



69 <sup>1</sup>Gorete Reis  
<sup>2</sup>Laetitia Teixeira  
<sup>3</sup>Constança Paúl  
<sup>4</sup>Manuela Martins

<sup>1</sup>Enfermera. Profesora. Doctorada en Ciencias de Enfermería. Máster en Ciencias de Enfermería. Especialista en Enfermería de Rehabilitación. Universidad de Madeira Centro Competencias de Tecnologías de la Salud. Miembros de la Unidad de Investigación y Formación de Adultos y Ancianos (UNiFai).

<sup>2</sup>Doctorada en Bioestadística. Miembro de la UniFai.

<sup>3</sup>Profesora. Catedrática del Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar. Directora de la UNiFai.

<sup>4</sup>Profesora. Coordinadora de la Escuela Superior de Enfermería de Oporto. Doctora en Ciencias de Enfermería. Miembro de la UNiFai.

#### Correspondencia:

Gorete Reis

R. Carlos Azevedo Meneses, 14

9060-050 Funchal

Teléf.: 351967081687

E-mail: greis@uma.pt

Independencia en las actividades de la vida. Estudio de validación de una escala para la población portuguesa

73

*Independence in the performance of Daily life activities (ADLs): validating a research scale applied to the Portuguese population*

#### RESUMEN

La funcionalidad cobra un lugar relevante en la independencia de los mayores, situación que se pretende se mantenga el mayor tiempo posible de la vida.

La funcionalidad es un construto multidimensional medido a través de las actividades personales e instrumentales de la vida.

El objetivo primordial del estudio es validar una escala de actividades de la vida, para la población portuguesa, de mediana edad y envejecida (n = 1.322).

De los resultados del estudio verificamos la existencia de tres factores con características psicométricas adecuadas: movilidad, actividades instrumentales de la vida diaria y actividades personales de la vida diaria, con una variación explicada del 64,75%, teniendo un interés específico para la población que vive en la comunidad.

#### PALABRAS CLAVE

Funcionalidad, independencia, actividades de la vida, envejecimiento, estudio de evaluación.

#### SUMMARY

*Functionality has primordial importance in old people's independence; situation we wish to be as long as possible in the course of one's life.*

*Functionality is a multidimensional construct measured through personal and instrumental activities of the life (ADL and IADL).*

*The aim of this study is to validate a scale of daily life activities for the Portuguese population, middle-aged and elderly (n = 1322).*

*Results of this study show us the existence of three factors, with suitable psychometric characteristics, which are: mobility, instrumental activities of daily life and personal activities of daily life, with an explained variation of 64.75%. It has a specific interest for the population living in the community.*

#### KEY WORDS

*Functionality, independence, ADL, ageing, validation study.*

#### INTRODUCCIÓN

El concepto de la función tiene una relación distante con la vida y fue definida por Aristóteles como fuerza creativa que transforma el cuerpo humano en una persona viva. Pasa a tener un lugar relevante cuando el criterio de edad funcional, por que el tiempo de la vida, edad cronológica, no es una variable estable como sí lo es la medida de la funcionalidad.

Hoy los estudios de la función se orientan para el envejecimiento saludable, en concreto para los programas de promoción de la salud en las áreas de la movilidad, de la cognición y de las actividades sociales (1). Así surgirán instrumentos de medida de la funcionalidad en distintas dimensiones: actividades cotidianas; salud mental y física; funcionamiento social y económico.

La capacidad funcional traduce la competencia de cada persona para cuidar de sí mismo, a través de las tareas de cuidados personales y de adaptación al entorno, así como la capacidad para enfrentar los desafíos del autocuidado, de la vida del hogar y de la movilidad (2). Está relacionada con las actividades de la vida diaria o las actividades instrumentales, que informan sobre la habilidad del individuo para vivir el día a día (3). Fillenbaum (4) refiere que constituye un índice complejo de la capacidad funcional del individuo, identificando las disfunciones y las áreas de intervención posibles, porque esta conectada a la vida independiente.

La funcionalidad está influenciada por el ciclo vital y en este sentido los acontecimientos de la vida tienen repercusiones en el autoconcepto y en la identidad (5). La estabilidad homeodinámica parte del principio

74 de que el sistema biológico existe en un ambiente cambiante, interno y externo, que determina un cierto grado de vulnerabilidad.

