

Manuscript Number: SEMERGEN-D-17-00326R2

Title: Prevalencia de personas mayores confinadas en su hogar en España  
Prevalence of homebound among older people in Spain

Article Type: Original

Keywords: Palabras clave: Confinamiento; discapacidad; prevalencia;  
personas mayores; vulnerabilidad; CIF

Keywords: Homebound; disability; prevalence; older adults; vulnerability;  
ICF

Corresponding Author: Ms. Alba Ayala Garcia, MSc

Corresponding Author's Institution: Centro de Ciencias Humanas y Sociales  
(CCHS-CSIC)

First Author: Alba Ayala Garcia, MSc

Order of Authors: Alba Ayala Garcia, MSc; Rogelio Pujol; Antonio Abellán

Abstract: Resumen

Objetivo: Se desconoce el número de personas mayores que viven confinadas en su hogar debido a problemas funcionales o de otra naturaleza. El objetivo de este estudio fue estimar su prevalencia en España y conocer sus principales características.

Material y métodos: Se utilizó la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. Se definió el confinamiento a partir de la dificultad declarada para movilidad fuera del hogar: personas confinadas en sentido estricto (no pueden salir nunca), semi-confinadas (pueden salir con ayuda pero con serias dificultades), y el resto fueron no confinadas. Se utilizaron los calificadores de capacidad y desempeño para evaluar el efecto final de la prestación de ayuda técnica o personal. Se calcularon prevalencias y se compararon características sociodemográficas y de salud.

Resultados: Sobre un total de 2.146.362 de personas mayores con discapacidad, el 8,1% (IC 95%=8,1-8,2) resultó población confinada en sentido estricto, y un 16,0% (IC 95%=15,9-16,0) semi-confinada. Las personas mayores confinadas eran sobre todo mujeres, tenían una mayor edad media y un nivel bajo de estudios; declararon más dificultades ante las barreras del entorno; presentaron peor salud percibida, mayor número discapacidades, condiciones crónicas de salud y más problemas funcionales.

Conclusiones: La prevalencia de personas mayores confinadas en su hogar, entre todas las que se encuentran en situación de discapacidad, alcanzó el 24,1%. Sus características sociales, de salud y funcionales sugieren situaciones de vulnerabilidad. La información sobre confinamiento puede contribuir a la mejora de planes de actuación social o de salud y facilita la visibilidad de este problema.

Abstract

Objective: The number of older people with functional or other problems that prevent them from leaving home is unknown. The objective of this

## **Prevalencia de personas mayores confinadas en su hogar en España**

### **Prevalence of homebound among older people in Spain**

Alba Ayala (1,2), Rogelio Pujol (3), Antonio Abellán (1)

(1) Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD), Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS-CSIC)

(2) Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

(3) Instituto Nacional de Estadística (INE)

#### Autor de correspondencia:

Alba Ayala García  
Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS-CSIC)  
C/ Albasanz, 26, despacho 3E10.  
28037 Madrid, España  
Tel.: +34 91 602 2752

## Resumen

Objetivo: Se desconoce el número de personas mayores que viven confinadas en su hogar debido a problemas funcionales o de otra naturaleza. El objetivo de este estudio fue estimar su prevalencia en España y conocer sus principales características.

Material y métodos: Se utilizó la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. Se definió el confinamiento a partir de la dificultad declarada para movilidad fuera del hogar: personas confinadas en sentido estricto (no pueden salir nunca), semi-confinadas (pueden salir con ayuda pero con serias dificultades), y el resto fueron no confinadas. Se utilizaron los calificadores de capacidad y desempeño para evaluar el efecto final de la prestación de ayuda técnica o personal. Se calcularon prevalencias y se compararon características sociodemográficas y de salud.

Resultados: Sobre un total de 2.146.362 de personas mayores con discapacidad, el 8,1% (IC 95%=8,1-8,2) resultó población confinada en sentido estricto, y un 16,0% (IC 95%=15,9-16,0) semi-confinada. Las personas mayores confinadas eran sobre todo mujeres, tenían una mayor edad media y un nivel bajo de estudios; declararon más dificultades ante las barreras del entorno; presentaron peor salud percibida, mayor número discapacidades, condiciones crónicas de salud y más problemas funcionales.

Conclusiones: La prevalencia de personas mayores confinadas en su hogar, entre todas las que se encuentran en situación de discapacidad, alcanzó el 24,1%. Sus características sociales, de salud y funcionales sugieren situaciones de vulnerabilidad. La información sobre confinamiento puede contribuir a la mejora de planes de actuación social o de salud y facilita la visibilidad de este problema.

Palabras clave: Confinamiento; discapacidad; prevalencia; personas mayores; vulnerabilidad; CIF

## Abstract

Objective: The number of older people with functional or other problems that prevent them from leaving home is unknown. The objective of this study was to estimate the prevalence of homebound status in Spain and to know their main characteristics.

Material and methods: The Survey on Disability, Personal Autonomy and Dependency situations was used. Homebound status was defined according to declared difficulty with regard to mobility outside home: complete homebound (they are not able to leave home), semi-homebound (they have serious difficulties but can leave with help), and the individuals without problems were not homebound. Capacity and performance qualifiers were used to assess the final impact of technical or personal help. Prevalences were calculated and sociodemographic and health characteristics were compared for the different groups.

Results: 8.1% (95% CI = 8.1-8.2) and 16.0% (95% CI = 15.9-16.0) out of a total of 2,146,362 older people with disabilities were (complete) homebound and semi-homebound, respectively. The older persons in homebound status were mostly women; they had a higher average age and low education level; they declared more difficulty for the environmental barriers; and they presented worse perceived health, greater number of disabilities, chronic health conditions and more functional problems.

Conclusions: The prevalence of older disabled people in homebound status reached 24.1%. The social, health and functional characteristics suggest situations of vulnerability. The information on homebound individuals could contribute to enhance social and health plans and to raise the visibility of this problem.

