

ENVEJECIMIENTO EXITOSO EN NONAGENARIOS Y CENTENARIOS VALENCIANOS. ESTUDIO DE LOS CENTENARIOS EN VALENCIA

SUCCESSFUL AGEING IN VALENCIAN NONAGENARIANS AND CENTENARIANS. STUDY OF CENTENARIANS IN VALENCIA

Victoria Córdoba^a, Sacramento Pinazo-Hernandis^{a} y José Viña^b*

Fechas de recepción y aceptación: 7 de mayo de 2018, 9 de junio de 2018

RESUMEN

Introducción: Cada vez más personas afrontan la vejez de un modo positivo a causa de factores genéticos, hábitos y estilos de vida adecuados, y un entorno social y familiar de apoyo. La esperanza de vida y el número de personas nonagenarias y centenarias en España que tienen envejecimiento exitoso crece. 12.880 centenarios viven actualmente en España. En Valencia son 222 las personas centenarias y 1.295 las nonagenarias. *Método:* Estudio transversal descriptivo. Se presentan datos de perfil de la longevidad extrema describiendo características sociodemográficas, estilos de vida, salud percibida, funcional, cognitiva, social y participación. *Muestra:* Sobre una muestra inicial de 552 personas valencianas, se entrevistó a N = 68 personas sin deterioro cognitivo (M = 96, DT = 3,93), 44,1 % centenarios (97-105); 69,1 % mujeres; 83,8 % viudos; un 48,5 % vivía en su casa, un 33,8 % en residencias y un 17,6 % en casa de hijos u otros familiares. Su red social era amplia (un 88,2 % con hijos y nietos, y un 77,9 % con familiares longevos). *Resultados:* La salud percibida era buena para el 74,5 %; el 84,8 % tenía muy buena salud cognitiva, el 54,5 % era independiente en casi todas las ABVD, el 87,2 % no tuvo problemas de salud en el último mes y su salud física no le causó dificultades, y el 63,8 % ha tenido muy poco/ningún dolor durante el último mes. Los estilos de vida eran saludables pues el 33,3 % realizaba ejercicio físico regular y la

^a Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universitat de València.

^{*} Correspondencia: Universitat de València. Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia. España. E-mail: sacramento.pinazo@uv.es

^b Departamento de Fisiología. Facultad de Medicina. Universitat de València.



dieta era mediterránea para el 89,4 %. La mitad de ellos (56,1 %) participaba en actividades semanalmente, con alta satisfacción con el ocio en la mayor parte de los casos (76,6 %). *Conclusiones:* El envejecimiento exitoso en las personas mayores de 90 años se caracteriza por tener buena salud percibida y cognitiva, buena red de apoyo social familiar, antecedentes de familiares longevos, estilos de vida saludables y participación en actividades diversas.

Palabras clave: centenarios, nonagenarios, envejecimiento exitoso, salud percibida, salud cognitiva, participación.

ABSTRACT

Introduction: People are increasingly facing up to old age in a positive way as a result of genetic factors, appropriate behaviours and lifestyles and a supportive social and family environment. Life expectancy and the number of people reaching their 90s and 100s with a successful old age in Spain are increasing. 12,880 centenarians currently live in Spain. In Valencia, there are 222 people over 100 and 1295 over 90. *Method:* Descriptive transversal study. Profile data of extreme longevity are presented, describing sociodemographic features, lifestyles, physical, functional and mental health and rates of social engagement. *Sample:* From an initial sample of 552 Valencian people, 68 were interviewed without cognitive decline ($N = 68$, $M = 96$, $DT = 3.93$): 44.1 % were centenarians (97-105); 69.1 % women; 83.8 % widowers; 48.5 % living at home; 33.8 % in a retirement home and 17.6 % with their children or other family. Their social network was extensive (88.2 % with children or grandchildren) and 77.9 % with long-lived family members. *Results:* Reported physical health was good for 74.5 %; 84.8 % had very good mental health; 54.5 % were independent in almost all activities of daily living (ADL); 87.2 % had no health problems in the last month and their physical health posed no difficulties; 63.8 % had very little/no pain in the last month. Their lifestyles were healthy with 33.3 % doing regular physical exercise and 89.4 % eating a Mediterranean diet. Half (56.1 %) were participating weekly in some activity, with most of them (76.6 %) reporting a high degree of satisfaction with their leisure activities. *Conclusions:* Successful ageing in people over 90 years is characterised by good physical and mental health, a good family and social supporting network, history of long-lived family members, healthy lifestyles and participation in diverse activities.

Keywords: centenarians, nonagenarians, successful ageing, physical health, mental health, participation.