Cuando se pretende medir la independencia/discapacidad, preguntamos sobre la facilidad/dificultad en el cuidado personal y en las actividades instrumentales; sin embargo, no son suficientes para hacer una evaluación global porque otras variables son necesarias, tales como las del ámbito cognitivo (7, 8).

La preocupación principal en el uso de las escalas era la enfermedad y la evaluación de su impacto en la calidad de vida de las personas (9). Hoy, se intenta entender el fenómeno a nivel de la persona pero también prever políticas de salud y sociales que permitan promover la salud y también prevenir la enfermedad, movilizándolo los estilos de vida pero también modificando los contextos.

Las distintas escalas se proponen medir diversos aspectos de las actividades de la vida, concretamente las que se relacionan con el autocuidado, tales como bañarse, vestirse, comer, controlar los esfínteres, utilizar el baño, moverse, tareas todas ellas básicas en la independencia de la persona. En este sentido, la escala elaborada por Katz (10), mide el funcionamiento, más o menos independiente de cada persona. En el área de la rehabilitación, la escala *Functional Independence Measure* (FIM) presenta otra organización de las áreas de la independencia como son el autocuidado; el control de esfínteres; la movilidad; la locomoción; la comunicación y la cognición (7), pero está más indicada para personas con discapacidades.

Más allá de las tareas del cuidado personal, otras son muy importantes en la adaptación al contexto, tales como las actividades instrumentales concretizadas en usar el teléfono, ir de compras, hacer las tareas de la casa, lavar la ropa, preparar la comida, manejar la medicación, gestionar el dinero y utilizar los medios de transporte (11).

Hay actividades que tienen relación con la locomoción como son el caminar (12), y verdaderamente permiten el desempeño de

70 la mayor parte de las otras actividades ya mencionadas. En la medida de la función hay consenso acerca de que el autocuidado y la movilidad son centrales en la rehabilitación de la funcionalidad (7). Barreiros (13) refuerza que las alteraciones biológicas afectan el desempeño psicomotor volviéndose menos sensible al deterioro si se ha seguido manteniendo una actividad física regular. Las variaciones en las limitaciones a la movilidad pueden conducir a restricciones en el desempeño de las actividades personales e instrumentales de la vida diaria (14). Así, cuando la fuerza declina puede haber repercusiones en la capacidad funcional, hecho que se puede verificar en la dificultad para subir y bajar las escaleras y para caminar, y como consecuencia para realizar las actividades personales e instrumentales de la vida diaria (15).

Knipscheer (16) presentó una escala que agrega el APVD y las AIVD que permite evaluar un nivel de independencia, cuando no hay dificultad en la realización de la actividad, y tres niveles de dificultad, pudiendo en estos casos nominar el tipo ayuda que carecen.

## METODOLOGÍA

### Participantes

El proceso de validación de las propiedades psicométricas de la escala fue realizado en una muestra de personas con edades entre los 50 y los 101 años, que viven en la comunidad en zonas urbanas y rurales. La escala fue aplicada a 1.322 personas de ambos sexos con residencia en Portugal continental y regiones autónomas, Madeira y Azores, y que tienen capacidad de contestar a las preguntas. La muestra fue recogida por el método de bola de nieve.

La muestra (Tabla 1) está constituida en un 71,1% por mujeres; el promedio de edad es de 70,4 años con desviación estándar de 8,7 años; la mayoría son casados, siguiendo los viudos; las minorías son

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica

Características	Valores	Características	Valores
<i>Edad</i>		<i>Salud</i>	
– Media	70,4 años	– Muy buena/buena	390 (29,5%)
– Desvío padrón	8,7 años	– Razonable	611 (46,2%)
– Mediana	70 años	– Débil/muy débil	321 (24,3%)
– Moda	65 años		
<i>Género</i>		<i>Condición física</i>	
– Femenino	939 (71,1%)	– Muy Buena	61 (4,6%)
– Masculino	382 (28,9%)	– Buena	357 (27%)
		– Aceptable	553 (41,8%)
		– Flaca/muy flaca	193 (14,6%)
		– N/R	158 (12%)
<i>Estado civil</i>		<i>Uso de ayudas</i>	
– Casados	729 (55,7%)	– Sí	1.081 (81,8%)
– Viudos	400 (30,6%)	– No	216 (16,3%)
– Solteros	114 (8,7%)	– N/R	25 (1,9%)
– Divorciados	65 (5%)		
<i>Instrucción</i>		<i>Problemas de salud que interfirieran en lo cotidiano</i>	
– Illetados	249 (19,1%)	– Sí	532 (40,2%)
– 4 años de escolaridad	722 (55,3%)	– No	735 (55,6%)
– 5-8 años escolaridad	80 (6,1%)	– N/R	55 (4,2%)
– 9-12 años escolaridad	153 (11,7%)		
– Enseñanza superior	101 (7,7%)		
<i>Habitan</i>		<i>Enfermedad diagnosticada</i>	
– Con cónyuge e hijos	671 (50,8%)	– Sí	669 (50,4%)
– Con otro	320 (24,2%)	– No	599 (45,3%)
– Solos	331 (25%)	– N/R	54 (4,1%)