Keywords: Homebound; disability; prevalence; older people; vulnerability; ICF

## Introducción

1  
2  
3 Un creciente número de personas mayores, y el aumento continuado de su edad  
4 media y en consecuencia de sus problemas funcionales, implica mayor probabilidad de  
5 que un alto número de ellas tenga dificultades para salir fuera de casa y por tanto  
6 vivan en alguna forma de confinamiento. Se desconoce el número de personas que  
7 viven confinadas en su hogar en España. Este conjunto de personas tiene escasa  
8 visibilidad social por haber sido poco estudiado y por la propia naturaleza de sus  
9 problemas de movilidad física, que limita gravemente el contacto con el exterior y no  
10 puede beneficiarse de las ventajas de vivir en sociedad. Además, suele precisar  
11 intensamente asistencia personal y servicios sociales y sanitarios<sup>1</sup>. Por ese motivo,  
12 conocer su prevalencia ayudaría a organizar adecuadamente servicios sociales y  
13 sanitarios de atención que repercutan positivamente en su calidad de vida.  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28

29 Se han realizado algunos intentos para medir la magnitud de este fenómeno en  
30 diferentes países<sup>2-7</sup>. En España, en los niveles básicos de atención social y sanitaria  
31 puede conocerse el problema del confinamiento<sup>8-10</sup>. Sin embargo, no se conoce una  
32 cifra aproximada de las personas confinadas, ni existen estudios globales de  
33 prevalencia y características obtenidos de una muestra representativa.  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41

42 Este estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de las personas mayores  
43 confinadas en su hogar, entre todas las que se encuentran en situación de  
44 discapacidad en España, y conocer sus características sociodemográficas, de entorno  
45 físico, de salud y de estado funcional.  
46  
47  
48  
49  
50  
51

## Material y métodos

### Muestra del estudio

52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 Se utilizaron los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y  
2 situaciones de Dependencia (EDAD) realizada por el Instituto Nacional de Estadística  
3 en 2008. Entre los distintos objetivos de la encuesta se encuentra el estimar el número  
4 de personas con discapacidad que residen en España en viviendas familiares y  
5 conocer el número, naturaleza y severidad de sus limitaciones funcionales. Se trata de  
6 una muestra representativa a nivel provincial (n=258.187 individuos), obtenida  
7 mediante muestreo bietápico estratificado. Para este estudio, se seleccionan todas las  
8 personas mayores; se considera persona mayor a la que tiene 65 ó más años  
9 (n=45.553), y entre ellas se incluyeron aquellas que declaran alguna discapacidad o  
10 limitación funcional de una lista de 44 ítems (n=13.311). Una vez identificadas estas  
11 personas, y sólo a ellas y no al resto de personas mayores, se les pasó un segundo  
12 módulo de la encuesta con detalles sobre sus discapacidades, su salud y su entorno;  
13 se han descartado todos los registros con información faltante en este módulo de  
14 discapacidad (5,3%). Se asumió que las personas que no refieren deficiencias ni  
15 discapacidades, es decir, el resto de la población sin discapacidad, no presentan  
16 problemas de confinamiento y quedan fuera del estudio. También se excluyeron del  
17 estudio las personas mayores con discapacidad institucionalizadas (hospitales  
18 geriátricos, residencias de mayores, otros alojamientos colectivos). Todos los análisis  
19 estadísticos fueron realizados utilizando factores de elevación a la población  
20 procedentes del diseño muestral.  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44

### 45 Definición

46 No existe una definición estándar de persona confinada en su hogar. La mayoría de  
47 autores se inclinan por medir el confinamiento de acuerdo a la escasa frecuencia de  
48 salida de la vivienda<sup>2, 8, 11-13</sup>, o por frecuencia y dificultad de movilidad<sup>3-5, 9, 14</sup>. En este  
49 trabajo se utilizó la discapacidad para delimitar la población base sobre la que estimar  
50 la cifra y prevalencia de personas confinadas, y en concreto a través de la pregunta  
51 sobre dificultad para andar o moverse fuera de su vivienda, es decir adoptamos un  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

criterio de dificultad para la movilidad; vivienda, hogar y casa son términos utilizados indistintamente en este estudio. Discapacidad se identifica con limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de un año, y que tenga su origen en una deficiencia o que obedezcan a procesos degenerativos en los que la edad de la persona influye decisivamente, como es el caso de las personas mayores<sup>15</sup>.

La encuesta EDAD permite poner en contexto el concepto de discapacidad dentro del marco conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud<sup>16</sup>. En concreto, en este trabajo se desarrolló una medición que diferencia entre capacidad del individuo para realizar una actividad cotidiana (andar o moverse fuera de su vivienda, en este caso) y desempeño en la realización de esa actividad, dos calificadores de la actividad y la participación de la citada clasificación<sup>17-19</sup>.

La capacidad describe la aptitud o habilidad intrínseca inicial del individuo para realizar una actividad o tarea, de acuerdo a sus características personales; indica el máximo nivel probable de funcionamiento. Se pregunta en la encuesta de referencia (EDAD) de la siguiente forma: “por problemas de salud o discapacidad ¿tiene una dificultad importante para andar o moverse fuera de su vivienda sin ayudas y sin supervisión?”. El desempeño, realización o ejecución de una tarea por parte del individuo, es lo que éste puede hacer en sus actuales y reales circunstancias teniendo en cuenta el contexto o entorno, y concretamente considerando si es ayudado para la realización de la actividad, apoyo que puede proceder de otra persona o de una ayuda técnica, o de ambas<sup>17</sup>.

La Figura 1 recoge este marco conceptual y el flujo para obtener los datos definitivos sobre confinamiento. A las personas con discapacidad se les preguntó concretamente por la dificultad de movilidad fuera de su vivienda; a las que declaran dificultad, es

1 decir, aquellas cuya capacidad o habilidad intrínseca dificulta realizarla, en cualquiera  
2 de sus tres niveles de dificultad (moderado, severo, total), se les volvió a preguntar  
3 sobre su desempeño, que en el caso que nos ocupa se formula: “¿Con qué nivel de  
4 dificultad diría que puede andar o moverse fuera de su vivienda cuando recibe ayuda o  
5 asistencia personal?”. Tras la influencia de la ayuda, el nivel de dificultad puede ser:  
6 sin dificultad (ha desaparecido la discapacidad), moderado, severo o total (continúa sin  
7 poder realizar la actividad). Este doble filtro, capacidad y desempeño, nos permite  
8 definir y tipificar a las personas confinadas en su hogar.  
9

10 Se considera persona confinada en su hogar a aquella que no puede salir de casa, es  
11 decir, que tiene limitación importante para andar o moverse fuera, a) tanto la que no  
12 puede salir nunca aún recibiendo ayuda para hacerlo (confinada estricta), b) como la  
13 que puede salir cuando recibe ayuda técnica o personal o ambas, pero lo hace con  
14 seria dificultad (semi-confinada). En el caso de que la persona con limitación para salir  
15 no reciba ayuda técnica ni personal, mantiene su nivel de dificultad que responde a su  
16 capacidad intrínseca inicial: si el nivel es total la persona se clasifica como confinada  
17 estricta, si es severo se la clasifica como semi-confinada. Al resto de personas con  
18 discapacidad para movilidad exterior, o para cualquier otra limitación funcional que no  
19 se encuentra en ninguno de los grupos anteriores, se les considera como no  
20 confinadas.  
21

