aliado para brindar compañía y soporte a estas personas, facilitando una vida más segura y plena.

1.4 ¿Por qué iniciar la innovación con teleasistencia domiciliaria?

El sostenido crecimiento socioeconómico que experimenta Heredia no solo ha permitido que las personas vivan más años, sino que ha implicado cambios en las configuraciones del hogar en que viven. La reducción de la tasa de natalidad y cambios socioculturales como la inserción masiva de las mujeres dentro del mercado formal de trabajo reducen las posibilidades informales que tienen los mayores para asistencia y apoyo necesario frente al deterioro de condiciones de salud, disminución de ingresos y aislamiento o soledad no deseada.

La teleasistencia domiciliaria suele ser uno de los servicios para apoyar o cuidar a personas en situación de dependencia (Gokalp et al., 2018; Saeed, Manzoor & Khosravi, 2020). Se encuentra en la órbita de eHealth que busca hacer uso de la tecnología para atender y promover necesidades de salud, calidad de vida y bienestar de la población (Musselwhite, Freeman & Marston, 2017).

La evidencia internacional señala que los países que la implementan lo dirigen a personas mayores, comúnmente en situación de dependencia, o aquellas que viven solas o pasan solas la mayor parte del tiempo (Blanchard, 2021). Las motivaciones son variadas, y la capacitación del personal, heterogénea (Blanchard, 2023).

El Servicio de Teleasistencia Domiciliaria ideado desde la municipalidad es un servicio de carácter social que permite a través de una línea de comunicaciones y un equipamiento específico apoyar la permanencia en su domicilio de aquellas personas que vivan solas o se encuentren

en situación de dependencia leve o moderada, proporcionándoles una serie de atenciones personalizadas que pueden mejorar sus condiciones de seguridad y compañía en la vida cotidiana, potenciar su independencia, su autonomía personal y facilitar la integración en su entorno habitual de convivencia.

El servicio cuenta con un terminal en el domicilio de los usuarios y un sistema telefónico e informático específico (ubicado en un centro de atención), permitiendo a las personas mayores con sólo accionar el dispositivo portable o el botón del terminal entrar en contacto verbal “manos libres”, durante las 24 horas del día y los 365 días del año, con el centro atendido por personal preparado para dar respuesta adecuada a la necesidad presentada, bien por sí mismo o movilizándolo otros recursos humanos o materiales, propios del usuario o existentes en la comunidad.

El objetivo del servicio es contribuir a la permanencia de mayores vulnerables en su medio habitual de vida, evitando los grandes costos personales, sociales y económicos, facilitando el contacto con su entorno sociofamiliar y asegurando la intervención inmediata en crisis personales, sociales o médicas, y contribuir a evitar ingresos espurios en la sanidad pública. Para ello se está evaluando el piloto utilizando metodología experimental de impacto. Mediante su aplicación, será posible conocer el impacto generado por la teleasistencia en las personas adultas mayores que habitan el territorio gestionado por nuestra corporación municipal. Esto supone que haya grupos de a) tratamiento y b) control. De este modo será posible comparar ambos antes y después de la intervención, y los resultados permitirán ensanchar la cantidad de personas que ingresen al servicio en futuros ejercicios presupuestarios.

La teleasistencia contribuye a la promoción de la autonomía y la independencia, no solo mejora el bienestar general de las personas usuarias, sino que también alivia la carga de cuidado sobre familiares y cuidadores, permitiendo que las personas mayores mantengan un nivel de vida digna y activo en su entorno familiar y comunitario. En razón de lo anterior, este manuscrito describe cómo se configuró el protocolo de evaluación para el primer servicio de teleasistencia público en Mesoamérica.

2. METODOLOGÍA

El servicio es piloteado con evaluación experimental de impacto. Este es un método utilizado en investigación social y económica para medir los efectos causales de una intervención, programa o política. Este enfoque implica la aplicación de un diseño experimental, específicamente un ensayo controlado aleatorio (RCT, por sus siglas en inglés), que es considerado el estándar en investigación experimental.

En un RCT los participantes son asignados aleatoriamente a dos grupos: el grupo de tratamiento, que recibe la intervención o tratamiento que se está evaluando, y el grupo de control, que no

recibe la intervención y sirve como punto de comparación. La existencia del contrafactual permite conocer el resultado que esos mismos participantes hubieran obtenido en ese mismo momento, en el caso hipotético de no haber estado en el grupo de tratamiento (Gertler et al., 2017).

En la etapa de diseño se planifican las preguntas sobre los efectos o impactos a evaluar. Con ellas se construyen cuestionarios, los cuales serán aplicados tanto al grupo de tratamiento como al de control de previo al inicio del piloto. Las bases de datos son anónimas, pero incluyen códigos que identifican a cada participante. Todos los procedimientos deben cumplir con los estándares éticos establecidos por la Declaración de Helsinki y sus revisiones posteriores.

La participación debe ser voluntaria, con un documento de consentimiento informado y no se recomiendan incentivos (Pomeranz, 2011), de modo que la encuesta pretest se ha llevado a cabo algunas semanas antes de iniciar, y el post-test se realiza algunas semanas después. El tiempo que las personas participantes necesiten para responder está determinado por el número de preguntas del cuestionario. En este caso, se tarda en promedio 45 minutos respondiendo las 77 preguntas del pretest.

Comúnmente el pretest es algo más largo debido a que incluye preguntas sociodemográficas. El postest sólo incluye las preguntas para contrastar las respuestas anteriores. Ambas pruebas están diseñadas para medir el impacto de la intervención. Solo los participantes en el grupo experimental recibirán el servicio (McCarney et al., 2007).

Al comparar los resultados entre estos dos grupos, se puede atribuir cualquier diferencia en los resultados a la intervención en cuestión, ya que otros factores potencialmente sesgados se distribuyen de manera equitativa debido a la asignación aleatoria.

La evaluación experimental de impacto busca proporcionar evidencia sólida y causal sobre si una intervención específica tiene el efecto deseado o no. Este enfoque ha sido ampliamente utilizado en atención a la dependencia, donde es crucial entender el impacto real de las intervenciones para tomar decisiones informadas sobre políticas y prácticas.