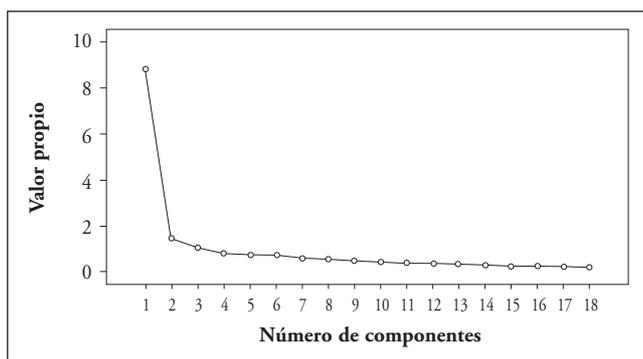


Fig. Diagrama de Scree (identificación del número de factores).

los solteros y divorciados. La mayoría tiene enseñanza primaria, pocos tienen educación superior pero todavía un 19,1% no han recibido escolarización. Casi todos cohabitan con otros, sobre todo con el esposo e hijos, pero una cuarta parte viven solos.

La *salud* es una variable importante para la independencia y la mayoría la percibe como razonable (46,2%), siguiendo los que la identifican como buena/muy buena (29,5%), repartiéndose el resto entre los que la refieren como débil/muy débil. La *condición física* sigue una semejante clasificación. La mayoría (81,8%) recurre a ayudas (gafas; bastón y otros) para compensar las dificultades. El 55,6% dicen que no tienen problemas de salud que interfiera en su día a día. La mitad de la muestra (50,4%) tienen enfermedad identificada por el médico y presentan un promedio de dos enfermedades, siendo muy amplia la variación, desde persona que no presentan ninguna hasta los que presentan ocho procesos de enfermedad.

De acuerdo con la OMS (17) y con Paúl y cols. (18), en esta población están presentes los factores de riesgo para la independencia como son la mayor edad, ser mujer; la baja escolaridad, la jubilación y tener enfermedad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La escala de Independencia en las Actividades de la Vida demuestra la capacidad para que las personas cuiden de sí mismas, de realizar tareas de ámbito más íntimo (escala de Actividades Personales de Vida Diaria - APVD) y otras de adaptación al medio (escala de Actividades Instrumentales de Vida Diaria - AIVD) tales como la definen Lawton y Brody (11). Esto está traducido en la escala de Actividades de la Vida Diaria que ahora validamos y que es una adaptación de esas escalas referidas. Permite definir un perfil de independencia/dependencia que revela sus mayores potencialidades o las fragilidades de las personas a través del análisis de cada subescala y de sus ítems, hecho que permite una intervención específica para su corrección.

La escala tiene 18 ítems, con 9 en cada uno de sus dos subescalas, respectivamente la que mide las Actividades Personales de la Vida Diaria y la que valora las Actividades Instrumentales de Vida Diaria.

En la escala APVD se incluyen la higiene personal; vestirse; ir al baño; controlar los esfínteres; comer; desplazarse; coger objetos del suelo; acostarse y levantarse de la cama; subir y bajar escaleras. En las AIVD se suman los trabajos domésticos; preparar las comidas; controlar los medicamentos, manejar el dinero; utilizar el teléfono; ir de compras; ocuparse de los asuntos administrativos o ir a la consulta; utilizar los medios de transporte y salir de la casa y caminar en la calle.

El instrumento es una medida de auto o de hetero respuesta sobre la situación relativa a la dificultad en llevar a cabo las acti-

vidades, teniendo cuatro posibles opciones en una escala de tipo Likert, que debe informar sobre la situación de la persona, en los intervalos que van desde la independencia “no siente dificultad”, a la peor situación de dependencia “totalmente dependiente”. Todos los ítems de la escala tienen la misma dirección. Podemos obtener la puntuación general de la escala y/o de las escalas secundarias o subescalas. El valor más bajo posible corresponde a la mayor independencia.