INTRODUCCIÓN

Con el aumento del nivel de vida y la mejora de los sistemas de salud no es raro alcanzar edades avanzadas. Según los datos del Padrón Continuo (INE) hay 8.764.204 personas mayores en España (65 y más años), un 18,8 % sobre



el total de la población (46.572.132), con un crecimiento en alza en la proporción de octogenarios (6,1 % del total de la población), y este grupo seguirá ganando peso entre la población mayor en un proceso de envejecimiento de los ya viejos¹.

En enero de 2017 vivían en España 12.880 personas centenarias, dieciséis veces más que en 1970, de ellas 558 son supercentenarias (mayores de 110 años). La población centenaria en nuestro país supone el 0,04 % de la población total². En los últimos años el número de centenarios ha aumentado notablemente, y lo hará aún más en las próximas décadas. A partir de 2050, el número de centenarios crecerá fuertemente como consecuencia de la llegada de las cohortes del baby-boom (los nacidos entre 1958 y 1977). En 2066 habrá 222.104 centenarios en España^{2,3}.

La feminización destaca como uno de los factores de longevidad. La mayor parte de los centenarios son mujeres. A los 65 años las mujeres son el 57 % de todas las personas mayores, el 63 % de los octogenarios, el 71 % de los nonagenarios y el 81 % de los centenarios². En todos los estudios se han encontrado más mujeres que hombres centenarios, excepto en Cerdeña (Italia) y en Uygur (China), donde los resultados muestran que la proporción de hombres es mayor⁴.

Los estudios internacionales sobre la extrema longevidad se iniciaron hace más de cuarenta años investigando sobre los factores protectores de una vida larga. En las dos últimas décadas, ha aumentado la literatura científica sobre la extrema longevidad humana con estudios sistemáticos y muestras representativas, buscando poner a prueba distintas hipótesis, la mayoría desde la perspectiva biológica y solo algunas de ellas, interesadas en la perspectiva conductual o social⁵.

Los resultados de las investigaciones revelan que en poblaciones de personas mayores a medida que se cumplen más años la variabilidad entre ellas es mayor, lo que ha llevado a investigar sobre las diferencias individuales en las distintas formas de envejecer. Estas diferencias han servido para el desarrollo de modelos teóricos que, sumados a las concepciones clásicas, nos llevan a descubrir formas de ver, entender y vivir el proceso de envejecimiento desde un enfoque mucho más positivo.

A partir de los resultados del *Estudio McArthur* sobre el envejecimiento exitoso, Rowe y Kahn⁶ presentaron su definición en función de tres com-



ponentes principales: “baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada con la enfermedad, alta capacidad funcional cognitiva y física, y compromiso activo con la vida”. Tanto la ausencia de enfermedad como el mantenimiento de las capacidades funcionales son considerados muy importantes para el modelo, pero su esencia queda representada en la combinación de estos dos componentes con el tercero, el compromiso activo con la vida.

Existen pocos estudios en España con una muestra de personas centenarias. Algunos de ellos han estudiado personas mayores de 90 años en adelante pero no centrado en centenarios⁷. Lo mismo ocurre con la investigación de Etxebarria sobre la regulación de los afectos en cuatro grupos de edad (sexagenarios, septuagenarios, octogenarios y nonagenarios-centenarios)⁸.

Algunas de las investigaciones españolas con centenarios se han centrado en los aspectos de salud. El estudio de Rabuñal⁹ se centró en las particularidades físicas del envejecimiento en 80 personas de más de 100 años. Los centenarios del área sanitaria de Lugo (España), mayoritariamente mujeres, con frecuencia padecían dependencia funcional (46,2 %) y deterioro cognitivo (71,3 %) más significativo en las mujeres, que se acompañaba de otras enfermedades (32,5 %). Las patologías más prevalentes encontradas fueron: osteoartritis (46,3 %), demencia (32,5 %) y enfermedades cardiovasculares (cardiopatía 30 %, hipertensión arterial 26,3 %, accidente cerebrovascular 12,5 % y síndrome prostático 57,7 %). Los centenarios presentaban frecuentes limitaciones de audición (69,6 %) y visión (67,1 %). El 81,3 % tomaban 3,3 fármacos diarios de media. Las alteraciones analíticas más reiteradas fueron anemia (40,3 %), hiperfibrinogenemia (63,5 %), insuficiencia renal (67,5 %) e hipoalbuminemia (22,1 %). El ECG fue normal solo en el 8 % (7 centenarios).

Los estilos de vida saludables predicen longevidad. Y entre ellos, la alimentación ha sido objeto de muchos estudios, y en especial los beneficios de la dieta mediterránea y el ejercicio físico^{10,11}. Willcox et al. probaron la relación entre la teoría de los radicales libres y la longevidad en los centenarios de Okinawa al confirmar que la restricción calórica prolonga la duración de la vida¹². La buena salud cardiovascular está cimentada en una dieta saludable, ejercicio físico regular, rechazo de hábitos nocivos y una filosofía de vida libre de estrés¹³. También es importante por su vinculación con el bienestar

y propósito en la vida la participación en actividades, sobre todo en aquellas que permiten socializar y seguir estando conectado al mundo.