2.1 Protocolo de evaluación: piedra angular de la investigación

Evaluar es comparar. Hay distintos tipos de evaluación, de ellos dependen sus protocolos. Los protocolos experimentales diseñan el proceder en la realización de experimentos destinados a evaluar políticas públicas. Estos protocolos son normalizados en documentos, clasificados bajo la categoría de métodos de pruebas, los cuales detallan de manera precisa un procedimiento estructurado para identificar impactos o efectos de una intervención o servicio público, y garantizar su reproducibilidad (Soldatova et al., 2014).

La literatura científica sobre evaluaciones de servicios de cuidados de larga duración (CLD) incluye distintos protocolos de evaluación (Doty et al., 1997; Doty et al., 2007; Brown & Dale, 2007; Bower et al., 2011; Cilia et al., 2018). Todos son distintos, pero coinciden en algunos puntos comunes (Ilustración 1).

Ilustración 1. Elementos de protocolos de evaluación de pruebas piloto de servicios de Cuidados de Larga Duración.



— Fuente: Elaboración propia basado en la literatura revisada.

Con fundamento en lo anterior, se comprende que los planes de levantamiento de datos son la segunda parte de los protocolos una vez definidas las cuestiones a evaluar.

2.2 Revisión bibliográfica y estimación de muestras

Para hacer una evaluación experimental de impacto sobre un servicio novedoso en Costa Rica y en la región fue necesario construir un protocolo de evaluación. Para ello, al no tener referentes próximos, hubo que revisar sistemáticamente la literatura científica que identificara modelos de evaluación aplicados a experiencias similares.

Esta revisión se ha hecho en Web of Science, Scopus, Scielo y PubMed en el período 2000-2023. Los términos de búsqueda (en inglés y español) fueron: [(Trials AND long-term care services and supports OR dependency care) AND (policy OR program)].

Luego, se hizo una revisión con estrategia de bola de nieve sobre las referencias de artículos, libros y documentos citados en los resultados anteriores y no indexados en las bases científicas. Por último, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de informes, documentos y estadísticas disponibles en organismos públicos responsables de programas de atención a la dependencia.

Para el plan de levantamiento de datos de las líneas base se identificaron en la revisión bibliográfica elementos que permitan planificar los procesos relacionados con registro, levantamiento y validación de información, tanto para las líneas base como para las mediciones subsecuentes. Además, dentro de esos elementos, se conoció cómo otros estudios similares definieron el tamaño de la muestra (en adelante N) utilizando la ecuación para el cálculo de muestras estadísticas.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En la cual n es el tamaño de la muestra requerido, Z el valor crítico de la distribución normal estándar para el nivel de confianza seleccionado, p la estimación de la proporción de la población y E el margen de error permitido. Finalmente, esto permitió calcular el N con un nivel de confianza del 95% y margen de error de 5%.

3. RESULTADOS

Utilizando las combinaciones descritas en la metodología, en Web of Science aparecen 2166 resultados, en Scopus 1835, en Scielo 443 y en PubMed 1436. Se filtraron según evaluaciones piloto experimentales e indexación *Journal Citation Reports*.

Quedaron algo más de 200 artículos. Entonces, se revisó el abstract de todos y se seleccionaron 21 para profundizar con lectura completa en cuatro diferentes continentes para dar cuenta de la diversidad en la literatura científica de distintos pilotos de servicios de atención a la dependencia realizados con evaluación experimental (Tabla 1).

Tabla 1. Evaluaciones experimentales de impacto de servicios de atención a la dependencia.

Título del artículo	N° utilizado	Meses de evaluación	Año de publicación
Impact Evaluation of Cash-For-Care in Latin America's New Long-Term Care Policies: A Randomized Controlled Trial Pilot Study in Costa Rica.	46	4	2023
A Home-Care Service for Frail Older Adults: Findings from a Quasi-Experiment in Milan.	91	12	2023
Six-Month Effectiveness of Remote Activity Monitoring for Persons Living With Dementia and Their Family Caregivers: An Experimental Mixed Methods Study.	132	6	2019
Implementation and evaluation of a nursing process support system for long-term care: a Taiwanese study.	396	4	2009
Nurse care coordination in community-based long-term care.	85	12	2006
Quasi-experimental evaluation of a multifaceted intervention to improve quality of end-of-life care and quality of dying for patients with advanced dementia in long-term care institutions.	193	12	2018
Does hospital at home for palliative care facilitate death at home? Randomised controlled trial.	229	15	1999
A randomized controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people.	205	6	2013
The Cash and Counseling model of self-directed long-term care: Effectiveness with young adults with disabilities.	456	24	2017
A randomised controlled trial of a care home rehabilitation service to reduce long-term institutionalisation for elderly people.	165	12	2004
Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial.	186	18	2012
Effects of a transitional home-based care program for stroke survivors in Harbin, China: a randomized controlled trial.	116	15	2022

A staff intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial.	1405	12	2013
The Sepulveda GEU Study revisited: long-term outcomes, use of services, and costs.	123	12	1995
A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients.	545	12	1999
A multicenter randomized trial of comprehensive geriatric assessment and management: experimental design, baseline data, and six-month preliminary results.	249	6	1995
Is care based on comprehensive geriatric assessment with mobile teams better than usual care? A study protocol of a randomised controlled trial (The GerMoT study).	450	24	2018
Costs and Effects of an Ambulatory Geriatric Unit (the AGe-FIT Study): A Randomized Controlled Trial.	382	12	2015
Preventive home visit model targeted to specific care needs of ambulatory frail elders: preliminary report of a randomized trial design.	243	24	2009
Effectiveness of Remote Activity Monitoring for Persons Living With Dementia and Their Family Caregivers: An Experimental Mixed Methods Study.	2670	21	2022
Effects of App-Based Transitional Care on the Self-Efficacy and Quality of Life of Patients With Spinal Cord Injury in China: Randomized Controlled Trial.	98	3	2021

Fuente: Elaboración propia con las fuentes consultadas en distintas bases de datos.

