

ORIGINAL

Prevalencia de personas mayores confinadas en su hogar en España



A. Ayala^{a,b,*}, R. Pujol^c y A. Abellán^a

^a Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD), Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS-CSIC), Madrid, España

^b Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

^c Instituto Nacional de Estadística (INE), Madrid, España

Recibido el 18 de diciembre de 2017; aceptado el 6 de julio de 2018

Disponible en Internet el 11 de octubre de 2018

PALABRAS CLAVE

Confinamiento;
Discapacidad;
Prevalencia;
Personas mayores;
Vulnerabilidad;
Clasificación internacional del funcionamiento

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), semiconfinadas (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) semiconfinada. 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 indican situaciones de vulnerabilidad. La información sobre confinamiento puede contribuir a la mejora de los planes de actuación social o de salud y facilita la visibilidad de este problema.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arwen.alba@gmail.com (A. Ayala).

KEYWORDS

Homebound;
Disability;
Prevalence;
Older people;
Vulnerability;
International
Classification of
Functioning

Prevalence of homebound older people in Spain**Abstract**

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

Material and methods: The Classification of Functioning, Disability and Health was used. Homebound status was defined according to the declared difficulty with regard to mobility outside the home: completely homebound (not able to leave home), semi-homebound (have serious difficulties but can leave with help), and the individuals without problems that 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: Out of a total of 2,146,362 older people with disabilities, 8.1% (95% CI: 8.1-8.2) and 16.0% (95% CI: 15.9-16.0) were (complete) homebound, and semi-homebound, respectively. The homebound elderly were mostly women, had a higher mean age and low education level. They also declared they had more difficulty for the environmental barriers, had worse perceived health, a greater number of disabilities, chronic health conditions, and more functional problems.

Conclusions: The prevalence of older disabled people with a homebound status was 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.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Un creciente número de personas mayores, el aumento continuado de su edad media y, en consecuencia, de sus problemas funcionales, implica mayor probabilidad de que un alto número de ellas tenga dificultades para salir fuera de casa y, por tanto, de que vivan en alguna forma de confinamiento. Se desconoce el número de personas que viven confinadas en su hogar en España. Este conjunto de personas tiene escasa visibilidad social por haber sido poco estudiado este asunto y por la propia naturaleza de sus problemas de movilidad física, que limitan gravemente el contacto con el exterior y les impiden beneficiarse de las ventajas de vivir en sociedad. Además, suelen precisar intensamente asistencia personal y servicios sociales y sanitarios¹. Por ese motivo, conocer su prevalencia ayudaría a organizar de forma adecuada los servicios sociales y sanitarios de atención que repercutan positivamente en su calidad de vida.

Se han realizado algunos intentos para medir la magnitud de este fenómeno en diferentes países²⁻⁷. En España, en los niveles básicos de atención social y sanitaria puede conocerse el problema del confinamiento⁸⁻¹⁰. Sin embargo, no se conoce una cifra aproximada de las personas confinadas, ni existen estudios globales de prevalencia ni de características obtenidos de una muestra representativa.

Este estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de las personas mayores confinadas en su hogar, entre todas las que se encuentran en situación de discapacidad en España, y conocer sus características sociodemográficas, de entorno físico, de salud y de estado funcional.

Material y métodos**Muestra del estudio**

Se utilizaron los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2008. Entre los distintos objetivos de la encuesta se encuentra el estimar el número de personas con discapacidad que residen en España en viviendas familiares y conocer el número, naturaleza y severidad de sus limitaciones funcionales. Se trata de una muestra representativa a nivel provincial (n = 258.187 individuos), obtenida mediante muestreo bietápico estratificado. Para este estudio, se seleccionó a todas las personas mayores. Se considera persona mayor a la que tiene 65 o más años (n = 45.553) y, entre ellas, se incluyó a aquellas que declaran alguna discapacidad o limitación funcional de una lista de 44 ítems (n = 13.311). Una vez identificadas estas personas, solo a ellas y no al resto de las personas mayores, se les pasó un segundo módulo de la encuesta con detalles sobre sus discapacidades, su salud y su entorno; se han descartado todos los registros en los que faltara información en este módulo de discapacidad (5,3%). Se asumió que las personas que no refieren deficiencias ni discapacidades, es decir, el resto de la población sin discapacidad, no presentan problemas de confinamiento y quedan fuera del estudio. También se excluyó del estudio a las personas mayores con discapacidad institucionalizadas (hospitales geriátricos, residencias de mayores, otros alojamientos colectivos). Todos los análisis estadísticos fueron