Con el fin de conocer mejor el perfil de los centenarios españoles que envejecen exitosamente, se plantea el objetivo de describir las características sociodemográficas, la salud percibida, funcional, cognitiva y los estilos de vida de una muestra de nonagenarios y centenarios.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio transversal descriptivo. *Procedimiento.* Se solicitó ayuda en diferentes centros (residencias, servicio de teleasistencia, atención primaria) de Valencia para contactar con personas mayores de 90 años, y con el Servicio de Personas Mayores del Ayuntamiento de Valencia para contactar con personas centenarias. Una vez las personas y sus familiares mostraron interés en participar en el estudio las investigadoras se pusieron en contacto con ellos por teléfono para concertar una entrevista personal en el lugar donde vivían. Las investigadoras (con formación específica y experiencia en el ámbito de la gerontología) fueron quienes realizaron todas las entrevistas. En la primera entrevista se presentó el estudio para solicitar la participación. Una vez obtenida la aceptación de participar por parte de la persona mayor y sus familiares, se preguntó por datos sociodemográficos y se pasaron las pruebas de salud cognitiva, salud percibida, salud funcional y estilos de vida. La entrevista tuvo una duración aproximada de 60 minutos. Los participantes firmaron un consentimiento informado que fue leído también por sus familiares. En este artículo se presentarán datos de los instrumentos que evalúan la salud y los estilos de vida.

Criterios de inclusión. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: ser mayor de 90 años y tener la salud cognitiva preservada para mantener una conversación fluida con los investigadores. La salud cognitiva fue evaluada con el MEC-35¹⁴, o la Escala Pfeiffer¹⁵. De acuerdo con las recomendaciones del *Documento de consenso para el estudio de las demencias*, de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, para personas de mucha edad y de bajo nivel cultural son necesarios 20 puntos en el MEC-35, para la valoración de deterioro cognitivo leve, y entre 17/18 para personas analfabe-



tas⁹. En la Escala Pfeiffer las puntuaciones mayores a 2 indican presencia de deterioro cognitivo.

Criterios de exclusión. No tener aún la edad requerida para el estudio, no querer participar en el estudio, tener problemas auditivos que impidiesen la comunicación o tener deterioro cognitivo diagnosticado.

Muestra. Partiendo de una muestra inicial de 552 personas, 150 personas no fueron localizadas en la fase de recogida de datos por no contestar a las llamadas o datos de domicilio incorrectos. De las 402 personas contactadas, 214 personas rechazaron participar por distintos motivos: ausencia de interés, rechazo de familiares por considerar la entrevista demasiado estresante o larga, deterioro cognitivo grave o enfermedad grave. Fueron excluidas de los análisis 61 personas por tener un grado de deterioro cognitivo que impedía mantener una conversación fluida con las investigadoras. Otras 8 personas no participaron en el estudio porque los hijos no podían estar presentes durante la entrevista y este era un requisito, dado que en algunas escalas se pregunta al proxy. Finalmente, los participantes en este estudio fueron 68 personas (12,31 % de la muestra total), con edades comprendidas entre los 90 y 105 años ($M = 96$ años, $DT = 3,93$, $\text{Moda} = 100$ años). Siguiendo algunos estudios de centenarios pioneros como el *Okinawa Centenarian Study*¹⁶, establecimos el punto de corte para considerar a una persona centenaria tener los 97 años cumplidos. De esta forma, la muestra se ha dividido en dos: una de personas nonagenarias (90-96 años), el 55,9 % ($N = 38$), y otra de centenarias (97-105 años), el 44,1 % ($N = 30$).

Género. El 69,1 % de la muestra son mujeres. *Estado civil.* El 83,8 % de las personas entrevistadas son viudos/as, el 8,8 % son casados/as y el 7,4 % son solteros/as. *Red social familiar.* El 88,3 % tiene hijos. De los participantes que han tenido hijos, el 33,3 %²⁰ ha sobrevivido al fallecimiento de 1 o más hijos. El 83,8 % tiene nietos, el 66,4 % tiene biznietos (entre 1 y 11). *Familiares longevos.* El 77,9 % tiene o ha tenido familiares longevos (mayores de 82 años, según INE, 2014; padres, hermanos y abuelos). *Nivel de estudios.* El 13,2 % tiene estudios universitarios y el 22,1 % cursó educación secundaria. *Vivienda.* Respecto a su vivienda actual, la mitad de ellos, el 48,5 %, vive en su casa, el 33,8 % en una residencia para personas mayores y el 17,6 % en casa de sus hijos u otros familiares. Viven solos el 22,1 % (15 personas).