Esta revisión inaugural ha permitido situar el punto de partida general para otra revisión particular del servicio a pilotear. El primer hallazgo radica en comprender que, aunque los contextos, países y servicios sean distintos, el N de las muestras no. El rango es amplio, la media se ubica en torno a las 300 personas. Por otra parte, la mayoría de los pilotos tienen una duración de 12 meses. Además, en la mayoría de ellos se indica que el tamaño de la muestra y la duración del piloto son ajustados por el presupuesto disponible. Finalmente, la metodología experimental (RCT) ha variado poco a través del tiempo y se ajusta al contexto.

3.1 Revisión RCT Telesistencia

La tecnología ha entrado en escena como parte de la solución para gestionar los riesgos de la vida independiente y proporcionar respuestas rápidas de emergencia, reducir dolor, depresión, soledad no deseada, y promover la autonomía para que las personas mayores o dependientes puedan permanecer con tranquilidad y una robusta red de apoyo, el mayor tiempo posible en su domicilio (Kroenke et al., 2010; Correa & Domènech, 2013; Harani et al., 2014; Bentley et al., 2018).

Aunque la telesistencia se inspira en la telemedicina, se diferencia de ella y de telesalud porque su objetivo es complementar servicios sociales de atención no clínica, con el fin de contribuir en la atención de condiciones crónicas o agudas, normalmente en grupos de usuarios adultos mayores o personas en situación de dependencia, que permanezcan en la comunidad (Sethi et al., 2012). De ahí la diferencia entre telesistencia domiciliaria y telesistencia médica o telemedicina, más que conceptual es práctica y reside en las decisiones previas a la utilización de posibilidades de las plataformas e instrumentos tecnológicos, así como el perfil del personal, para además de brindar apoyos y servicios sociales, también ofrecer atención médica de manera telemática (Martin-Khan et al., 2017; Varey et al., 2021).

Este prototipo a pilotear en la Municipalidad del cantón central de Heredia la telesistencia domiciliaria busca permitir una vida más activa e independiente a las personas mayores y dependientes, sin embargo, está concebido como uno de carácter complementario, que suele prestarse conjuntamente con los servicios de atención a la dependencia en domicilio. Su acceso está vinculado con los niveles más bajos de dependencia (Gálvez et al., 2013; Matus-López y Vega-Rapún, 2016).

Evaluaciones similares se han llevado a cabo en otras partes. Son relativamente recientes y entre sus objetivos planteados estuvieron: a) Reducción de ingresos hospitalarios por emergencias, b) mejora en la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y sus cuidadoras principales, c) reducción de soledad no deseada y depresión, d) permanencia en el hogar y la comunidad, e) mejora en la utilización de la medicación, f) reducción de caídas y rehospitalizaciones, g) atención telemática a quienes habitan lejos de los servicios sociales, h) contención del gasto sanitario, i) monitoreo de indicadores a personas con enfermedades crónicas no transmisibles (Tabla 2).

Tabla 2. Evaluaciones experimentales de impacto de teleasistencia.

Impacto/efecto estudiado con RCT	N° utilizado	Meses de evaluación	Año de publicación
Ingreso hospitalario y duración de la estancia, calidad de vida con HRQOL, ansiedad y depresión (Bohingamu et al., 2019).	171	12	2019
Reducción de atención de emergencias y hospitalizaciones (Jerant et al., 2001).	37	6	2001
Soledad, depresión y dolor (Kroenke et al., 2014).	405	12	2010
Calidad de vida con el instrumento Health-Related Quality of Life (HRQoL) y reducción de depresión (Hirani et al., 2014).	843	12	2014
Incremento de la independencia de mayores con enfermedades crónicas (Gokalp et al., 2018).	36	12	2018
Utilidad de la teleasistencia para que personas con demencia permanezcan en casa (Gathercole et al., 2021).	495	26	2021
No institucionalización de personas con demencia, recarga de cuidados en la cuidadora principal con dos escalas: a) Zarit y b) SF-12v2.	500	26	2013
Mejora en la alimentación (Gomes et al., 2021).	31	4	2021
Efectos del monitoreo sobre personas con enfermedades crónicas pulmonares (Shany, 2017).	42	12	2017
Mejora en la adherencia a la medicación prescrita y la calidad de vida (Wong et al., 2021).	68	3	2021
Reducción de rehospitalizaciones de personas con insuficiencia cardíaca (Yanicelli et al., 2021).	104	3	2021
Efectos de la teleasistencia en la calidad de vida de personas con enfermedades neuromusculares utilizando el cuestionario SF-36 (Martínez et al., 2021).	73	2	2021
Reducción de caídas en casa de personas con Alzheimer (Tchalla et al., 2013).	96	12	2013

Reducción del burnout para cuidadoras familiares y mejora en su calidad de vida con los instrumentos Quality Of Life caregiver (QOL- cg) Zarit Burden Interview (ZBI) (Rotondo et al., 2022).	50	2	2022
Reducción de ingresos hospitalarios y costos sanitarios (Dinesen et al., 2012).	111	10	2012
Beneficios para PAM con dificultades para acceder a servicios debido a discapacidad, transporte o aislamiento (Gellis et al., 2012).	102	12	2012
Reducción admisiones hospitalarias (Steventon et al., 2013).	2600	12	2013

Fuente: Elaboración propia realizada con la revisión bibliográfica.

3.2 Hipótesis para la intervención, después de la revisión

No existe oferta pública de teleasistencia domiciliaria en Costa Rica, en una coyuntura de incremento de la demanda de cuidados y apoyos derivado de la transformación demográfica y cultural. Actualmente Costa Rica tiene la esperanza de vida más alta del continente, solo por detrás de Canadá. Además, tiene el ritmo de envejecimiento más alto de la región (Chaverri-Carvajal & Matus-López, 2021).

En ausencia de servicios de cuidados telemáticos, el envejecimiento demográfico traerá consigo el incremento de la utilización de los servicios hospitalarios por parte de las personas mayores. Y en alguna medida, esa utilización será espuria y se utilizarán los servicios hospitalarios para cuidados no médicos. El recurso de una cama hospitalaria importa, porque en lugar de destinarse al cuidado de la salud, termina convirtiéndose en una cama de asistencia social (Pérez & Avendaño, 2017).