realizados utilizando factores de elevación a la población procedentes del diseño muestral.

Definición

No existe una definición estándar de persona confinada en su hogar. La mayoría de los autores se inclinan por medir el confinamiento de acuerdo con la escasa frecuencia de salida de la vivienda^{2,8,11-13}, o por la frecuencia y dificultad de movilidad^{3-5,9,14}. En este trabajo se utilizó la discapacidad para delimitar la población base sobre la que estimar la cifra y la prevalencia de las personas confinadas y, en concreto, a través de la pregunta sobre dificultad para andar o moverse fuera de su vivienda. Es decir, adoptamos un 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 tengan 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 mayores¹⁵.

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 Salud¹⁶. 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, 2 calificadores de la actividad y la participación de la citada clasificación¹⁷⁻¹⁹.

La capacidad describe la aptitud o habilidad intrínseca inicial del individuo para realizar una actividad o tarea, de acuerdo con 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 el individuo es lo que este 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, de una ayuda técnica, o de ambas¹⁷.

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 decir, a aquellas cuya capacidad o habilidad intrínseca les dificulta realizarla, en cualquiera de sus 3 niveles de dificultad (moderado, severo, total), se les volvió a preguntar sobre su desempeño, que en el caso que nos ocupa se formuló de la siguiente forma: «¿Con qué nivel de dificultad diría que puede andar o moverse fuera de su vivienda cuando recibe ayuda o asistencia personal?». Tras la influencia de la ayuda, el nivel de dificultad puede ser: sin dificultad (ha desaparecido la discapacidad), moderado, severo o total (continúa sin poder realizar la actividad). Este