TABLA 1
Descripción de la muestra

	<i>Media (años)</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>
Edad	96	3,93	68
Nonagenario/as	90 a 96		38
Centenario/as	97 a 105		30
		%	N
Género	Mujeres	69,1	47
	Hombres	30,9	21
Estado civil	Viudos/as	83,8	57
	Casados/as	8,8	6
	Solteros/as	7,4	5
Domicilio	En casa de hijos u otros familiares	17,6	12
	En centro residencial	33,8	23
	En su casa	48,5	33
Con quién conviven	Con sus hijos u otros familiares	45,6	31
	Con otros residentes	32,4	22
	Solo/a	22,1	15
Descendencia	Hijos	88,3	50
	Nietos	88,3	50
	Biznietos	66,4	44
Longevidad familiar	Sí	77,9	53
Nivel de estudios	No saben leer ni escribir	11,8	8
	Saben leer y escribir	14,7	10
	Educación básica	38,2	26
	Educación secundaria	22,1	15
	Educación universitaria	13,2	9

Instrumentos. Las escalas elegidas contienen preguntas cortas, sencillas de comprender y se redujo el número de alternativas de respuesta en las escalas que contenían más de cinco, para que el mínimo fueran tres y el máximo cinco. Se cuidó especialmente crear un clima de confianza con los participantes, y que pudieran descansar tras una hora de conversación, y así evitar la fatiga de la que advierten en estudios anteriores con muestras de personas centenarias.



Salud percibida

Para medir la autopercepción de salud se pasó *SF8*¹⁷, versión abreviada del *SF36 (Short Form Health Survey)*¹⁸, que recoge ocho dimensiones para evaluar estados de salud, tanto positivos como negativos: *función física* (grado en que la salud limita las actividades físicas: autocuidado, caminar, subir escaleras, etc.); *rol físico* (grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias); *dolor corporal* (intensidad de dolor y su efecto en el día a día); *salud general* (percepción personal de la salud actual y futura); *vitalidad* (percepción de energía y vitalidad frente a la percepción de cansancio y agotamiento); *función social* (grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual); *rol emocional* (grado en que los problemas emocionales interfieren en las actividades diarias), y *salud mental* (salud mental general)¹⁹. Presenta un 96 % de fiabilidad y un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de 0,70²⁰. El cálculo de las puntuaciones está basado en normas de referencia aunque no existen datos específicos para el grupo de nonagenarios y centenarios. En este estudio hemos utilizado las preguntas que corresponden a las primeras seis dimensiones.

TABLA 2
Resultados descriptivos Salud general, comparada, problemas que limitan actividad y derivados de salud y vitalidad

		%	N
Salud general	Mala	5,9	4
	Regular	11,8	8
	Buena	30,9	21
	Muy buena	20,6	14
Salud comparada año anterior	Mucho peor	6,4	3
	Algo peor	17,0	8
	Similar	66,0	31
	Algo mejor	6,4	3
	Mucho mejor	4,3	2
Salud comparada otros misma generación	Mucho peor	2,1	1
	Algo peor	6,4	3
	Similar	10,6	5
	Algo mejor	31,9	15
	Mucho mejor	48,9	23



		%	N
Problemas que limitan actividad	Muchos	2,1	1
	Bastantes	2,1	1
	Muy pocos	17,0	8
	Ninguno	78,7	37
Problemas derivados salud	Muchos	2,1	1
	Bastantes	10,6	5
	Muy pocos	10,6	5
	Ninguno	76,6	36
Dolor	Muchos	2,1	1
	Bastantes	34,0	16
	Muy pocos	19,1	9
	Ninguno	44,7	21

TABLA 3
Salud funcional y estilos de vida

Salud cognitiva Escala Cruz Roja	Desorientación en conversación lógica	1,5	1
	Desorientación en el tiempo	4,5	3
	Ligera desorientación en el tiempo	9,1	6
	Totalmente normal	84,8	56
Salud funcional Índice de Katz	Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso del servicio, movilización y otros más	22,7	15
	Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso del servicio y otros más	6,1	4
	Independiente en todas salvo lavado, vestido y otros más	10,6	7
	Independiente en todas salvo lavado y otros más	6,1	4
	Independiente en todas salvo una	13,6	9
	Independiente en todas las funciones	40,9	27
Estilos de vida Alimentación	Dieta mediterránea	86,8	59
	Dieta adaptada	2,9	2
	Dieta baja en grasas	7,4	5
Actividad física	Sedentaria	39,4	26
	Escasa y no regular	27,3	18
	Regular, más de 3 horas/semana	33,3	22



Salud cognitiva

Para evaluar el estado cognitivo se utilizó la *Escala de Incapacidad Mental de la Cruz Roja* (CRM)²¹. En esta escala se tiene en cuenta la opinión de las personas que están en contacto directo y frecuente con la persona mayor, e indica los posibles síntomas o problemas que pueden ser relevantes para detectar deterioro cognitivo. Las propiedades psicométricas de la escala son apropiadas, la especificidad es 0,91 y su sensibilidad es 0,90. Tiene una adecuada validez concurrente con el test de Pfeiffer. Está compuesta por 6 ítems. Las puntuaciones iguales o mayores a 2 indican presencia de deterioro cognitivo.