La simplicidad de la escala permite identificar la ayuda necesaria cuando hay alguna dificultad; el uso en estudios recientes de ámbito comunitario y el marco teórico sobre las actividades que intervienen en la independencia/dependencia, convierten a la escala en un instrumento de utilidad y aplicación práctica, tanto en el contexto clínico como para la investigación. Este aspecto fue relevante en la selección de la escala, al igual que el que fuera utilizada en Portugal en un estudio con mayores por el Instituto de la Seguridad Social en 2005 (19).

## PROCEDIMIENTOS

El estudio de la escala de Independencia en las Actividades de la Vida tiene como objetivos validarla para la población portuguesa, hacer el análisis factorial y evaluar la consistencia interna de las escalas secundarias y de la escala total.

El trabajo aquí presentado es parte del Proyecto DIA, un amplio proyecto portugués que estudió transversalmente el envejecimiento activo en las personas con edades de 50 y más años, que viven en la comunidad. Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario que incluía variables demográficas, sociales, psicológicas y cognitivas. La recogida de la información se realizó mediante entrevistas realizadas en la comunidad, con una duración media de 90 minutos y consentimiento previo de los participantes.

## Análisis estadístico

En el análisis factorial exploratorio se utilizó el método de los Componentes Principales y la Rotación de Varimax. El estudio de la confiabilidad de la escala fue hecho mediante el cálculo del coeficiente de correlación entre cada ítem y el total. Para la inclusión de los ítems en los factores adoptamos los criterios: I. Validez convergente de cada ítem con el factor en que satura, peso en el factor igual o superior a los 0,50 (20); II. Validez discriminante – el ítem será considerado en el factor donde presenta mayor peso; III. Fuerza del ítem dentro de la escala - correlación ítem-total igual o superior a 0,20; IV. Fundamentación teórica.

La evaluación de la consistencia interna fue hecha mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, a nivel de cada uno de los factores y de la escala global. El programa usado fue el SPSS versión 17.

## RESULTADOS

Se procedió al análisis factorial de componentes principales en la perspectiva exploratoria, sosteniendo los factores sugeridos para el criterio del valor propio (*eigenvalue*) superior a 1 y por el análisis del diagrama de Scree.

Los análisis fueron efectuadas con todos los ítems de la escala y los resultados observados para el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,945) y para la prueba de la esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 12.594,272$ ;  $p < 0,001$ ) revelando que el análisis factorial se ajusta a los datos en estudio.

El análisis de los resultados conseguidos divulga la existencia de tres factores con valor apropiado superior al 1, y la observación del gráfico 1 (diagrama de Scree) sugiere, también, la retención de tres factores.

**Tabla 2. Estructura factorial de la escala de actividades de vida**

Ítems	Factores		
	Movilidad	AIVD	APVD
1. Higiene personal	0,447	0,366	0,563
2. Vestirse	0,489	0,176	0,667
3. Ir al baño	0,264	0,311	0,736
4. Controlar los esfínteres	0,228	0,024	0,590
5. Comer	0,113	0,335	0,685
6. Desplazarse	0,694	0,248	0,338
7. Coger objetos del suelo	0,816	0,133	0,271
8. Acostarse y levantarse	0,730	0,173	0,320
9. Subir y bajar escaleras	0,813	0,179	0,180
10. Hacer trabajos domésticos	0,688	0,337	0,246
12. Controlar los medicamentos	0,186	0,740	0,251
13. Manejar el dinero	0,107	0,759	0,232
14. Utilizar el teléfono	0,084	0,698	0,202
15. Ir de compras	0,422	0,694	0,130
16. Ocuparse de asuntos administrativos o ir a la consulta médica	0,448	0,647	0,035
17. Utilizar los medios de transporte	0,573	0,580	0,182
18. Salir de la casa y caminar en la calle	0,590	0,491	0,285
Valor propio ( <i>eigenvalue</i> )	8,476	1,460	1,073
Proporción de variación explicada	49,85%	8,59%	6,31%

El estudio de fiabilidad es ilustrado en la Tabla 2 y del análisis de los resultados verificamos que el primer factor explica el 49,85% de la variación, el segundo 8,59% y el tercero 6,31%. En conjunto, los tres factores explicaron el 64,75% de la variación total.

La versión conseguida tiene 17 ítems, en vez de 18 como en la escala original, y la estructura conseguida por la exploración de la escala identifica los factores: factor 1; factor 2 y factor 3.