Por otra parte, el coste de un mes de teleasistencia domiciliaria es alrededor de 36 veces inferior a 1 día de camilla hospitalaria en la CCSS. Asimismo, en cumplimiento de lo establecido por la OMS (2015) las personas mayores deben tener alternativas en su domicilio para recibir cuidados y apoyos no médicos cuando así lo requieran. Para ello, el Gobierno Local de Heredia ha dispuesto un servicio de teleasistencia para impactar en los ámbitos de salud, prevención, educación, asistencia social dentro del marco normativo. Consta de 5 servicios:

1. Atención de situaciones de emergencia. Se contactan los servicios de emergencia del 9-1-1 y a familiares o contactos de referencia provistos de previo por la persona usuaria.
2. Atención telefónica para evitar soledad no deseada. Hay protocolo para ello.

3. Se llama a la persona usuaria para recordarle sus citas médicas.
4. Se llama a la persona usuaria para darle consejos sobre cómo tomar sus medicamentos.
5. Aconsejar dentro del protocolo previsto a la personas cuidadoras principales.

El equipo de personas que atienden la central telefónica está integrado por profesionales en psicología, trabajo social, medicina y terapia ocupacional. Además, hay personas no profesionales capacitadas con guías y protocolos elaborados por profesionales para atender los casos según corresponda. Los beneficios que prodigan estos servicios por medio de la teleasistencia buscan:

1. Probar que el contenido prestacional de la teleasistencia mejora la calidad de vida de las personas en situación de dependencia.
2. Evidenciar que las personas en situación de dependencia se sienten más seguras, autónomas y acompañadas con el contenido prestacional brindado a través de la teleasistencia.
3. Demostrar que la teleasistencia puede reducir la demanda espuria en centros hospitalarios y favorecer el uso correcto de fármacos.
4. Acortar brechas tecnológicas, demostrando que las personas adultas mayores pueden aprender el uso de nuevas herramientas tecnológicas.
5. Identificar que la teleasistencia genera mayor seguridad y reduce el burnout en los familiares de los beneficiarios.

4. PROTOCOLO

Instrumentos de recolección base

En la revisión realizada consta que la mayoría de las investigaciones usa las escalas de calidad de vida para las mediciones a personas en situación de dependencia y la escala Zarit cuando se evalúa el impacto sobre las personas cuidadoras. Los instrumentos pre y postest permitirán conocer los impactos de los servicios sobre: a) personas en situación de dependencia y b) personas cuidadoras informales.

Muestra

La municipalidad determinó en concordancia con lo indicado en la Política Nacional de Cuidados 2021-2031 que este servicio está dirigido a personas mayores dependientes leves y moderados. Además, a aquellos con soledad no deseada.

Para estimar la muestra paramétrica se buscó en ENAHO 2022, pero no tiene datos ni por provincia ni por cantón. Se buscaron los microdatos del último censo y no están disponibles. Por estimaciones previas realizadas con el Estudio de caracterización de la dependencia (EBC, 2018), sabemos que en el país en promedio el 13,4% de PAM (población de personas adultas mayores). Esto supone que para Heredia hay 1.742 PAM dependientes. Debido a lo anterior, el N del piloto de teleasistencia con un nivel de confianza del 95% y con un margen de error del 5% sería 317 PAM en cada grupo.

Valoración de la dependencia

Este es el paso uno. Al ser servicios dirigidos a personas en situación de dependencia y con grados diferenciados, para aislar los efectos del programa es esencial que se comparen grupos de personas estadísticamente similares. Por ejemplo, no sería conveniente comparar los efectos de la teleasistencia en una persona dependiente leve respecto de una persona en el grupo de control dependiente severa. Por ello, sólo son elegibles para ambos grupos aquellas personas mayores valoradas leves (35%), moderadas (35%) y no dependientes en soledad no deseada (30%).

Pretest

Se hará a todo el stock de personas valoradas dependientes (por grado), o en soledad no deseada. Se adjunta el documento pretest en el Anexo.

Cuestionarios digitales

Los cuestionarios en sus dos fases serán cargados en una plataforma digital y se llenarán telemáticamente. No se usará papel.

Aleatorización

Una vez valoradas las 634 personas que harán parte de la investigación, se aleatorizarán quienes irán al grupo de tratamiento y al grupo de control. Para ello se usará el programa estadístico SPSS 27.

Inicio de los servicios

Una vez realizado el pretest y habiendo creado los grupos de control y tratamiento, este último inició a recibir el servicio en agosto de 2024.

Restricciones

Bajo ningún motivo el grupo de control deberá recibir servicios. Tampoco se debe de paralizar en ningún momento la concesión de servicios al grupo de tratamiento.

Reemplazos

Ambos grupos tienen al menos un 15% más de personas de lo indicado en la muestra estadística. La literatura indica que en el proceso habrá personas que fallecen o abandonan el experimento. Eso podría traer dificultades para la muestra paramétrica y subsecuentemente, restar potencia estadística a la evaluación.

Postest

La duración de la evaluación es de 12 meses, sin excepción. Para ello, estarán resueltas otras partes como programación, presupuestos, vigencia de contratos de oferentes y otros.

Así, al llegar el mes once de ejecución, los equipos que hayan recogido la información del pretest se pondrán en contacto con ambos grupos.

La dificultad principal suele ser contactar con las personas del grupo de control, las cuales no habrán recibido servicios. Durante ese mes, el equipo de trabajo tendrá la tarea de ubicar a la totalidad de personas de ambos grupos. Llegado el último día de ese onceavo mes, deberá aplicarse el postest a ambos grupos.

Estadísticos paramétricos

Se compararán muestras paramétricas relacionadas. Es decir, conjuntos de datos que guardan una relación específica entre sí. El procedimiento estadístico en asunción de normalidad es la prueba *t* de Student para muestras pareadas. Esta prueba tiene como objetivo evaluar la existencia de una diferencia significativa entre las medias de ambas muestras. La hipótesis nula plantea que no hay una diferencia significativa, en contraste con la hipótesis alternativa que sugiere la presencia de una diferencia significativa.

En caso de fallo en la recolección de datos: estadísticos no paramétricos

Si fallara la recolección de datos, se usarán pruebas estadísticas no paramétricas debido al tamaño de la muestra y a la no asunción de normalidad (pruebas *U* de Mann-Whitney, McNemar y Wilcoxon). Si fuera necesario, se usarán métodos de emparejamiento de muestras.