SALUD FUNCIONAL E INDEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE VIDA

Diaria: Para evaluar la salud funcional se utilizó el Índice de Katz^{22,23}, cuyo objetivo es valorar la capacidad de ejecución en las actividades básicas de la vida diaria que son necesarias para vivir de forma independiente. Con este instrumento se valora el grado de dependencia. Ha sido recomendado por su apropiada validez de constructo y de contenido por el *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke* y la *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*. En relación con las propiedades psicométricas, ha demostrado una consistencia interna de 0,86 alfa de Cronbach, una fiabilidad interobservadores entre 0,39 y 0,84 de Kappa, y una ajustada validez de constructo y de contenido. Consta de 6 ítems, y puede ser el cuidador que se encuentra en continuo contacto con la persona entrevistada quien indica cuáles son las áreas en las que la persona necesita ayuda. Los ítems se refieren a la capacidad de *Bañarse*, *Vestirse*, *Ir al servicio*, *Levantarse* y *Continencia*. Cada ítem tiene tres opciones de respuesta, para indicar si la persona necesita ayuda parcial, ayuda total o es independiente.

Estilo de vida

Se preguntó sobre tipo de alimentación, y la frecuencia e intensidad de ejercicio físico, en una escala de elaboración propia. En alimentación se plan-



teó una pregunta única: “¿Cuál diría que es su alimentación habitual?”. Las alternativas de respuesta fueron: 1) *Dieta mediterránea*, 2) *Dieta adaptada* y 3) *Dieta baja en grasas*. En actividad física se formuló una pregunta única: “¿Cómo describiría la actividad física en su vida en el último año?”, y se ofrecieron tres alternativas de respuesta: 1) *Actividad sedentaria* (no realiza ningún ejercicio físico regular), 2) *Actividad física escasa y no regular* (algunas veces pasea, realiza tareas domésticas ligeras, jardinería normal esporádica) y 3) *Ejercicio físico regular ligero más de tres horas a la semana* (caminar, jardinería normal, deporte de baja intensidad, etc.).

Participación

Se preguntó sobre un listado de actividades de ocio de elaboración propia acerca de su nivel actual de participación, con ocho posibilidades: *Pasear; Leer; Juegos de mesa (cartas, parchís, ajedrez); Cuidar las plantas; Bailar; Cantar; Ver TV; Cine; Otras*. La escala de respuesta iba desde (1) *No realiza ninguna* hasta (4) *Más de tres horas semanales*. Además, se averiguó el nivel de satisfacción con las actividades cultivadas con una sola pregunta: “¿En qué medida se siente satisfecho cuando practica estas actividades?”. Se ofrecieron cinco alternativas de respuesta desde (1) *Nada satisfecho* hasta (5) *Muy satisfecho*.

TABLA 4
Vitalidad o energía durante el último mes

Vitalidad	Ninguna	2,1	1
	Muy poca	34,1	16
	Bastante	42,6	20
	Mucha	21,3	10

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados diferenciados por cada una de las áreas analizadas: salud percibida, salud funcional, salud cognitiva, estilos de vida y participación.



Salud percibida

La percepción positiva de la salud se entiende como bienestar. La puntuación media obtenida por la muestra analizada en el cuestionario completo de salud percibida es alta ($M = 27,72$, $DT = 4,015$, $Mo = 30$, Rango 7-35). El 70,2 % de los participantes han obtenido puntuaciones superiores a la media en salud percibida. La puntuación mínima registrada es 18 y la máxima 35.