### 22 Medidas

23 Se calcularon diferentes medidas (variables) sobre las características de las personas  
24 de las diferentes categorías de confinamiento. Variables sociodemográficas: sexo,  
25 edad, estado civil, nivel de instrucción, ingresos del hogar, medidos como ingresos por  
26 unidad de consumo según la metodología de la Organización para la Cooperación y el  
27 Desarrollo Económicos (OCDE)<sup>20</sup>, y tipo de hogar. Variables del entorno: problemas de  
28 accesibilidad en su edificio (portal de su casa, ascensor y escaleras) y de transporte  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

público (acceder a estaciones, apeaderos, andenes, plataformas, intercambiadores), y en la movilidad exterior (dificultad en aceras, para cruzar la calle, o superar obstáculos). Las variables de relaciones sociales son: oportunidad de hablar con personas que no conoce, relacionarse con sus amistades o personas cercanas y hacer nuevos amigos/as. Variables de salud: estado de salud, número de enfermedades, una selección de enfermedades que pudiesen afectar directamente a la condición de confinamiento. Variables sobre estado funcional: codiscapacidad, severidad de la discapacidad, problemas en general para realización de actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales, ABVD y AIVD), dificultad para desarrollar las siguientes actividades: lavarse, controlar las necesidades o realizar las actividades relacionadas con la micción, y las relacionadas con la defecación, vestirse o desvestirse, llevar a cabo las tareas de comer o beber. Por último, se les preguntó si habían recibido en los últimos 14 días servicios de teleasistencia o atención a domicilio.

### Análisis de datos

Para cada grupo de personas confinadas (en sentido estricto y semi-confinadas) y no confinadas, se estimaron las prevalencias nacionales, así como sus intervalos de confianza (IC) al 95% de nivel de confianza. Se calcularon medias y desviaciones típicas para las variables continuas y los porcentajes de las variables categóricas. Además, se compararon las diferencias entre las personas confinadas estrictas y el resto de grupos (semi-confinadas y no confinadas) para cada una de las características a través de pruebas t de Student y ji-cuadrado.

### **Resultados.**

La prevalencia de personas confinadas en su hogar, en sentido estricto, fue del 8,1% (IC 95%=8,1-8,2), 174.376 personas, estimadas sobre un total de 2.146.362 de personas mayores con alguna discapacidad. La prevalencia de las personas semi-

1  
2 confinadas fue de 16,0% (IC 95%=15,9-16,0), 343.082 personas, y la de las no  
3 confinadas fue de 75,9% (IC 95%=75,8-75,9), 1.628.905 personas (Tabla 1). La  
4 proporción de población mayor con discapacidad no considerada en el estudio por  
5 falta de datos sobre movilidad fue de 3,6%.  
6  
7

8  
9  
10 De las personas que inicialmente declararon dificultad para andar o moverse fuera  
11 (1.137.037), el 20,8% no recibía ayuda para sus limitaciones y el restante 79,2% la  
12 recibía. A este último conjunto se les volvió a preguntar por su nivel de dificultad tras  
13 esa ayuda. La relación entre la capacidad intrínseca de un individuo con lo que  
14 realmente puede hacer tras recibir ayuda (desempeño) se recoge en la Figura 2. Entre  
15 los que no podían realizar la actividad de ninguna forma antes de la ayuda (es decir,  
16 su nivel de dificultad era total), un 24,6% continuaba sin poder realizarla a pesar de las  
17 ayudas; 42,9% baja un grado en su nivel de dificultad, puede realizar la actividad pero  
18 con restricción severa; un 22,7% baja dos grados, a dificultad moderada, y 9,7%  
19 puede realizarla sin dificultad. El procedimiento fue el mismo con los otros niveles de  
20 dificultad previos.  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33

34  
35 Las características sociodemográficas y del entorno de los diferentes grupos de  
36 confinamiento se recogen en la Tabla 2. Las personas confinadas en su hogar, en  
37 sentido estricto, fueron sobre todo mujeres (74,2%); de más edad (84,2 años de  
38 media) que las semi-confinadas (80,2) y las no confinadas (77,8); y sobre todo  
39 personas viudas (59,1%). Tenían menor nivel de instrucción (70,3% analfabetas o con  
40 estudios incompletos), proporción más elevada que en las personas semi-confinadas y  
41 mucho mayor que en el resto. El grupo de confinados estrictos presentó un porcentaje  
42 de ingresos por unidad de consumo más elevados que los otros grupos. Las personas  
43 confinadas en sentido estricto y semi-confinadas vivían destacadamente en hogares  
44 multigeneracionales, y en escasa proporción en hogares unipersonales, tipo de hogar  
45 en el que destacaban las personas sin problemas de confinamiento.  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Con respecto a las características del entorno físico y social, las personas confinadas y semiconfinadas presentaron serios problemas para subir o bajar escaleras (94,3% y 90,8% respectivamente); también confesaron dificultades para moverse por el portal, ascensor y transporte público. La mayoría de las personas confinadas no tuvieron ninguna oportunidad de hablar con desconocidos o de relacionarse con amistades o personas cercanas y menos aún de hacer nuevos amigos.

La Tabla 3 recoge las características de salud y funcionales. El grupo de personas confinadas estrictas declaró peor estado de salud (68,1% malo/muy malo), y una media de 3,4 enfermedades crónicas. Este grupo presentó mayores problemas cognitivos que los otros dos grupos (63,6%), mayor proporción en accidentes cerebrovasculares; sin embargo, declararon menos problemas osteoarticulares. Los grupos de población confinada estricta y semi-confinada presentaron problemas importantes en su estado funcional. Los primeros mostraron un alto índice de codiscapacidad (23,6 discapacidades declaradas de media, sobre un total de 44 ítems), superior a los otros grupos, una notable mayor severidad en sus problemas funcionales (50,0% están clasificados en la categoría grave o total). Además, utilizaron más los servicios de teleasistencia o atención a domicilio (17,9%). Un 37,9% de las personas confinadas estrictas afirmaron que su discapacidad les obliga a permanecer en cama de forma permanente, mientras que en el grupo de los semi-confinados fue solo 6,9% (datos no aportados en la tabla).