Paquete estadístico recomendado

En la literatura, la mayor parte de estudios se han realizado utilizando el SPSS 27 o Stata, donde
* Sign. $p < 0.05$ ** Sign. $p < 0,01$.

5. CONCLUSIONES

Ante la ausencia del despliegue de nuevos servicios del gobierno nacional, algunos gobiernos locales en Costa Rica han tomado la vanguardia en el cometido de hacer avanzar los servicios para las personas en situación de dependencia. Al ser un servicio dirigido a personas en situación de dependencia y con grados diferenciados, para aislar los efectos del programa, es esencial que se comparen grupos de personas estadísticamente similares. Este prototipo de teleasistencia domiciliaria en el cantón central de Heredia busca permitir una vida más activa e independiente a las personas mayores y dependientes, aunque se concibe como un servicio de carácter complementario que suele prestarse con otros servicios de atención a la dependencia en domicilio.

Los resultados arrojarán luces y sombras que permitirán calibrar la incipiente oferta municipal y del SINCA, darán claves de la ruta coste-eficiente que deberá tomar el sistema y permitirá retomar conversaciones con actores clave, a los cuales, el impulso de un SINCA vigoroso les beneficia. Como a la Caja Costarricense del Seguro Social, que podría ahorrar mucho en evitar hospitalizaciones espurias.

También podrá visibilizarse la necesidad de invertir más en cuidados derivado de la demanda y se conocerá el potencial de reinserción al mercado de trabajo de las personas cuidadoras que tuvieron que dejar su laburo para cuidar en casa. Además, se pondrá en valor la economía sumergida de los cuidados y se demostrará el potencial de empleabilidad que tiene este mercado, hasta ahora, poco explorado en el país.

Los resultados esperados buscan aportar claves para ampliar la corresponsabilidad social de los cuidados, cerrar brechas de género y consolidar un SINCA sostenible y robusto. Al mismo tiempo, el estudio busca dar cuenta de la urgencia del gobierno nacional por fortalecer sus competencias y financiar a los gobiernos locales para que impulsen la consolidación del SINCA.

Sin cuidados no hay bienestar. La suma es la operación aritmética de la democracia y tomar decisiones en favor de las personas más vulnerables es impostergable.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bentley, C., Powell, L., Orrell, A. & Mountain, G. (2018). Making Telecare desirable rather than a last resort. *Ageing and Society*, 38 (5), 926-953. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001355>
- Blanchard, O. (2021). Los cuidados a domicilio y las plataformas digitales en España. *ARXIUS*, 43: 147-151.
- Blanchard, O. (2023). Las plataformas digitales de cuidados y sus servicios workertech en América Latina y el Caribe. *Banco Interamericano de Desarrollo*. <http://dx.doi.org/10.18235/0004728>
- Bohingamu Mudiyansele, S., Stevens, J., Watts, J. J., Toscano, J., Kotowicz, M. A., Steinfort, C. L., Bell, J., Byrnes, J., Bruce, S., Carter, S., Hunter, C., Barrand, C., & Hayles, R. (2019). Personalised telehealth intervention for chronic disease management: A pilot randomised controlled trial. *Journal of telemedicine and telecare*, 25 (6), 343–352. <https://doi.org/10.1177/1357633X18775850>
- Bower, P., Cartwright, M., Hirani, S. P., Barlow, J., Hendy, J., Knapp, M., Henderson, C., Rogers, A., Sanders, C., Bardsley, M., Steventon, A., Fitzpatrick, R., Doll, H., & Newman, S. (2011). A comprehensive evaluation of the impact of telemonitoring in patients with long-term conditions and social care needs: protocol for the whole systems demonstrator cluster randomised trial. *BMC health services research*, 11, 184. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-184>
- Brown, R. S., & Dale, S. B. (2007). The research design and methodological issues for the Cash and Counseling Evaluation. *Health services research*, 42, (1 Pt 2), 414–445. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00671.x>
- Chaverri-Carvajal, A., & Matus-López, M. (2021). Cuidados de larga duración en Costa Rica: enseñanzas para América Latina desde la evidencia internacional. *Pan American journal of public health*, 45, e146. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.146>
- Chaverri-Carvajal, A., & Matus-López, M. (2023). Impact Evaluation of Cash-For-Care in Latin America's New Long-Term Care Policies: A Randomized Controlled Trial Pilot Study in Costa Rica. *Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society*, Volume 42, Issue 11. <https://doi.org/10.1177/07334648231188284>
- Cilia, N.D., De Stefano, C., Fontanella, F. y Di Freca, A.S. (2018). An Experimental Protocol to Support Cognitive Impairment Diagnosis by using Handwriting Analysis. *Procedia Comput. Sci.*, 141, 466–471. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2018.10.141>

- Correa, G., Domènech, M. (2013). Care Networking: A Study of Technical Mediations in a Home Telecare Service. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 10, no. 7: 3072-3088. <https://doi.org/10.3390/ijerph10073072>
- Doty, P., Kasper, J., & Litvak, S. (1996). Consumer-directed models of personal care: lessons from Medicaid. *The Milbank quarterly*, 74 (3), 377-409.
- Doty, P., Mahoney, K. J., & Simon-Rusinowitz, L. (2007). Designing the Cash and Counseling Demonstration and Evaluation. *Health services research*, 42 (1 Pt 2), 378-396. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00678.x>
- Gálvez, L. (2013). Empleo y sostenibilidad social en Andalucía: análisis de la provisión de servicios para la dependencia. Sevilla: Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces, Consejería de la Presidencia, Junta de Andalucía.
- Gathercole, R., Bradley, R., Harper, E., Davies, L., Pank, L., Lam, N., Davies, A., Talbot, E., Hooper, E., Winson, R., Scutt, B., Montano, V. O., Nunn, S., Lavelle, G., Lariviere, M., Hirani, S., Brini, S., Bateman, A., Bentham, P., Burns, A., ... Howard, R. (2021). Assistive technology and telecare to maintain independent living at home for people with dementia: the ATTILA RCT. *Health technology assessment* (Winchester, England), 25 (19), 1-156. <https://doi.org/10.3310/hta25190>
- Gellis, Z. D., Kenaley, B., McGinty, J., Bardelli, E., Davitt, J., & Ten Have, T. (2012). Outcomes of a telehealth intervention for homebound older adults with heart or chronic respiratory failure: a randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 52 (4), 541-552. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr134>
- Gertler, P., Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L. y Vermeersch, C. (2017). *La evaluación de impacto en la práctica*. Segunda Edición. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-evaluaci%C3%B3n-de-impacto-en-la-pr%C3%A1ctica-Segunda-edici%C3%B3n.pdf>
- Gokalp H, de Folter J, Verma V, Fursse J, Jones R, Clarke M. (2018). Integrated Telehealth and Telecare for Monitoring Frail Elderly with Chronic Disease. *Telemed J E Health*. 24 (12):940-957. <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0322>
- Gomes, L. A., Gregório, M. J., Iakovleva, T. A., Sousa, R. D., Bessant, J., Oliveira, P., Branco, J. C., Canhão, H., & Rodrigues, A. M. (2021). A Home-Based eHealth Intervention for an Older Adult Population With Food Insecurity: Feasibility and Acceptability Study. *Journal of medical Internet research*, 23 (8). <https://doi.org/10.2196/26871>