El 51,5 % tiene una buena salud percibida general, al considerar que su salud en el último mes ha sido buena o muy buena. En relación con el número de problemas de salud física que limitaran su actividad habitual (caminar, subir escaleras, etc.), el 78,7 % contestó no haber tenido ninguno y el 17 % dijo que muy pocos. Se les preguntó sobre los problemas asociados o derivados de su salud y el 76,6 % afirmó que no había tenido ninguna dificultad durante su rutina diaria, en casa o fuera de casa, debido a su salud física, y el 10,6 % concretó que muy pocas dificultades. Respecto al dolor, el 44,7 % dijo no haber sentido ningún dolor físico en el último mes, y el 19,1 % refirió muy poco dolor. Cuando se les consultó “¿Cómo encuentra ahora su salud comparada con la del año pasado?”, el 66 % manifestó encontrarse de un modo similar, el 6,4 % la percibía como algo mejor y el 4,3 % la veía como mucho mejor. Por tanto, 3 de cada 4 personas (76,7 %) apreciaba su salud en comparación con el año anterior similar, algo mejor o mucho mejor. Para ver si el paso de los años influye en la salud percibida, se les preguntó: “En comparación con la mayoría de las personas de su edad, ¿usted cree que su salud es mucho mejor, algo mejor, similar, algo peor o mucho peor?”. El 48,9 % declaró que su salud era mucho mejor, el 31,9 % creía que era algo mejor y el 10,6 % que era similar. Si diferenciamos por lugar de residencia, las personas entrevistadas que viven en centros residenciales se ven a sí mismas con mucha mejor salud que la de sus compañeros residentes, y las personas que viven en los domicilios también se ven mejor que otros de su generación.

Sobre la vitalidad, el 21,3 % contestó que había tenido mucha energía durante el último mes y el 42,6 % refirió que bastante.



Salud cognitiva

Una vez separados de la muestra aquellos participantes con deterioro cognitivo, el 84,8 % de las personas entrevistadas tienen un estado cognitivo totalmente normal, según la *Escala de la Cruz Roja*; el 9,1 %, una ligera desorientación en el tiempo, pero mantenían correctamente una conversación, y el 4,5 % mostraba desorientación en el tiempo y podía conversar pero con problemas.

Salud funcional

Los resultados globales de la *valoración de las actividades básicas de la vida diaria* según el Índice de Katz muestran que el 40,9 % era independiente en todas las funciones y el 19,7 % en todas salvo 1-2 funciones. No hay ninguna persona con dependencia para las seis funciones de las ABVD que recoge el Índice de Katz ($M = 2,95$, Rango 1-6). Desglosado por tipo de actividad, el 30,3 % no recibe ayuda para bañarse (entra y sale solo/a de la bañera sin ninguna ayuda); el 57,6 % se viste completamente sin ayuda, incluyendo la ropa interior, complementos, abrocharse los botones, las pulseras si las usa y atarse los cordones. Con respecto a ir al servicio, el 71,2 % va al aseo sin ayuda, aunque puede disponer de apoyos, como un bastón, andador o silla de ruedas, y utilizar una cuña u orinal por la noche. En la actividad de levantarse, el 65,2 % se levanta, sienta y acuesta en la cama o la silla sin ayuda (puede usar un bastón o un andador como apoyo), y un 30,3 % recibe ayuda parcial. El 60,6 % controla la continencia por sí solo completamente.

Estilos de vida

Los estilos de vida saludables están relacionados con la longevidad en numerosas investigaciones. Ante la pregunta “¿Cuál diría que es su alimentación habitual?”, el 86,8 % dijo que era la dieta mediterránea (basada principalmente en el consumo de frutas, verduras, legumbres, carne magra, pescado, arroz, pan, pasta y lácteos).



Y en referencia a la práctica de *ejercicio físico en el último año*, el 33,3 % manifestó realizar ejercicio físico de forma habitual más de tres horas a la semana, y el 27,3 % dijo practicar actividad física escasa y no regular. Por tanto, solo un tercio de la muestra comunicó hacer ejercicio de modo cotidiano.

Participación

Diversas investigaciones evidencian la influencia positiva de las actividades de ocio para la salud y el bienestar.

Sobre un listado de actividades se preguntó por el grado de participación semanal, en número de horas, y el nivel de satisfacción. El 56,2 % dijo pasear entre una y más de tres horas; el 39,9 % indicó leer entre una y más de tres horas; el 34,8 % detalló que jugaba a las cartas, al dominó o al parchís entre una y más de tres horas; el 26,6 % mencionó que cuidaba las plantas entre una y más de tres horas, todas ellas con una frecuencia semanal; la mayoría (96,9 y 92,2 % respectivamente) ya no bailaba ni cantaba, aunque en épocas anteriores sí les había gustado mucho; ver la televisión fue la actividad de ocio pasivo más asiduamente realizada, pues el 68,8 % la veía más de tres horas a la semana.

El 60,9 % de los participantes dijeron realizar otras actividades de ocio: *socialización* (6,3 %); *pasivas/relajadas* (23,4 %); *creativas* (9,4 %); *cognitivas* (18,8 %); *ejercicio físico* (1,6 %), y *cuidar a otros en situación de dependencia* (1,6 %).

Con respecto a la satisfacción con el ocio, la mayoría (76,6 %) estaba muy o bastante satisfecho cuando practicaba las actividades de ocio elegidas.