## Discusión

Un 24,1% de las personas mayores en situación de discapacidad está confinado en su hogar, sin poder salir o moverse fuera de su casa o haciéndolo con ayuda pero con dificultad severa. Un 8,1% es confinado en sentido estricto, no puede salir de casa ni aun recibiendo ayudas técnicas o personales; otro 16,0% es semi-confinado, es decir, puede salir cuando recibe ayuda pero con dificultad severa; el resto no tiene

1 problemas para salir de casa. Las personas confinadas, en sentido amplio, suponen el  
2 7% de toda la población mayor; en 1995, aproximadamente un 6% de las personas  
3 mayores declaraba no poder salir de casa, cifra procedente de la Encuesta Nacional  
4 de Salud, aunque con una definición diferente (“tiene que estar todo el día metido en  
5 casa”)<sup>21</sup>.  
6  
7  
8  
9

10  
11 La mayoría de estudios consultados tratan de definir y medir el confinamiento en  
12 función de la frecuencia de salidas de casa, más que de la capacidad o dificultad en  
13 hacerlo. Un estudio en Francia señala un 4,7% de confinados estrictos entre las  
14 personas de 65 y más años, obligados a permanecer permanentemente en casa por  
15 razones de discapacidad<sup>22</sup>. Aunque definición y cifra absoluta difieren, un estudio de  
16 personas confinadas en Estados Unidos presenta similar prevalencia a la nuestra,  
17 utilizando el mismo tipo de población-base, personas con discapacidad de 65 y más  
18 años<sup>5</sup>; calcula un 5,6% de personas confinadas y 15,0% semi-confinadas,  
19 proporciones similares a otros estudios<sup>13, 23</sup>. En otro estudio sobre confinamiento en  
20 Estados Unidos se estima en más de 4,3 millones la población mayor confinada<sup>24</sup>,  
21 superando el 10% de las personas mayores. Para Israel se ha estimado una  
22 proporción de confinados en sentido amplio de 17,7-19,5% entre personas de 75-94  
23 años que salen una vez o menos a la semana fuera de casa<sup>2</sup>.  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41

42 Para España conviene destacar dos recientes estudios. En una zona de Zaragoza en  
43 población de 50 y más años con discapacidad se señala una prevalencia de 9,8%<sup>9</sup>; en  
44 A Coruña se ha estimado en otro estudio un 39,8% entre la población de 50 y más  
45 años con problemas para actividades básicas<sup>8</sup>. Aunque los porcentajes son similares,  
46 las pequeñas diferencias observadas entre esos estudios y el nuestro pueden deberse  
47 a que los objetivos son distintos, la población en estos presenta mayor limitación para  
48 ABVDs y también a nuestra definición más concreta de confinamiento en el hogar.  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 Nuestra prevalencia resulta de aplicar el marco conceptual de la CIF sobre capacidad  
2 y desempeño, que permite contrastar la habilidad intrínseca del individuo para realizar  
3 una actividad y la realización o desempeño real, al tener en cuenta el contexto,  
4 entorno físico y ayudas recibidas. Al comparar ambos calificadores de la CIF, se está  
5 estimando la influencia de estas ayudas en la eliminación o reducción de la  
6 discapacidad. De acuerdo exclusivamente a la capacidad intrínseca, la proporción de  
7 personas mayores con discapacidad confinadas en su hogar (en sentido estricto y  
8 semi-confinadas) ascendería a un 39,8% en vez de la prevalencia señalada de 24,1%;  
9 en el caso de los confinados estrictos su prevalencia pasaría de 19,1% a 8,1%, tras la  
10 prestación de ayuda, y que es la estimada en este estudio.  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22

23 Esta mejora de la prevalencia en el confinamiento sugiere que la prestación de ayuda,  
24 sea técnica (muletas, silla de ruedas, prótesis, etc.), personal o ambas, es un factor  
25 determinante en la definición del confinamiento, y que por tanto merecería ser  
26 considerada en las encuestas sobre limitaciones funcionales. La proporción de  
27 personas con problema total para salir disminuye cuatro veces entre aquellos que  
28 reciben ayuda. Esta modificación del estatus de confinado puede deberse no sólo a la  
29 ayuda técnica o personal recibida, sino también a las mejoras del entorno (supresión  
30 de obstáculos en la vivienda, en el edificio o en la calle).  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41

42 Las medidas presentadas en resultados sólo tienen el objetivo de dibujar un perfil  
43 rápido del confinamiento, sin entrar en profundidad en asociaciones y relaciones  
44 causales, que merecería otro estudio. Gradación entre los grupos descritos,  
45 vulnerabilidad en los confinados, papel determinante del entorno físico y social,  
46 también la descripción del confinamiento como consecuencia del estado de salud y  
47 funcional de las personas, y datos sobre la relativa importancia de la asistencia, son  
48 los rasgos destacados de este perfil rápido. En estas medidas aparece una gradación  
49 bien diferenciada de los tres grupos de personas mayores con discapacidad, el de  
50 confinadas estrictas, el de semi-confinadas y el resto de personas mayores con  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

discapacidad, con atributos más intensos o acentuados en el primer grupo, y decreciente en los otros dos grupos, con diferencias estadísticamente significativas.

El estatus de persona confinada está asociado con características sociales y demográficas de cierta vulnerabilidad. Las personas confinadas suelen tener una edad más elevada que el resto de personas con discapacidad y por supuesto que las demás personas mayores. La proporción de confinadas aumenta con la edad, más acentuadamente en las personas con confinamiento estricto o total (no salen ni aun con ayuda), siguiendo el patrón ya conocido de que los problemas funcionales aumentan con la edad. Un alto porcentaje de mujeres, una edad avanzada, viudez y una alta proporción sin estudios son características que se asocian con un estado de confinamiento. El hecho de que la proporción de personas confinadas con ingresos altos sea mayor que la del resto de grupos puede estar indicando que aquellas residen en hogares multigeneracionales, donde suele haber más de un ingreso en el hogar. Además, no se relacionan con amistades ni hacen nuevos amigos, bien porque no pueden o no tienen ocasión de hacerlo, perdiendo de esta forma las oportunidades de la vida en sociedad. Según se describe en estudios previos, una red más amplia de familiares y amigos ayuda a mejorar la salud de las personas confinadas, por lo que se deberían realizar más esfuerzos en facilitar sus relaciones personales<sup>25</sup>.