Teniendo por base los criterios adoptados, el factor 1 engloba seis ítems, en concreto los ítems números 6, 7, 8, 9, 10 y 18 y nosotros le llamamos de “movilidad”, agrupando en una escala secundaria de “movilidad”.

El factor 2 es constituido por seis ítems, específicamente por los números 12, 13, 14, 15, 16 y 17, que nominamos de AIVD y se constituyen en una escala secundaria. En la constitución del factor 3 están cinco ítems, los 1, 2, 3, 4, 5 y los nominamos de APVD. Como el ítem 11 presentó peso inferior a 0,50, fue eliminado de la escala.

#### Estudio de la fiabilidad

El estudio de la fiabilidad o confiabilidad permite evidenciar que en el factor 1 las correlaciones ítem-total se situaron entre 0,672 en el ítem 18 “salir de la casa y andar en la calle” y 0,785 en el ítem 7 “coger objetos del suelo”.

En el factor 2, las correlaciones ítem-total se comprenden entre 0,591 en el ítem 14 “utilizar el teléfono” y 0,723 en el ítem 15 “ir a las compras”. Para el tercer factor, observamos las correlaciones entendidas entre 0,381 en el ítem 4 “controlar los esfínteres” y 0,708 en el ítem 2 “vestirse”.

Para la escala global observamos correlaciones ítem-total entre 0,399, en el ítem 4 “controlar los esfínteres” y 0,766, en el ítem 17 “utilizar los medios de transporte” y 18 “salir de la casa y caminar en la calle”.

Se verifica que en cada uno de los tres factores y en el global todas las correlaciones ítem-total son altamente significativas ( $p < 0,001$ ).

La consistencia interna es muy elevada en la escala global ( $\alpha = 0,933$ ). Entre los factores es mayor en el factor 1 ( $\alpha = 0,901$ ),

#### ANEXO. Escala de actividades de la vida diaria

Actividades de la vida diaria		No siente dificultad	Siente alguna dificultad	Siente mucha dificultad	Totalmente dependiente	Tipo de apoyo/ Quién da apoyo*
Actividades personales de la vida diaria	1. Higiene personal (tomar baño, lavar la cara, las manos, peinarse, etc.)					
	2. Vestirse (arreglarse, ponerse ropa, atarse los zapatos)					
	3. Ir al baño (utilizar el sanitario)					
	4. Controlar los esfínteres (orina e heces)					
	5. Comer (cortar los alimentos, usar salsas y condimentos, etc.)					
	6. Desplazarse (sin apoyo de muletas, o de otros ni silla de ruedas)					
	7. Coger objetos del suelo					
	8. Acostarse y levantarse de la cama					
	9. Subir y bajar escaleras					
Actividades instrumentales de la vida diaria	10. Hacer trabajos domésticos					
	11. Preparar comidas					
	12. Controlar los medicamentos					
	13. Manejar el dinero					
	14. Utilizar el teléfono					
	15. Ir de compras					
	16. Ocuparse de asuntos administrativos o ir a la consulta del médico					
	17. Utilizar los medios de transporte					
	18. Salir de la casa y caminar en la calle					

\*Deberá registrar, mediante el caso, las siguientes posibilidades de apoyo: cónyuge, hija(o), nuera, otro familiar (especificar cuál) vecinos, enfermero; apoyo domiciliario; apoyo de voluntario; otro apoyo (especificar).



73 después en el factor 2 ( $\alpha = 0,863$ ), y por último el factor 3 ( $\alpha = 0,797$ ).

Los resultados permiten concluir que la escala y los respectivos factores evidencian alta consistencia interna y, consecuentemente, comportan buena fiabilidad.

### DISCUSIÓN

Verificamos la existencia de 3 factores que describan adecuadamente las características psicométricas de la Escala para la población portuguesa. La escala es simple, fácil y por tanto tiene buena aceptación por parte de los participantes. No estando la escala validada para la población portuguesa, hicimos el análisis factorial exploratorio y verificamos la existencia de tres factores. El factor “movilidad” agregó las actividades que en su esencia estaban conectadas con la movilidad/locomoción. También verificamos la existencia de los criterios de validez y de homogeneidad en todos los factores siendo muy elevado en el factor “movilidad”. Nuestros datos están de acuerdo con la Medida de Independencia Funcional (FIM) y con la Clasificación

77 Internacional de la Funcionalidad, Incapacidad y Salud (CIF) donde estas actividades están separadas de las de cuidados personales respectivamente como “transferencia”, “locomoción” y, “movilidad”, de la componente actividades y participación (21).