TABLA 5
Participación en actividades de ocio y satisfacción con estas

Satisfacción con el ocio	Nada satisfecho	6,5	4
	Algo satisfecho	17,2	11
	Bastante satisfecho	46,9	30
	Muy satisfecho	29,7	19



Pasear	No	43,8	28
	1-2 horas/semana	18,8	12
	2-3 horas/semana	4,7	3
	Más de 3 horas/semana	32,8	21
Leer	No	50	32
	1-2 horas/semana	17,2	11
	2-3 horas/semana	4,7	3
	Más de 3 horas/semana	18	28,1
Bailar	No	96,9	62
	1-2 horas/semana	2,9	2
Juegos mesa	No	65,6	42
	1-2 horas/semana	18,8	12
	2-3 horas/semana	1,6	1
	Más de 3 horas/semana	14,4	9
Cuidar plantas	No	73,4	47
	1-2 horas/semana	20,3	13
	2-3 horas/semana	4,7	3
	Más de 3 horas/semana	1,6	1
Cantar	No	92,2	59
	1-2 horas/semana	7,8	5
Ver TV	No	18,8	12
	1-2 horas/semana	6,3	4
	2-3 horas/semana	6,3	4
	Más de 3 horas/semana	68,8	44
Otras	No	39,1	25
	Creativas/manuales	9,4	6
	Sociales	6,3	4
	Pasivas	23,4	15
	Ejercicio físico	1,6	1
	Cuidado a otros	1,6	1
	Cognitivas	18,8	12

DISCUSIÓN

Varios son los hallazgos de esta investigación que aportan claves para el buen envejecer: en primer lugar, destaca la importancia de la variable género, nivel educativo y salud percibida en el envejecimiento; en segundo lugar, el importante papel que juega la participación social como facilitador de co-



nexión social; y en tercer lugar, la prevalencia de estilos de vida saludables, dieta mediterránea y buena salud funcional y cognitiva.

La mayor parte de los participantes en el estudio son mujeres, al igual que se ha encontrado en estudios previos⁴, con una mayor presencia de personas viudas²⁴. Con respecto a las formas de convivencia, los resultados del estudio son similares a los de Samuelsson y su equipo (*Swedish Centenarian Study*), que encontraron que un 25 % de los centenarios vivían solos y un 37 % en residencia²⁵, pero difieren del estudio de Beregui y Klinger (*Hungarian Centenarian Study*), en el que la mayoría vivía con hijos, cónyuges u otros familiares y únicamente el 16 % vivía solo²⁶. Respecto a la longevidad familiar nuestros resultados coinciden con los de estudios previos, que destacan el peso de esta variable²⁷⁻³¹.

El nivel educativo suele analizarse en todos los estudios por su relación con la salud. Con respecto a los centenarios los resultados obtenidos en esta investigación son similares a los de Zamarrón y su equipo (*Estudio 90 y +*) con población española⁷, pero difieren de los de Rott y su equipo en Alemania (*Heidelberg Centenarian Study*), en el que tres de cada cuatro centenarios tenían educación primaria³², y de Araújo y colaboradores en Portugal (*Portugal Centenarian Study*), que encontraron que el 48,6 % tenía educación primaria y el 40 % nunca había asistido a la escuela²⁴.

Tres de cada cuatro participantes afirmaron tener una buena salud percibida, alta satisfacción con el ocio y práctica de actividades de este. La implicación en actividades sociales se relaciona con felicidad, salud funcional y mortalidad³³. Es muy posible que estas variables se relacionen entre sí y que una mayor salud percibida conlleve y posibilite una mayor práctica de actividades de ocio, lo que genera una mayor satisfacción con las actividades de ocio en general y una mayor práctica de ejercicio físico. Otros estudios ya habían llegado a esta conclusión sobre el valor predictivo de la salud percibida en la mortalidad de los mayores de 65 años³⁴ y la relación entre la propia percepción de salud y la robustez objetiva, o entre salud percibida y salud funcional y ausencia de depresión³⁵.

Los participantes en este estudio están muy sanos, resultado similar al que encontraron en el *Okinawa Centenarian Study*, que posee una de las menores prevalencias de enfermedades asociadas al envejecimiento (demencias, enfermedades cardiovasculares y cáncer), el *Hungarian Centenarian Study*,



en donde el 69 % se consideró a sí mismo como saludable y el 20 % no tenía ninguna enfermedad²⁶, y el *French Centenarian Study*, en el que el 15 % fue considerado completamente sano³⁶. Pero los resultados difieren de los hallazgos del *Estudio 90 y +*, por los que el 44,4 % manifestó tener algún problema de salud que interfería en sus actividades⁷, del *Estudio ELEA* (55-75 años), donde solo el 27,6 % indicará lo mismo³⁷, y de la investigación de Ramos sobre el corazón de los centenarios españoles, por el que solo el 45 % de ellos consideró su salud como muy buena³⁸.