Además de recibir o no ayuda (contexto social), el entorno físico juega un papel determinante en el confinamiento. Las barreras arquitectónicas en la propia casa y en los edificios que necesitan ser frecuentados (comercio, otros), las barreras urbanísticas (diseño de calles, aceras, parques, etc.) y de transporte, causan severas restricciones de movilidad y accesibilidad. Estos problemas tienen mayor significación en zonas urbanas pues es donde vive la mayoría de las personas confinadas. Precisamente por ello, y dado el proceso de urbanización en España y en la mayor parte del mundo desarrollado, y también en fuerte proceso en países con menor desarrollo económico, la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado una

1 estrategia de ciudades amigables con los mayores, primando el respeto por la  
2 diversidad y previendo la existencia de usuarios con diversas discapacidades; una  
3 ciudad amigable para los mayores lo es también para el resto de edades<sup>26</sup>.  
4  
5

6  
7 Tanto el grupo de personas confinadas estrictas como el de semi-confinadas  
8 presentan más problemas de salud y de limitaciones funcionales que las personas  
9 mayores con discapacidad no confinadas. El primer grupo tiene un mayor número de  
10 enfermedades, una mayor severidad en su discapacidad y más dificultades en realizar  
11 ABVDs. Esto sugiere que poder salir de casa con ayuda o supervisión mejoraría los  
12 aspectos de salud y de estado funcional de estas personas con discapacidad. Este  
13 hallazgo contradice lo observado en otros estudios donde ambos grupos (confinados  
14 estrictos y semi-confinados) son similares en términos de carga de enfermedad y de  
15 problemas funcionales<sup>5</sup>. El hecho de que las personas confinadas, en sentido estricto,  
16 tengan proporciones menos elevadas de problemas osteoarticulares puede estar  
17 indicando que la principal causa de confinamiento puede ser la adición de otras  
18 limitaciones, especialmente con severidad alta, o existencia de barreras exteriores, o  
19 problemas cognitivos, o secuelas de graves enfermedades (por ejemplo, accidente  
20 cerebro-vascular), lo que apuntaría la necesidad de un estudio de detalle; se constata  
21 que las personas confinadas en sentido estricto presentan siete veces más problemas  
22 cognitivos que las no confinadas, aun siendo éstas personas con discapacidad.  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43

44 Las personas confinadas (estrictas) reciben muchas más horas de cuidado para otras  
45 actividades cotidianas (ABVD y AIVD) que el resto de grupos. Dado que muchas de  
46 estas personas confinadas viven en hogares multigeneracionales y de otro tipo  
47 (hogares complejos, con otras configuraciones), es decir, en compañía de otras  
48 personas que suelen desempeñar el papel de cuidadores principales, suelen ser más  
49 invisibles para los servicios sociales, a pesar de la gravedad de su situación, y estos  
50 focalizan su interés en hogares unipersonales. Existe un uso más alto de servicios de  
51 teleasistencia y atención domiciliaria en los dos tipos de confinamiento, estricto y  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

semiconfinamiento (15,6% y 14,0%, respectivamente), pero aún así resulta escaso.

Algunos estudios presentan cifras parecidas, donde las mínimas discrepancias se deben fundamentalmente a que se han realizado con muestras de personas que ya reciben asistencia en el hogar<sup>10, 27</sup>. Otros señalan que las personas confinadas suelen utilizar más recursos de salud, aspecto medido por los altos ratios de hospitalización y re-ingresos, y por el mayor número de visitas a domicilio<sup>1</sup>, y algunos apuntan un mayor riesgo de mortalidad entre la población confinada<sup>2, 22, 23</sup>.

La invisibilidad del confinamiento es una rémora para desarrollar estrategias de inclusión social. Estas personas no disfrutan de los beneficios de vivir en sociedad. Una atención inclusiva trataría de modificar primero el lenguaje por el cual uno se refiere a estas personas, modificando el comportamiento social con campañas de sensibilización. Además, al menos para los casos de semi-confinamiento, se precisaría mejorar las condiciones de accesibilidad al entorno físico en espacios públicos.

En algunos estudios sobre el impacto individual y beneficios de los programas de ayuda a las necesidades de personas mayores confinadas en su hogar se concluye que pueden reducir el gasto en hospitalizaciones y admisiones en instituciones de cuidados de larga duración, a la vez que mejoran la calidad de vida y satisfacción de la persona y de su cuidador<sup>28</sup>. A pesar de ello, algunas personas confinadas que reciben asistencia por parte de cuidadores informales, sobre todo familiares, y en algunos casos de cuidadores formales (retribuidos), no utilizan programas de servicios sociales de asistencia. Esto puede ser debido no a la falta de recursos, sino a barreras de tipo administrativo<sup>29</sup>, o de ajuste psicológico con la experiencia de confinamiento<sup>30, 31</sup>, o incluso por dejadez y desánimo<sup>32</sup>. Todo ello convierte la falta de uso de servicios en un problema real de salud pública<sup>33</sup>.

Aunque las personas confinadas ya reciban atención médica primaria y cuidados para actividades cotidianas, como se ha comentado, nuestro estudio puede ser de utilidad

1 para implementar programas específicos sobre confinamiento o nuevos por desarrollar  
2 que incluyan dominios de calidad del cuidado (evaluación, coordinación, seguridad,  
3 accesibilidad, etc.), estándares de ejecución e indicadores de seguimiento<sup>34</sup>. La  
4 utilización de datos de encuesta con registros de tipo administrativo sobre el uso de  
5 servicios podría contribuir también a un mejor desarrollo de los servicios clínicos para  
6 personas confinadas en su hogar<sup>5</sup>.  
7  
8  
9

10  
11  
12 La tendencia esperable sobre confinamiento no anticipa una mejora de la situación  
13 actual. El proceso de envejecimiento, intensificado por el notable tamaño de las  
14 generaciones de baby boomers que entran en la vejez en la próxima década del siglo,  
15 y los cambios en la estructura por edades de los ya mayores, con mayor porcentaje de  
16 los de edad más avanzada, serán factores determinantes de discapacidad y aumento  
17 del confinamiento futuro, pues se podría estar ganando más vida que mejora en la  
18 discapacidad<sup>35</sup>. También es posible que las tendencias futuras no sean tan negativas  
19 gracias a la mejora de la educación, nutrición y estilos de vida de las nuevas  
20 generaciones que alcanzan la vejez.  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34

35  
36 Nuestro estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, al ser un estudio  
37 descriptivo no se pudieron comprobar relaciones causales entre variables. Debido al  
38 carácter no longitudinal de la encuesta no se hace un seguimiento de las  
39 discapacidades, no se conocen los estados transicionales, es decir, cuánto tiempo  
40 lleva cada persona con cada una de sus discapacidades y si se ha recuperado de  
41 alguna discapacidad anterior, y no se puede conocer si el confinamiento es definitivo y  
42 por tanto solo finalizaría con la muerte. El estado de confinamiento puede estar  
43 condicionado a la variación estacional del trabajo de campo; se podría pensar que el  
44 hecho de que la encuesta haya sido realizada en el periodo de invierno (de noviembre  
45 a febrero) se esté sobreestimando el porcentaje de confinamiento. A pesar de esta  
46 sobreestimación, hemos sido rigurosos en la definición del confinamiento y la  
47 prevalencia obtenida ha sido menor que en otros estudios de otros territorios de  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 España<sup>8,9</sup>. Por último, en un 33,2% del total de la muestra de personas con  
2 discapacidad utilizada para el estudio, las preguntas fueron contestadas por un  
3 informante o proxy, ascendiendo casi al 80% cuando se trataba de una persona con  
4 discapacidad confinada en su hogar, muchas veces encamada. Se deberían realizar  
5 estudios futuros para evaluar el error que puede estar produciendo que la medida de  
6 confinamiento proceda de respuesta de un proxy.  
7  
8  
9  
10  
11  
12