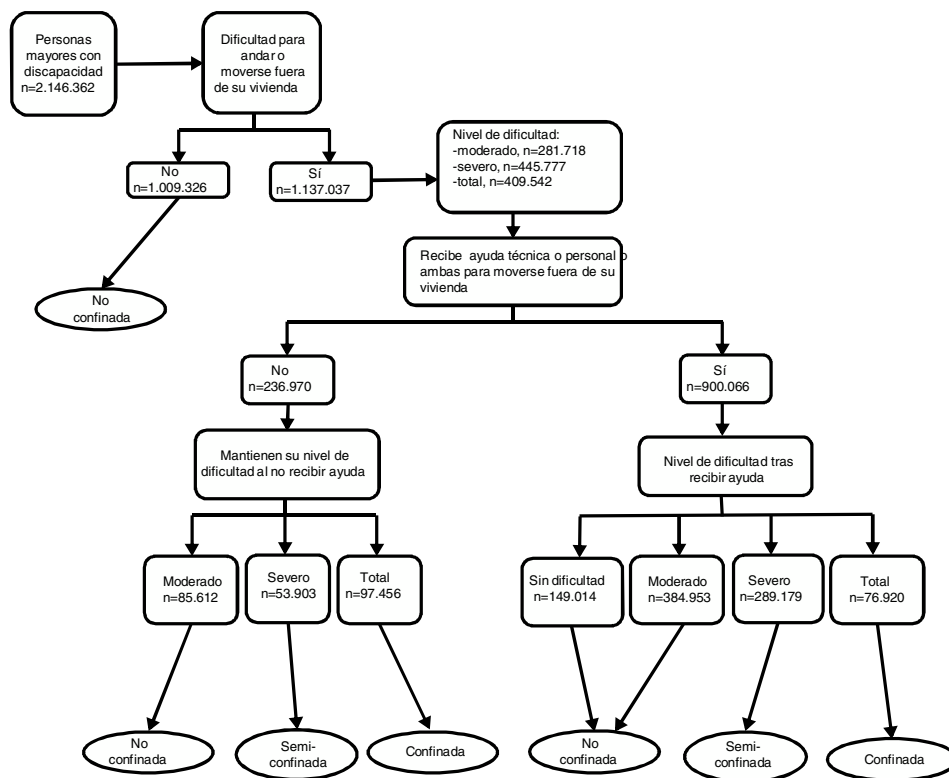


Figura 1 Marco conceptual de la definición de persona confinada en el hogar.

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
Semiconfinados	2.104	343.082	16,0	15,94	16,03
No confinados	10.113	1.628.905	75,9	75,83	75,95

doble filtro, capacidad y desempeño, nos permite definir y tipificar a las personas confinadas en su hogar.

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

Medidas

Se calcularon diferentes medidas (variables) sobre las características de las personas de las diferentes categorías de confinamiento. Variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, ingresos del hogar, medidos como ingresos por unidad de consumo según la metodología de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)²⁰, y tipo de hogar. Variables del entorno: problemas de accesibilidad en su edificio (portal de su casa, ascensor y escaleras), de transporte 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. 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: codis capacidad, severidad de la discapacidad, problemas en general para la realización de actividades de la vida diaria básicas (ABVD) e instrumentales (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 los datos

Para cada grupo de personas confinadas (en sentido estricto y semiconfinadas) 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 los grupos (semiconfinadas y no confinadas) para cada una de las características a través de las pruebas t de Student y χ^2 .

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 semiconfinadas fue del 16,0% (IC 95%: 15,9-16,0; 343.082 personas) y la de las no confinadas fue de 75,9% (IC 95%: 75,8-75,9; 1.628.905 personas) (tabla 1). La proporción de población mayor con discapacidad no considerada en el estudio por falta de datos sobre movilidad fue del 3,6%.

De las personas que inicialmente declararon dificultad para andar o moverse fuera (1.137.037), el 20,8% no recibía ayuda para sus limitaciones y el restante 79,2% la recibía. A este último conjunto se les volvió a preguntar por su nivel de dificultad tras esa ayuda. La relación entre la capacidad intrínseca de un individuo y lo que realmente puede hacer tras recibir ayuda (desempeño) se recoge en la figura 2. Entre los que no podían realizar la actividad de ninguna forma antes de la ayuda (es decir, con un nivel de dificultad total), un 24,6% continuaba sin poder realizarla a pesar de las ayudas; el 42,9% bajaba un grado en su nivel de dificultad (puede realizar la actividad pero con restricción severa); un 22,7% bajaba 2 grados, a dificultad moderada y un 9,7% podía realizarla sin dificultad. El procedimiento fue el mismo con los otros niveles de dificultad previos.

Las características sociodemográficas y del entorno de los diferentes grupos de confinamiento se recogen en la tabla

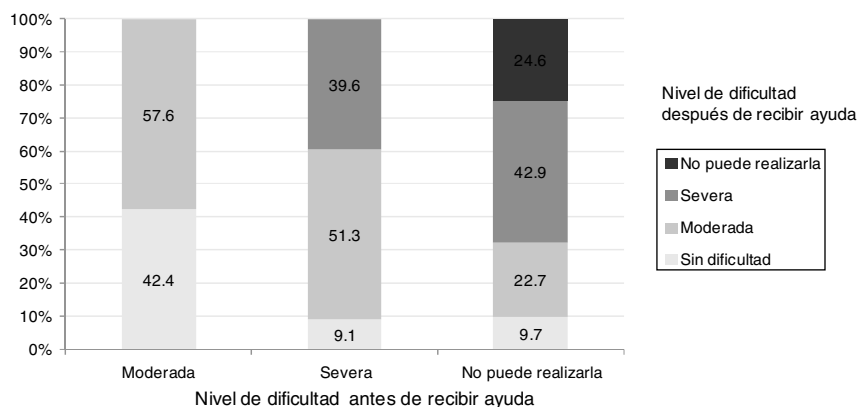


Figura 2 Capacidad y desempeño de la actividad «salir y moverse fuera de su vivienda».