La eliminación del ítem “preparar comidas” tiene sentido porque es una actividad influenciada por la cultura y entre nosotros la mayoría de los hombres no la realiza.

La movilidad es de importancia capital en la independencia de la persona, porque su presencia influencia el funcionamiento en las tareas más elementales. A pesar de que la movilidad está presente en todas las actividades funcionales, acentuamos que la movilidad tal y como la utilizamos se refiere, sobre todo, a la movilidad-desplazamiento del cuerpo.

En este sentido va nuestra propuesta: que en el futuro se consideren los tres factores: movilidad; AIVD; APVD.

Remarcamos la ventaja de la utilización de la escala para la evaluación precoz y la monitorización del funcionamiento con el propósito de diseñar intervenciones precoces y preventivas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Katz S, Marshall BL. Is the functional “normal”? Aging, sexuality and the bio marking of successful living. *History of Human Sciences* 2004; 17: 53-75.
2. Paula J. Avaliação Funcional. In: Greve JMD, editores. *Tratado de Medicina de Reabilitação*. S. Paulo: Edições Roca, 2007, pp. 694-703.
3. Heikkinen E, Era P, Joela J, Jylha M, Lyyra A, Pohjolainen P. Socioeconomic and life-style factors as modulators of health and functional capacity with age. In Schroots J, editors. *Aging, Health and Competence*. Amsterdam: Elsevier, 1993, pp. 65-86.
4. Fillenbaum GG. Troisième age et bien-être. *Approches de une évaluation multidimensionnelle*, Genève: OMS, 1986.
5. Fernández-Ballesteros R. Gerontología Social. En Fernández-Ballesteros R. Director. *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide, 2004, pp. 31-54.
6. Yates FE, Benton LA, Beck JC. Risk assessment and early detection of functional declines. In Schroots J. (editors). *Aging, Health and Competence*. Amsterdam: Elsevier, 1993, pp. 87-107.
7. Kelly-Hayes M. Avaliação Funcional. In Hoeman SP. *Enfermagem de Reabilitação*. 2ªed. Lisboa: Lusociência, 2000, pp. 161-172.
8. Verbrugge L, Mehta K, Wagenfeld-Heintz H. Views of Disability in the United States and Singapore. *Research on Aging* 2006; 28: 216-39.
9. Blane DNG, Montgomery S. Quality of life, health and physiological status and change at older ages. *Social Science & Medicine* 2008; 66: 1579-87.
10. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL; a standardized measure of biological and psychological function. *The Journal of American Medical Association* 1963; 185: 914-19.
11. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintenance and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
12. Botelho A. A funcionalidade dos idosos. In Paúl C, Fonseca A. (org) *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005, pp. 111-35.
13. Barreiros J. Envelhecimento, degeneração, desuso e lentidão psicomotora. In Barreiros, J, Espanha M, Correia PP, editores. *Actividade Física e Envelhecimento*. Lisboa: Serviço de Edições da FMH, 2006, pp. 89-104.
14. Theuerkauf A. Auto-cuidado e Actividades de Vida Diária. In Hoeman SP, editores. *Enfermagem de Reabilitação 2ªed*, Lisboa: Lusociência, 2000, pp. 173-207.
15. Correia PP, Homens PM, Silva PA, Espanha M. Função neuromuscular no idoso: a importância do treino de força. In Barreiros J, Espanha M, Correia PP, editores. *Actividade Física e Envelhecimento* Lisboa: Serviço de Edições da FMH, 2006, pp. 135-153.
16. Knipscheer K. L'aide Institutionnelle et familiale aux personnes âgées dépendants aux Pays-Bas. In Atlas-Donfut C. (org) *Les Solidarités entre générations – Vieillesse, Familles, État*. Paris: Nathan, 1995.
17. WHO. Active ageing: a policy framework. Genève: WHO, 2002.
18. Paúl C, Ayis S, Ebrahim S. Disability and Psychological Outcomes in old age. *Journal of Aging and Health* 2007; 10: 723-41.
19. Gil A, Mendes A. Situação Social dos Doentes de Alzheimer - Um estudo Exploratório. Lisboa: ISS IP, 2005.
20. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS, 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.
21. OMS. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade; Incapacidade e Saúde. Lisboa: DGS, 2001.