13 En conclusión, nuestro estudio estima para España una prevalencia de 24,1% de  
14 personas mayores confinadas en su hogar, que no pueden salir de casa o lo hacen  
15 con serias dificultades, entre toda la población mayor en situación de discapacidad.  
16 Las medidas calculadas apuntan a que sus características sociales, de entorno, de  
17 salud y funcionales sugieren situaciones de vulnerabilidad. La información  
18 proporcionada por este estudio puede ayudar a la mejora del diseño de planes de  
19 actuación social o planes de salud para estas personas, y contribuye a dar una mayor  
20 visibilidad al problema del confinamiento en el hogar.  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31

32  
33  
34 **Conflicto de intereses:** Ninguno.  
35

36  
37 **Agradecimientos.** ENVACES, Plan Nacional I+D+I, Ref. CSO2015-64115-R;  
38 Programa Envejecimiento Activo, Calidad de Vida y Género, Comunidad de Madrid  
39 (ENCAGE-CM), Ref: S2015/HUM-3367.  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

## Referencias

1. Jones MG, Ornstein KA, Skovran DM, Soriano TA, DeCherrie LV. Characterizing the high-risk homebound patients in need of nurse practitioner co-management. *Geriatr Nurs N Y N*. 2017;38:213-8.
2. Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Hazan H. Homebound older persons: prevalence, characteristics, and longitudinal predictors. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54:55-60.
3. Herr M, Arvieu J-J, Aegerter P, Robine J-M, Ankri J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 2014;24:808-13.
4. Lindsay J, Thompson C. Housebound elderly people: Definition, prevalence and characteristics. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1993;8:231–237.
5. Ornstein KA, Leff B, Covinsky K, Ritchie C, Federman AD, Roberts L, et al. The Epidemiology of the Homebound in the United States. *JAMA Intern Med*. 2015;175:1180-6.
6. Umegaki H, Yanagawa M, Nakashima H, Makino T, Kuzuya M. The prevalence of homebound individuals in the elderly population: a survey in a city area in Japan. *Nagoya J Med Sci*. 2015;77:439-46.
7. Inoue K, Matsumoto M. Homebound status in a community-dwelling elderly population in Japan. *Asia Pac J Public Health*. 2001;13:109-15.
8. De-Rosende Celeiro I, Santos-Del-Riego S, Muñiz García J. Homebound status among middle-aged and older adults with disabilities in ADLs and its associations with clinical, functional, and environmental factors. *Disabil Health J*. 2017;10:145-51.
9. Negrón-Blanco L, de Pedro-Cuesta J, Almazán J, Rodríguez-Blázquez C, Franco E, Damián J, et al. Prevalence of and factors associated with homebound status among adults in urban and rural Spanish populations. *BMC Public Health*. 2016;16:574.
10. Ruiz-Miralles ML, Richart-Martínez M, Moreno-Pina JP, Villagrasa-Rocher F, Castroverde-Agudo O, Llopis-Cartagena ML, et al. Estudio de la calidad de vida en las personas mayores confinadas en el domicilio en un barrio de Alicante. *Enfermería Clin*. 2007;17:287-92.
11. Fujita K, Fujiwara Y, Chaves PHM, Motohashi Y, Shinkai S. Frequency of going outdoors as a good predictors for incident disability of physical function as well as disability recovery in community-dwelling older adults in rural Japan. *J Epidemiol*. 2006;16:261-70.
12. Ganguli M, Fox A, Gilby J, Belle S. Characteristics of rural homebound older adults: a community-based study. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44:363-70.
13. Gilbert GH, Branch LG, Orav EJ. An operational definition of the homebound. *Health Serv Res*. 1992;26:787-800.
14. Kono A, Kanagawa K. Characteristics of housebound elderly by mobility level in Japan. *Nurs Health Sci*. 2001;3:105-11.
15. Instituto Nacional de Estadística. Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Metodología. Madrid: 2010.
16. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF 2001.
17. Abellán García A, Pérez Díaz J, Esparza Catalán C, Castejón Villarejo P, Ahmed-Mohamed K. Discapacidad y dependencia en Andalucía con base en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 2008. *Inst Estad Cartogr Andal Sevilla*. 2012:22–28.
18. Almansa J, Ayuso-Mateos JL, Garin O, Chatterji S, Kostanjsek N, Alonso J, et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health: development of capacity and performance scales. *J Clin Epidemiol*. 2011;64:1400-11.

19. Cieza A, Hilfiker R, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün BT, Stucki G. The International Classification of Functioning, Disability, and Health could be used to measure functioning. *J Clin Epidemiol*. 2009;62:899-911.
20. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida. Metodología. Madrid: 2013.
21. Fundación Encuentro. La dependencia entre los mayores. 2001.
22. Herr M, Latouche A, Ankri J. Homebound status increases death risk within two years in the elderly: results from a national longitudinal survey. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;56:258-64.
23. Soones T, Federman A, Leff B, Siu AL, Ornstein K. Two-Year Mortality in Homebound Older Adults: An Analysis of the National Health and Aging Trends Study. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65:123–129.
24. Qiu WQ, Dean M, Liu T, George L, Gann M, Cohen J, et al. Physical and mental health of homebound older adults: an overlooked population. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58:2423-8.
25. McGregor MJ, Slater J, Sloan J, McGrail KM, Martin-Matthews A, Berg S, et al. How's Your Health at Home: Frail Homebound Patients Reported Health Experience and Outcomes. *Can J Aging Rev Can Vieil*. 2017:1-13.
26. Organización Mundial de la Salud. Ciudades Globales Amigables con los mayores: una Guía. OMS Ginebra; 2007.
27. Scott TM, Peter I, Tucker KL, Arsenault L, Bergethon P, Bhadelia R, et al. The Nutrition, Aging, and Memory in Elders (NAME) study: design and methods for a study of micronutrients and cognitive function in a homebound elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:519-28.
28. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Systematic review of outcomes from home-based primary care programs for homebound older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:2243-51.
29. Calkins DR, Rubenstein LV, Cleary PD, Davies AR, Jette AM, Fink A, et al. Failure of physicians to recognize functional disability in ambulatory patients. *Ann Intern Med*. 1991;114:451-4.
30. Virués-Ortega J. Discapacidad y conductas de afrontamiento en ancianos españoles: un estudio poblacional [Tesis doctoral]. Madr Univ Rey Juan Carlos. 2007.
31. Bruce ML, McNamara R. Psychiatric status among the homebound elderly: an epidemiologic perspective. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40:561-6.
32. Wan TT, Odell BG. Factors affecting the use of social and health services among the elderly. *Ageing Soc*. 1981;1:95–115.
33. Almazán-Isla J, Comín-Comín M, Alcalde-Cabero E, Ruiz C, Franco E, Magallón R, et al. Disability, support and long-term social care of an elderly Spanish population, 2008-2009: an epidemiologic analysis. *Int J Equity Health*. 2017;16:4.
34. Leff B, Carlson CM, Saliba D, Ritchie C. The invisible homebound: setting quality-of-care standards for home-based primary and palliative care. *Health Aff Proj Hope*. 2015;34:21-9.
35. Abellán García A, Pujol Rodríguez R, Pérez Díaz J, Rodríguez Laso Á. Cambios en la discapacidad de las personas mayores entre 1999 y 2008 en España. *Estad Esp*. 2015;57:215–226.