2. Las personas confinadas en su hogar, en sentido estricto, fueron sobre todo mujeres (74,2%); de más edad (84,2 años de media) que las semiconfinadas (80,2) y que las no confinadas (77,8) y, sobre todo, personas viudas (59,1%). Tenían menor nivel de instrucción (70,3% analfabetas o con estudios incompletos), proporción más elevada que en las personas semiconfinadas y mucho mayor que en el resto. El grupo de confinados estrictos presentó un porcentaje de ingresos por unidad de consumo más elevados que los otros grupos. Las personas confinadas en sentido estricto y semiconfinadas vivían destacadamente en hogares multigeneracionales, y en escasa proporción en hogares unipersonales, tipo de hogar en el que destacaban las personas sin problemas de confinamiento.

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 2 grupos (63,6%), mayor proporción en accidentes cerebro-vasculares; sin embargo, declararon menos problemas osteoarticulares. Los grupos de población confinada estricta y semiconfinada 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 al de los otros grupos, y 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 semiconfinados fue solo el 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 semiconfinado, es decir, puede salir cuando recibe ayuda, pero con dificultad severa; el resto no tiene problemas para salir de casa. Las personas confinadas, en sentido amplio, suponen el 7% de toda la población mayor; en 1995, aproximadamente un 6% de las personas mayores declaraba no poder salir de casa, cifra procedente de la Encuesta Nacional de Salud, aunque con una definición diferente («tiene que estar todo el día metido en casa»)²¹.

La mayoría de los estudios consultados tratan de definir y medir el confinamiento en función de la frecuencia de las salidas de casa, más que de la capacidad o dificultad en hacerlo. Un estudio en Francia señala un 4,7% de confinados estrictos entre las personas de 65 y más años, obligadas a quedarse de manera permanente en casa por razones de discapacidad²². Aunque definición y cifra absoluta difieren, un estudio de personas confinadas en Estados Unidos presenta similar prevalencia a la nuestra, con el mismo tipo de población-base: personas con discapacidad de 65 y más años⁵, en las que se calcula un 5,6% de personas confinadas y un 15,0% de semiconfinadas, proporciones similares a las de otros estudios^{13,23}. En otro estudio sobre confinamiento en Estados Unidos se estima en más de 4,3 millones la población mayor confinada²⁴, lo que supera el 10% de las personas mayores. Para Israel se ha estimado una proporción de confinados en sentido amplio del 17,7-19,5% entre personas de 75-94 años que salen una vez a la semana o menos fuera de casa².

Para España conviene destacar 2 recientes estudios. En una zona de Zaragoza, en población de 50 y más años con discapacidad se señala una prevalencia del 9,8%⁹; en La Coruña se ha estimado en otro estudio un 39,8% entre la población de 50 y más años con problemas para actividades básicas⁸. Aunque los porcentajes son similares, las pequeñas diferencias observadas entre esos estudios y el nuestro pueden deberse a que los objetivos son distintos, a que la población en estos presenta mayor limitación para ABVD y también

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)	Semiconfinados (n = 343.082)		No confinados (n = 1.628.905)	
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	p (1)	Porcentaje	p (2)
<i>Variables sociodemográficas</i>						
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	
<i>Variables del entorno físico y social</i>						
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
Oportunidad de relacionarse con amistades				<0,001		<0,001
Ninguna/no puede hacerlo	13,7	50,0	20,8		7,8	
Poca	35,7	28,1	40,0		35,5	
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 semiconfinado.

(2): test de diferencias entre confinado y no confinado.