- Hirani SP, Beynon M, Cartwright M, Rixon L, Doll H, Henderson C, Bardsley M, Steventon A, Knapp M, Rogers A, Bower P, Sanders C, Fitzpatrick R, Hendy J, Newman S.P. (2014). The effect of telecare on the quality of life and psychological well-being of elderly recipients of social care over a 12-month period: the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age Ageing*. 43 (3):334-41. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft185>
- Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Norton, K., Morrison, G., Carpenter, J., & Tu, W. (2010). Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer: a randomized trial. *JAMA*, 304 (2), 163–171. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.944>
- Martin-Khan M., Freeman S., Adam K., Betkus G. (2017). The Evolution of Telehealth. In: Marston H., Freeman S., Musselwhite C. (eds) *Mobile e-Health. Human-Computer Interaction Series*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-60672-9_8
- Martínez, O., Amayra, I., López-Paz, J. F., Lázaro, E., Caballero, P., García, I., Rodríguez, A. A., García, M., Luna, P. M., Pérez-Núñez, P., Barrera, J., Passi, N., Berrocoso, S., Pérez, M., & Al-Rashaida, M. (2021). Effects of Teleassistance on the Quality of Life of People With Rare Neuromuscular Diseases According to Their Degree of Disability. *Frontiers in psychology*, 12, 637413. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.637413>
- Matus-López, M., & Chaverri-Carvajal, A. (2024). Comparison of Frailty Determinants in Latin America: A National Representative Study in Brazil and Chile. *Public Health*, 228, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.11.041>
- Matus-López, M., & Chaverri-Carvajal, A. (2022). Progress Toward Long-Term Care Protection in Latin America: A National Long-Term Care System in Costa Rica. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23 (2): 266–271. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.06.021>
- Matus-Lopez, M., Chaverri-Carvajal, A., & Jara-Males, P. (2022). O desafio de envelhecer na América Latina: cuidados prolongados na Costa Rica. *Saúde E Sociedade*, 31 (1). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022201078>
- Matus, M., & Vega, M. (2016). *Los cuidados para la atención a la dependencia*, Gálvez L.(ed.). La economía de los cuidados, Deculturas Ediciones: Sevilla.
- McCarney, R., Warner, J., Iliffe, S., van Haselen, R., Griffin, M. y Fisher, P. (2007). The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Medical Research Methodology*. Vol. 7. núm. 30, pp. 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-30>

- Musselwhite C., Freeman S., Marston H.R. (2017). An Introduction to the Potential for Mobile eHealth Revolution to Impact on Hard to Reach, Marginalised and Excluded Groups. In: Marston H., Freeman S., Musselwhite C. (eds) *Mobile e-Health. Human-Computer Interaction Series*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-60672-9_1
- Pomeranz, D. (2011). Métodos de Evaluación. Harvard Business School. pp.1-12. https://www.hbs.edu/ris/Supplemental%20Files/Metodos-de-Evaluacion-de-Impacto_50067.pdf
- Rotondo, E., Galimberti, D., Mercurio, M., Giardinieri, G., Forti, S., Vimercati, R., Borracci, V., Fumagalli, G. G., Pietroboni, A. M., Carandini, T., Nobili, A., Scarpini, E., & Arighi, A. (2022). Caregiver Tele-Assistance for Reduction of Emotional Distress During the COVID-19 Pandemic. Psychological Support to Caregivers of People with Dementia: The Italian Experience. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 85 (3), 1045–1052. <https://doi.org/10.3233/JAD-215185>
- Sachetti, F. C., D'alessandre, V., Robino, C., Freiwald, K., Panda, A., Dewan, S., Desai, M. (2023). *Mitigating Risks and Harnessing Opportunities for the Digitally Enabled Care Economy*.
- Saeed, N., Manzoor, M., & Khosravi, P. (2020). An exploration of usability issues in telecare monitoring systems and possible solutions: a systematic literature review. *Disability and rehabilitation. Assistive technology*, 15 (3), 271–281. <https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1578998>
- Sethi, R., Bagga, G., Carpenter, D., Azzi, D., & Khusainov, R. (2012). Legal, ethical and socio-economic aspects of community telecare. IET Seminar on Assisted Living. <https://doi.org/10.1049/ic.2011.0023>
- Shany, T., Hession, M., Pryce, D., Roberts, M., Basilakis, J., Redmond, S., Lovell, N., & Schreier, G. (2017). A small-scale randomised controlled trial of home telemonitoring in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of telemedicine and telecare*, 23 (7), 650–656. <https://doi.org/10.1177/1357633X16659410>
- Soldatova, L. N., Nadis, D., King, R. D., Basu, P. S., Haddi, E., Baumlé, V., Saunders, N. J., Marwan, W., & Rudkin, B. B. (2014). EXACT2: the semantics of biomedical protocols. *BMC bioinformatics*, 15 Suppl 14 (Suppl 14), S5. <https://doi.org/10.1186/1471-2105-15-S14-S5>
- Steventon, A., Bardsley, M., Billings, J., Dixon, J., Doll, H., Beynon, M., Hirani, S., Cartwright, M., Rixon, L., Knapp, M., Henderson, C., Rogers, A., Hendy, J., Fitzpatrick, R., & Newman, S. (2013). Effect of telecare on use of health and social care services: findings from the

Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age and ageing*, 42 (4), 501–508. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft008>

Tchalla, A. E., Lachal, F., Cardinaud, N., Saulnier, I., Rialle, V., Preux, P. M., & Dantoine, T. (2013). Preventing and managing indoor falls with home-based technologies in mild and moderate Alzheimer's disease patients: pilot study in a community dwelling. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 36(3-4), 251–261. <https://doi.org/10.1159/000351863>

Varey S., Dixon M., Hernández A., Mateus C., Palmer T., Milligan C. (2021). The role of combinatorial health technologies in supporting older people with long-term conditions: Responsibilisation or co-management of healthcare? *Social Science & Medicine*, 269. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113545>

Wong, A. K. C., Wong, F. K. Y., Chow, K. K. S., Wong, S. M., & Lee, P. H. (2021). Effect of a Telecare Case Management Program for Older Adults Who Are Homebound During the COVID-19 Pandemic: A Pilot Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 4 (9). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.23453>

Yanicelli, L. M., Goy, C. B., González, V. D. C., Palacios, G. N., Martínez, E. C., & Herrera, M. C. (2021). Non-invasive home telemonitoring system for heart failure patients: A randomized clinical trial. *Journal of telemedicine and telecare*, 27 (9), 553–561. <https://doi.org/10.1177/1357633X19899261>

ANEXO

Formulario Pretest

BLOQUE 1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la persona cuidadora (sin apellidos)

1. Código del cuestionario (Formado por las iniciales de la persona cuidadora y la persona en situación de dependencia)

Fecha: dd/mm/aa

2. Región donde se realizan los cuidados y apoyos

- | | | |
|------------------|-----------------|---------------------|
| 1. Central Norte | 2. Central Sur | 3. Oriente |
| 4. Occidente | 5. Huetar Norte | 6. Pacífico Central |
| 7. Brunca | 8. Caribe | 9. Chorotega |

BLOQUE 2. PREGUNTAS BÁSICAS SOBRE LA PERSONA CUIDADORA

3. Sexo

- | | |
|----------|-----------|
| 1. Mujer | 0. Hombre |
|----------|-----------|

4. Edad en años cumplidos

Escribir años y meses

5. Nacionalidad

- | | |
|---------------|---------|
| 1. Costa Rica | 0. Otro |
|---------------|---------|

6. Estado civil

- | | | |
|----------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 0. Soltera (o) | 1. Casada (o)/ Pareja de hecho | 2. Divorciada (o)/ Separada (o) |
| 3. Viuda (o) | | |

7. Escolaridad del cuidador

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. Primaria incompleta | 2. Primaria completa |
| 3. Secundaria incompleta | 4. Secundaria completa |
| 5. Universitaria incompleta | 6. Universitaria completa |

8. Cuántas horas por día, en promedio, dedica a la persona en situación de dependencia

Cantidad de horas

9. ¿De qué hora a qué hora realiza tareas de cuidados y apoyos?

Hora de inicio:

Hora de fin:

Nota: Cuando las personas cuidadoras no coincidan con estos turnos, se elegirá aquél al que corresponda la mayor cantidad de horas en la atención brindada.

10. Hay más personas involucradas en el cuidado de la persona dependiente. Incluye: a personas que realizan el cuidado de forma sustitutiva al cuidador fijo o principal. Esto puede realizarse con horario fragmentado y de forma habitual, eventual o por única vez. Por ejemplo, en ocasión o situación de una cita.

- | | |
|----------|-----------|
| 1. Mujer | 0. Hombre |
|----------|-----------|

11. Cantidad de personas involucradas.

Número de personas:

12. ¿Ha recibido capacitación en cuanto al tema de cuidado?

- | | |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

13. 1. ¿Ha sido en algún centro especializado?

2. ¿En la comunidad o con amigos? Informal

14. ¿Qué institución le ha capacitado?

1. INA

2. CCSS

3. Academia

4. Otra

15. ¿Hace cuánto tiempo apoya en cuidados a la persona en situación de dependencia? Si es menos de 1 año, señale el número 1

Tiempo en años

16. ¿Tiene seguro social?

1. Si

0. No

**BLOQUE 1.2. PREGUNTAR A CUIDADORAS. ESCALA ZARIT ABREVIADA.
RESPUESTA MÚLTIPLE.**

Lea y pregunte sólo sí o no a cada sentimiento que “siente” la cuidadora.

Puntuación: (1) Nunca (2) Rara vez (3) Algunas veces (4) Bastantes veces

(5) Casi siempre

	1	2	3	4	5
17. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a la persona que cuida no tiene suficiente tiempo para usted?	<input type="checkbox"/>				
18. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	<input type="checkbox"/>				
19. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	<input type="checkbox"/>				

20. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?

21. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?

22. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?

23. Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?

1=Si 0=No

24. Exhausto/a

25. Miedo

26. Estrés

27. Deprimido

28. Angustiado

BLOQUE 1.3. SERVICIO DE RESPIRO FAMILIAR. PREGUNTAR A CUIDADORAS. NO PAGADO DEL BOLSILLO. DE LOS SIGUIENTES ESCENARIOS HIPOTÉTICOS, ¿QUÉ LE VENDRÍA BIEN? ¿CUÁNTO?

Respuesta múltiple. Puntuar de 1 a 5, donde 1 es menos y 5 es más.

1 2 3 4 5

29. Apoyo en el domicilio con algunas horas en el aseo de la casa, higiene personal y movilización para persona dependiente.