Tabla 1. Prevalencia de confinamiento en la vivienda de personas de 65 y más años con discapacidad

	Tamaño muestral	Tamaño poblacional (factor de elevación)	Prevalencia	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Total de personas de 65 y más años	45.553	7.358.726			
Total personas con discapacidad de 65 y más años	13.311	2.146.362			
Confinados	1.094	174.376	8,1	8,09	8,16
Semi-confinados	2.104	343.082	16,0	15,94	16,03
No confinados	10.113	1.628.905	75,9	75,83	75,95

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Tabla 2. Características sociodemográficas y del entorno de personas de 65 y más años con discapacidad según tipo de confinamiento en la vivienda. Porcentajes y medias (desviación típica)

	Total (n=2.146.362)	Confinados (n=174.376)	Semi-confinados (n=343.082)		No confinados (n=1.628.905)	
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje (1)	p-valor	Porcentaje	p-valor (2)
<b>Variables sociodemográficas</b>						
Sexo (Mujer)	66,1	74,2	71,8	<0,001	64,0	<0,001
Edad, Media (DT)	78,71 (7,67)	84,18 (7,95)	80,23 (7,54)	<0,001	77,81 (7,36)	<0,001
Edad en grupos				<0,001		<0,001
De 65 a 79 años	54,3	27,3	45,3		59,1	
80 y más años	45,7	72,7	54,7		40,9	
Estado civil				<0,001		<0,001
Soltero	7,3	8,2	6,2		7,5	
Casado	47,2	31,5	41,9		50,0	
Viudo	43,8	59,1	50,0		40,8	
Separado/divorciado	1,7	1,2	1,8		1,7	
Nivel de Instrucción				<0,001		<0,001
Analfabeto/estudios incompletos	58,8	70,3	63,6		56,6	
Estudios primarios	28,1	21,5	27,0		29,0	
Estudios secundarios	8,9	5,3	6,7		9,8	
Estudios superiores	4,1	2,9	2,7		4,6	
Ingresos				<0,001		<0,001
Mayor o igual a 625€	53,8	57,1	53,7		52,3	
Tipo de Hogar				<0,001		<0,001
Unipersonal	21,7	13,2	18,8		23,2	
Pareja	30,4	16,8	25,7		32,9	
Multigeneracional	41,0	57,7	47,0		38,0	
Otro tipo	6,9	12,3	8,5		5,9	
<b>Variables del entorno físico y social</b>						
Barreras-Portal						
Barreras-Portal	36,8	86,2	67,4	<0,001	25,3	<0,001
Barreras-Ascensor	24,8	80,4	49,3	<0,001	15,1	<0,001
Barreras- Escaleras	63,0	94,3	90,8	<0,001	54,0	<0,001
Barreras-Transporte público	38,8	84,0	75,1	<0,001	33,2	<0,001
Dificultad en las aceras	55,8	94,2	90,1	<0,001	45,7	<0,001
Dificultad para cruzar la calle	51,0	95,0	86,7	<0,001	40,2	<0,001
Dificultad para superar los obstáculos en la calle	53,3	94,6	86,8	<0,001	43,3	<0,001

1	Último accidente en casa,						
2	escaleras, portal	68,1	90,6	79,2	<0,001	61,3	<0,001
3	Oportunidad relacionarse con amistades				<0,001		<0,001
4	Ninguna/no puede hacerlo	13,7	50,0	20,8		7,8	
5	Poca	35,7	28,1	40,0		35,5	
6	Mucha	50,7	21,8	39,2		56,6	

\*Ingresos medidos como ingresos por unidad de consumo, según la metodología de la OCDE.

DT: Desviación típica

(1) Test de diferencias entre confinado y semi-confinado

(2) Test de diferencias entre confinado y no confinado

10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Tabla 3. Características de salud y estado funcional de personas de 65 y más años con discapacidad según tipo de confinamiento en la vivienda. Porcentajes y medias (desviación típica)

	Total (n=2.146.362)	Confinados		p- valor(1)	p- valor(2)
		(n=174.376)	Semi-confinados (n=343.082)		
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje		
<b>VARIABLES DE SALUD</b>					
Estado de salud				<0,001	<0,001
Bueno/muy bueno	19,1	8,5	9,5		22,3
Regular	46,8	23,4	35,1		51,7
malo/muy malo	34,1	68,1	55,4		25,9
Número de enfermedades, Media (DT)	2,33 (1,82)	3,36 (2,28)	2,88 (1,86)	<0,001	(1,68) <0,001
Enfermedad crónica	84,7	90,0	90,9	<0,001	82,8 <0,001
Discapacidad cognitiva	16,4	63,6	25,0	<0,001	9,5 <0,001
Accidente cerebro vascular	13,1	27,0	17,2	<0,001	10,4 <0,001
Artrosis, artritis o problemas reumáticos	70,8	67,1	75,8	<0,001	70,1 <0,001
<b>VARIABLES DE ESTADO FUNCIONAL</b>					
Número de discapacidades, Media (DT)	9,2 (8,68)	23,63 (9,78)	14,51 (8,26)	<0,001	6,54 (6,27) <0,001
Severidad de la discapacidad				<0,001	<0,001
Leve	78,1	16,2	55,1		90,2
Moderada	14,2	33,8	33,4		7,7
Grave o total	7,8	50,0	11,5		2,1
Problemas en ABVDs	65,1	98,5	91,9	<0,001	55,9 <0,001
Problemas en AIVDs	78,3	100,0	100,0	N.A	71,5 <0,001
Dificultad para lavarse	42,7	92,6	70,4	<0,001	31,5 <0,001
Dificultad para controlar micción	25,9	77,5	43,7	<0,001	16,7 <0,001
Dificultad para controlar defecación	17,2	68,9	32,0	<0,001	8,5 <0,001
Dificultad para vestirse	32,0	85,3	57,8	<0,001	20,9 <0,001
Dificultad para comer	12,1	57,1	21,6	<0,001	5,3 <0,001
Ninguna	37,3	53,1	47,1		33,3
Poca	40,8	12,8	34,2		45,6
Mucha	14,5	2,7	7,4		17,4
No puede hacerlo	7,4	31,5	11,3		3,8
<b>VARIABLES DE DEPENDENCIA Y ATENCIÓN</b>					