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 (n = 174.376)	Semiconfinados (n = 343.082)		No confinados (n = 1.628.905)	
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	p (1)	Porcentaje	p (2)
<i>VARIABLES DE SALUD</i>						
<i>Estado de salud</i>				<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	
<i>Número de enfermedades, media (DT)</i>	2,33 (1,82)	3,36 (2,28)	2,88 (1,86)	<0,001	2,11 (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
<i>VARIABLES DE ESTADO FUNCIONAL</i>						
<i>Número de discapacidades, media (DT)</i>	9,2 (8,68)	23,63 (9,78)	14,51 (8,26)	<0,001	6,54 (6,27)	<0,001
<i>Severidad de la discapacidad</i>				<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	
<i>Problemas en ABVD</i>	65,1	98,5	91,9	<0,001	55,9	<0,001
<i>Problemas en AIVD</i>	78,3	100,0	100,0	N.A.	71,5	<0,001
<i>Dificultad para lavarse</i>	42,7	92,6	70,4	<0,001	31,5	<0,001
<i>Dificultad para controlar micción</i>	25,9	77,5	43,7	<0,001	16,7	<0,001
<i>Dificultad para controlar defecación</i>	17,2	68,9	32,0	<0,001	8,5	<0,001
<i>Dificultad para vestirse</i>	32,0	85,3	57,8	<0,001	20,9	<0,001
<i>Dificultad para comer</i>	12,1	57,1	21,6	<0,001	5,3	<0,001
<i>VARIABLES DE DEPENDENCIA Y ATENCIÓN</i>						
Dependencia	67,3	97,8	86,5	<0,001	59,5	<0,001
Servicio de atención domiciliaria	7,1	17,9	11,1	<0,001	5,1	<0,001
Actividad física	41,4	4,0	17,2	<0,001	51,2	<0,001
Cuidados médicos/enfermería	34,8	42,8	40,4	<0,001	32,7	<0,001
Asistencia por personal hospitalario	32,3	42,8	39,6	<0,001	29,4	<0,001

ABVD: actividades básicas de la vida diaria; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; DT: Desviación típica; N.A.: no aplicable.

(1): test de diferencias entre confinado y semiconfinado.

(2): test de diferencias entre confinado y no confinado.

a nuestra definición más concreta de confinamiento en el hogar.

Nuestra prevalencia resulta de aplicar el marco conceptual de la CIF sobre capacidad y desempeño, que permite contrastar la habilidad intrínseca del individuo para realizar una actividad y la realización o desempeño real, al tener en cuenta el contexto, entorno físico y las ayudas recibidas. Al comparar ambos calificadores de la CIF, se está estimando la influencia de estas ayudas en la eliminación o reducción de la discapacidad. De acuerdo exclusivamente a la capacidad intrínseca, la proporción de personas mayores con discapacidad confinadas en su hogar (en sentido estricto y semiconfinadas) ascendería a un 39,8% en vez de la prevalencia señalada del 24,1%. En el caso de los confinados estrictos, su prevalencia pasaría del 19,1 al 8,1%, tras la prestación de ayuda, que es la estimada en este estudio.

Esta mejora de la prevalencia en el confinamiento indica que la prestación de ayuda, sea técnica (muletas, silla de ruedas, prótesis, etc.), personal o ambas, es un factor determinante en la definición del confinamiento y que, por tanto, merecería ser considerada en las encuestas sobre limitaciones funcionales. La proporción de personas con problema total para salir disminuye 4 veces entre aquellos que reciben ayuda. Esta modificación del estatus de confinado puede deberse no solo a la ayuda técnica o personal recibida, sino también a las mejoras del entorno (supresión de obstáculos en la vivienda, en el edificio o en la calle).