	1	2	3	4	5
30. Provisión de alimentos preparados previamente para la persona dependiente	<input type="checkbox"/>				
31. Suministro de medicamentos para la persona dependiente	<input type="checkbox"/>				
32. Acompañamiento en el cuidado para dedicar más tiempo a actividades de ocio al cuidador	<input type="checkbox"/>				
33. Ayuda en el transporte para cuidador y la persona dependiente	<input type="checkbox"/>				
34. Atención psicológica o contención emocional para el cuidador/a	<input type="checkbox"/>				
35. Recibir talleres o capacitación para el cuidador familiar	<input type="checkbox"/>				
36. Que la persona dependiente asista por algunas horas a un centro de diurno o nocturno	<input type="checkbox"/>				

BLOQUE 2. PREGUNTAS BÁSICAS SOBRE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

37. Sexo

1. Mujer

2. Hombre

38. Edad de la persona en situación de dependencia en años cumplidos

Cantidad de años

39. Nivel educativo más alto alcanzado por la persona con discapacidad

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. Primaria incompleta | 2. Primaria completa |
| 3. Secundaria incompleta | 4. Secundaria completa |
| 5. Universitaria incompleta | 6. Universitaria completa |

40. Parentesco con la persona cuidadora principal

- | | | |
|-----------------|-----------|------------------|
| 1. Hijo | 2. Hija | 3. Hermano |
| 4. Hermana | 5. Padre | 6. Madre |
| 7. Abuelo | 8. Abuela | 9. Otro familiar |
| 10. No familiar | | |

41. Cuántas personas viven en la casa

No de personas que viven en casa.

42. ¿Cuánto se gasta mensualmente en su hogar en total para gastos básicos como alimentación, agua, luz, etc.? _____

Monto en miles de colones

43. Más o menos cuánto dinero ingresa mensualmente a este hogar

1. Los ingresos mensuales de hogar van de ₡ 0 a ₡ 203 037
2. Los ingresos mensuales de hogar van de ₡ 203 038 a ₡ 433 789
3. Los ingresos mensuales de hogar van de ₡ 433 790 a ₡ 709 442
4. Los ingresos mensuales de hogar van de ₡ 709 443 a ₡ 1 079 538
5. Los ingresos mensuales de hogar van de ₡ 1 079 539 a ₡ 2 538 758 o más

44. Tipo de apoyos que necesita la persona en situación de dependencia. (Incluye: los que usa actualmente y los que le han sido recomendados, pero no los tiene. NO SON LOS QUE EL CUIDADOR LE COMPRARÍA). Respuesta múltiple.

1. Pañales
2. Audífonos
3. Zapatos ortopédicos
4. Muletas
5. Utensilios para la alimentación
6. Utensilios para manejarse en la ducha o inodoro
7. Silla de ruedas
8. Cama especial
9. Complementos nutricionales

BLOQUE 2.1. PREGUNTAS SOBRE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE LA SANIDAD PÚBLICA

45. ¿Cuántas noches estuvo hospitalizado el año pasado? Marque el número de noches que esa persona pasó en un hospita

Número de días:

46. ¿Cuántas noches veces llamó al 911 el año pasado la persona en situación de dependencia? Marque el número de noches que esa persona pasó en un hospital

Número de días:

2. Algo mejor ahora que hace un año
3. Más o menos igual ahora que hace un año
4. Algo peor ahora que hace un año
5. Mucho mejor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES QUE PODRÍA REALIZAR DURANTE UN DÍA NORMAL. ¿LE LIMITA AHORA SU SALUD EN ESTAS ACTIVIDADES? EN CASO AFIRMATIVO, EN QUÉ MEDIDA:

(marque con un círculo un número en cada línea)

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

A. Actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados o practicar deportes agotadores.	1	2	3
B. Actividades moderadas, como mover una mesa, pasar la aspiradora, o caminar más de una hora?	1	2	3
C. Cargar las bolsas de las compras	1	2	3
D. Subir varios pisos por escalera	1	2	3
E. Subir un solo piso por escalera	1	2	3
F. Inclinarsse, arrodillarse o agacharse	1	2	3
G. Caminar más de un kilómetro	1	2	3
H. Caminar varias cuadras (más o menos 500 metros)	1	2	3
I. Caminar cien metros	1	2	3
J. Bañarse o vestirse usted mismo	1	2	3

4. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿CUÁNTAS VECES HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON SU TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES COTIDIANAS HABITUALES COMO CONSECUENCIA DE SU SALUD FÍSICA?

(Encierre en un círculo un número en cada línea)

1. Todo el tiempo 2. La mayoría de veces 3. Algunas veces

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades cotidianas habituales como consecuencia de su salud física?

(Encierre en un círculo un número en cada línea)

1. **Todo** el tiempo 2. La **mayoría** de veces 3. **Algunas** veces
4. **Pocas** veces 5. **Ninguna** vez

A. Reducir la **cantidad de tiempo** que dedica al trabajo o a otras actividades. 1 2 3 4 5

B. Hacer **menos de lo que hubiera querido** hacer. 1 2 3 4 5

C. **Limitar** el tipo de trabajo u otras actividades. 1 2 3 4 5

D. Tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal). 1 2 3 4 5

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias habituales como consecuencia de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

(Encierre en un círculo un número en cada línea)

1. **Todo** el tiempo 2. La **mayoría** de veces 3. **Algunas** veces
4. **Pocas** veces 5. **Ninguna** vez

A. Reducir **el tiempo dedicado** al trabajo o a sus actividades cotidianas 1 2 3 4 5

B. Hacer **menos de lo que hubiera querido** hacer 1 2 3 4 5

C. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre 1 2 3 4 5

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, vecinos u otras personas? (Encierre una)

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

7. ¿Cuánto dolor corporal ha tenido durante las últimas 4 semanas?
(Encierre una)

1. No, Ninguno 2. Sí, Muy poco 3. Sí, Poco
4. Sí, Moderado 5. Sí, Mucho 6. Sí, Muchísimo

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y tareas domésticas) (Encierre una)

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

(Marque un número en cada línea)

1. **Siempre** 2. **Casi siempre** 3. **Algunas veces**
4. **Solo una vez** 5. **Nunca**

A. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5
B. ¿Ha estado muy nervioso?	1	2	3	4	5
C. ¿Te has sentido tan abatido que nada ha podido animarte?	1	2	3	4	5
D. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5
E. ¿Tenía mucha energía?	1	2	3	4	5
F. ¿Estaba desanimado y triste?	1	2	3	4	5
G. ¿Se sintió agotado?	1	2	3	4	5
H. ¿Se sintió feliz?	1	2	3	4	5
I. ¿Se sintió cansado?	1	2	3	4	5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases (Encierre un número en cada línea)

1. Totalmente cierto 2. Bastante cierto 3. No lo sé
4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa

A. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
B. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
C. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
D. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