1	Dependencia	67,3	97,8	86,5 <0,001	59,5 <0,001
2	Servicio de atención domicilio	7,1	17,9	11,1 <0,001	5,1 <0,001
3	Actividad física	41,4	4,0	17,2 <0,001	51,2 <0,001
4	Cuidados médicos/enfermería	34,8	42,8	40,4 <0,001	32,7 <0,001
5	Asistencia por personal				
6	hospitalario	32,3	42,8	39,6 <0,001	29,4 <0,001

8 DT: Desviación típica; ABVDs: actividades básicas de la vida diaria; AIVDs:  
 9 actividades instrumentales de la vida diaria; N.A: no aplicable.

10 Porcentajes verticales

11 (1) Test de diferencias entre confinado y semi-confinado

12 (2) Test de diferencias entre confinado y no confinado

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

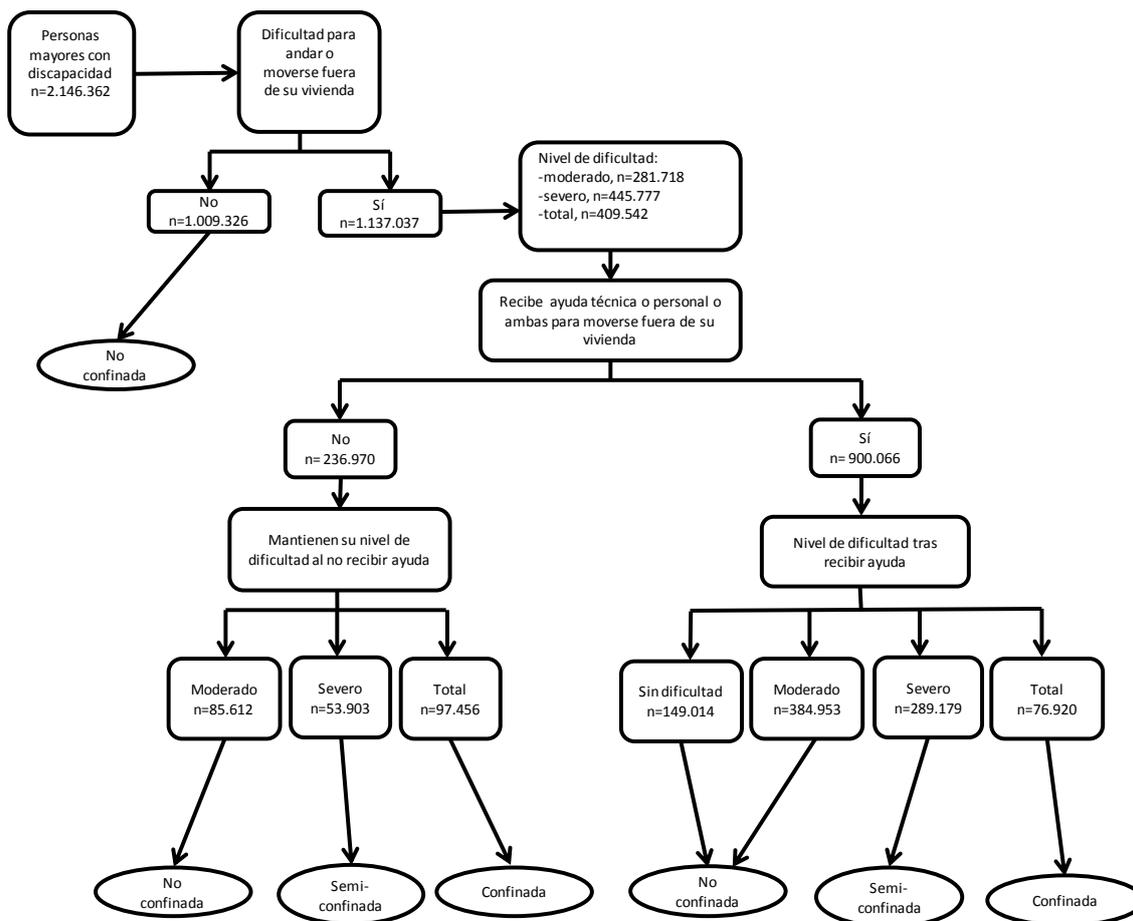


Figura 1. Marco conceptual de la definición de persona confinada en el hogar.

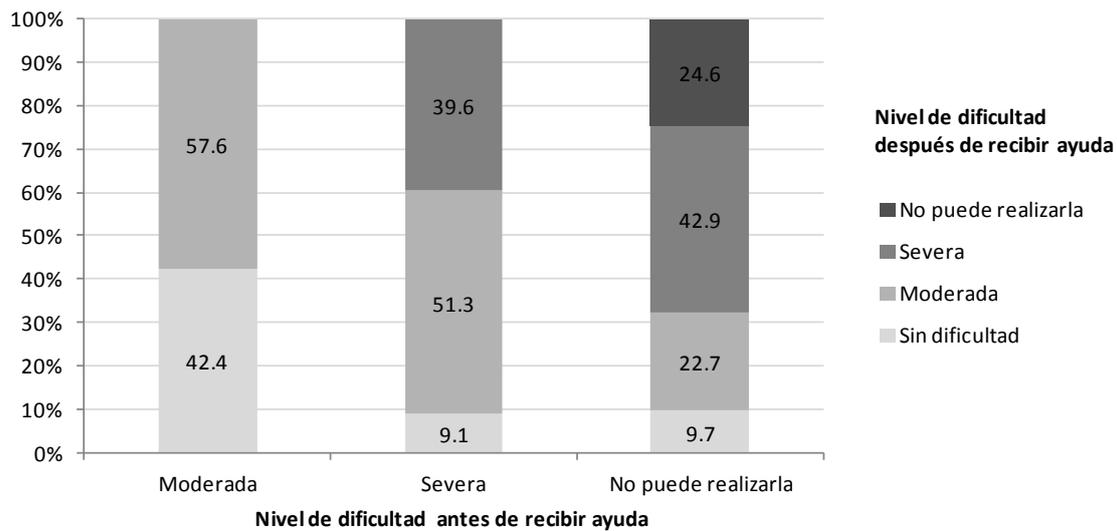


Figura 2. Capacidad y desempeño de la actividad "salir y moverse fuera de su vivienda"