Las medidas presentadas en resultados solo tienen el objetivo de dibujar un perfil rápido del confinamiento, sin entrar en profundidad en asociaciones y relaciones causales, que merecería otro estudio. Gradación entre los grupos descritos, vulnerabilidad en los confinados, papel determinante del entorno físico y social, la descripción del confinamiento como consecuencia del estado de salud y funcional de las personas, y datos sobre la relativa importancia de la asistencia son los rasgos destacados de este perfil rápido. En estas medidas aparece una gradación bien diferenciada de los 3 grupos de personas mayores con discapacidad: el de confinadas estrictas, el de semiconfinadas y el resto de las personas mayores con discapacidad, con atributos más intensos o acentuados en el primer grupo y decrecientes en los otros 2 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 las personas con discapacidad y, por supuesto, que las demás personas mayores. La proporción de confinadas aumenta con la edad, de manera más acentuada 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 sin estudios en una alta proporción 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 los 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 bien porque no tienen ocasión de hacerlo, por lo que pierden 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 personales²⁵.

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 estrategia de ciudades amigables con los mayores, en el que prima el respeto por la diversidad y prevé la existencia de usuarios con diversas discapacidades; una ciudad amigable para los mayores lo es también para el resto de las edades²⁶.

Tanto el grupo de personas confinadas estrictas como el de semiconfinadas presentan más problemas de salud y de limitaciones funcionales que las personas mayores con discapacidad no confinadas. El primer grupo tiene un mayor número de enfermedades, una mayor severidad en su discapacidad y más dificultades en realizar ABVD. Esto indica que poder salir de casa con ayuda o supervisión mejoraría los aspectos de salud y de estado funcional de estas personas con discapacidad. Este hallazgo contradice lo observado en otros estudios en los que ambos grupos (confinados estrictos y semiconfinados) son similares en términos de carga de enfermedad y de problemas funcionales⁵. El hecho de que las personas confinadas, en sentido estricto, tengan proporciones menos elevadas de problemas osteoarticulares puede estar indicando que la principal causa de confinamiento puede ser la adición de otras limitaciones, especialmente con severidad alta, o la existencia de barreras exteriores, o problemas cognitivos, o secuelas de graves enfermedades (por ejemplo, accidente cerebro-vascular), lo que apuntaría a la necesidad de un estudio de detalle: se constata que las personas confinadas en sentido estricto presentan 7 veces más problemas cognitivos que las no confinadas, aun siendo estas personas con discapacidad.

Las personas confinadas (estrictas) reciben muchas más horas de cuidado para otras actividades cotidianas (ABVD y AIVD) que el resto de los grupos. Dado que muchas de estas personas confinadas viven en hogares multigeneracionales y de otro tipo (hogares complejos, con otras configuraciones), es decir, en compañía de otras personas que suelen desempeñar el papel de cuidadores principales, suelen ser más invisibles para los servicios sociales, a pesar de la gravedad de su situación, y estos focalizan su interés en hogares unipersonales. Existe un uso más alto de servicios de teleasistencia y atención domiciliaria en los 2 tipos de confinamiento, estricto y semiconfinamiento (15,6% y 14,0%, respectivamente), pero aún así resulta escaso. Algunos estudios presentan cifras parecidas, en los que las mínimas

discrepancias se deben fundamentalmente a que se han realizado con muestras de personas que ya reciben asistencia en el hogar^{10,27}. Otros señalan que las personas confinadas suelen utilizar más recursos de salud, aspecto medido por los altos ratios de hospitalización y reingresos, y por el mayor número de visitas a domicilio¹, y algunos apuntan un mayor riesgo de mortalidad entre la población confinada^{2,22,23}.

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 y también de modificar el comportamiento social con campañas de sensibilización. Además, al menos para los casos de semiconfinamiento, se precisaría mejorar las condiciones de accesibilidad al entorno físico en espacios públicos.

En algunos estudios sobre el impacto individual y los 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 cuidador²⁸. A pesar de ello, algunas personas confinadas que reciben asistencia 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 administrativo²⁹, o de ajuste psicológico con la experiencia de confinamiento^{30,31}, o incluso por dejadez y desánimo³². Todo ello convierte la falta de uso de los servicios en un problema real de salud pública³³.

Aunque las personas confinadas ya reciban atención médica primaria y cuidados para actividades cotidianas, como se ha comentado, nuestro estudio puede ser de utilidad para implementar programas específicos sobre confinamiento u otros nuevos por desarrollar, que incluyan dominios de calidad del cuidado (evaluación, coordinación, seguridad, accesibilidad, etc.), estándares de ejecución e indicadores de seguimiento³⁴. La utilización de datos de encuesta con registros de tipo administrativo sobre el uso de servicios podría contribuir también a un mejor desarrollo de los servicios clínicos para personas confinadas en su hogar⁵.

La tendencia esperable sobre confinamiento no anticipa una mejora de la situación actual. El proceso de envejecimiento, intensificado por el notable tamaño de las generaciones de *baby boomers* que entran en la vejez en la próxima década del siglo, y los cambios en la estructura por edades de los ya mayores, con mayor porcentaje de los de edad más avanzada, serán factores determinantes de discapacidad y aumento del confinamiento futuro, pues se podría estar ganando más vida que mejora en la discapacidad³⁵. También es posible que las tendencias futuras no sean tan negativas gracias a la mejora de la educación, nutrición y estilos de vida de las nuevas generaciones que alcanzan la vejez.

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, al ser un estudio descriptivo no se pudieron comprobar las relaciones causales entre variables. Debido al carácter no longitudinal de la encuesta, no se hace un seguimiento de las discapacidades, no se conocen los estados transicionales, es decir, cuánto tiempo lleva cada persona con cada una de

sus discapacidades ni si se ha recuperado de alguna discapacidad anterior, y no se puede conocer si el confinamiento es definitivo y, por tanto, solo finalizaría con la muerte. El estado de confinamiento puede estar condicionado a la variación estacional del trabajo de campo; se podría pensar que el hecho de que la encuesta haya sido realizada en el periodo de invierno (de noviembre a febrero) hace que se esté sobrestimando el porcentaje de confinamiento. A pesar de esta sobrestimación, hemos sido rigurosos en la definición del confinamiento y la prevalencia obtenida ha sido menor que en otros estudios de otros territorios de España^{8,9}. Por último, en un 33,2% del total de la muestra de personas con discapacidad utilizada para el estudio, las preguntas fueron contestadas por un informante o *proxy*, cifra que asciende casi al 80% cuando se trataba de una persona con discapacidad confinada en su hogar, muchas veces encamada. Se deberían realizar estudios futuros para evaluar el error que puede estar produciendo que la medida de confinamiento proceda de respuesta de un *proxy*.

En conclusión, nuestro estudio estima para España una prevalencia del 24,1% de las personas mayores confinadas en su hogar, que no pueden salir de casa o lo hacen con serias dificultades, entre toda la población mayor en situación de discapacidad. Las medidas calculadas apuntan a que sus características sociales, de entorno, de salud y funcionales indican situaciones de vulnerabilidad. La información proporcionada por este estudio puede ayudar a la mejora del diseño de planes de actuación social o de planes de salud para estas personas, y contribuye a dar una mayor visibilidad al problema del confinamiento en el hogar.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

ENVACES, Plan Nacional I+D+I, Ref. CSO2015-64115-R; Programa Envejecimiento Activo, Calidad de Vida y Género, Comunidad de Madrid (ENCAGE-CM), Ref: S2015/HUM-3367.

Bibliografía

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. Homebound elderly people: Definition, prevalence and characteristics. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1993;8:231-7.
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 PH, 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: INE; 2010.
 16. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Imsero; 2001. 320 p.
 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.* 2012:22–8.
 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: INE; 2013.
 21. Abellán A, Puga MD. La dependencia entre los mayores. En: Informe España 2001. Una interpretación de su realidad social. Madrid: Fundación Encuentro; 2001. p. 187–246.
 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;65:123–9.
 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. Ginebra; OMS; 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;57:215–26.