La literatura científica demuestra que el porcentaje de deterioro cognitivo aumenta con la edad, pero los participantes en este estudio tenían la salud cognitiva preservada, quizás porque era requisito para mantener una conversación fluida con las investigadoras. Otros estudios de centenarios presentaron también datos de buena salud cognitiva³⁹⁻⁴¹. En cambio, en las investigaciones en las que no se requería la respuesta del sujeto sino el análisis de pruebas médicas, se estima una prevalencia de demencia en torno al 50 %^{4,26,30,42}.

La salud funcional es fundamental para mantener un envejecimiento activo que permita realizar las ABVD con autonomía; en este estudio encontramos que la mitad de ellos era independiente en todas las funciones, mientras que en el *Estudio 90 y +* el 87 % no presentó ninguna dificultad para realizar las ABVD⁷. En estudios españoles con población más joven, como el *Estudio ELEA* (55-75 años), solo el 1,5 % presentaba dificultades para las ABVD³⁷; o en el de Suzuki et al. (*Okinawa Centenarian Study*)⁴², donde los participantes mantenían mayor independencia funcional que en otras poblaciones y menor riesgo de fractura de cadera. En la investigación de Arai et al. (*Tokyo Centenarian Study*)⁴⁴ solo era independiente el 20 % en la undécima década. En el *Estudio MacArthur*⁶ uno de los factores predictores de buen envejecer fue tener la capacidad funcional cognitiva y física preservada.

La alimentación es uno de los pilares de los estilos de vida saludable; la dieta mediterránea es seguida mayoritariamente por los participantes, al igual que encontramos en el estudio de Buettner⁴⁵ sobre una de las *Blue Zones* (Cerdeña, Italia), donde predominaban los alimentos de origen vegetal, poca carne, legumbres, frutos secos y vino tinto. La práctica de ejercicio físico también es habitual en otros estudios de centenarios⁴⁵⁻⁵¹.

Respecto a la participación en actividades de ocio, los participantes en este estudio son muy activos y realizan múltiples actividades y muy heterogéneas,



al igual que en otros estudios, como el *Okinawa Centenarian Study*, donde dijeron realizar actividades de jardinería, danza o incluso artes marciales^{52,53}; o en el *Hungarian Centenarian Study*, cuyos participantes dijeron escuchar la radio, ver la TV y leer periódicos, revistas o libros²⁶.

CONCLUSIONES

La principal aportación de este artículo ha sido mostrar el perfil de un grupo de personas nonagenarias y centenarias con envejecimiento exitoso, una minoría resiliente de su cohorte. Además, deja patente que envejecimiento no es igual a deterioro o dependencia. Los participantes tienen características en común como tener una buena salud física y cognitiva, cuidar su red de apoyo social familiar, mantener estilos de vida saludables y seguir activos participando y disfrutando de actividades diversas. Por los análisis realizados vemos que la muestra responde al patrón de buen envejecer del modelo de Rowe y Kahn: alta función física y cognitiva, ausencia de enfermedad y discapacidad y compromiso con la vida. Las variables predictoras de envejecimiento exitoso en el modelo de Rowe y Kahn son modificables por las personas o realizando cambios en los entornos, ya que dependen mucho de los estilos de vida y de la actitud con la que afrontan cada nuevo día^{54,55}. Identificar y conocer los factores de riesgo modificables para envejecer bien y retrasar la dependencia es un paso importante para desarrollar estrategias sociosanitarias⁵⁶. En la muestra analizada en esta investigación encontramos altas puntuaciones en todas las variables predictoras de envejecimiento exitoso. Nuevos análisis bivariados que permitan relacionar las variables evaluadas aportarán más luz sobre esta muestra de envejecientes exitosos. Las relaciones entre salud cognitiva y salud física o funcional y entre salud funcional y participación han sido analizadas en otras investigaciones y pueden aportar ideas para la reflexión sobre los hallazgos de esta investigación. Además, será interesante analizar si existen diferencias asociadas al género o la edad y en qué variables concretas, tal y como muestran algunos estudios de centenarios mostrados en la introducción a este artículo.

Este estudio tiene algunas limitaciones. La primera es que los resultados solo son generalizables a las personas nonagenarias y centenarias que ten-



gan un envejecimiento exitoso. Entre los criterios de inclusión para participar se incluía tener una salud cognitiva preservada que permitiese mantener una conversación fluida con las investigadoras. Como las entrevistas se realizaban en varias sesiones de al menos una hora, algunas personas con salud más débil no pudieron o quisieron participar. Por ello, han quedado excluidos todos aquellos que tenían problemas de salud física y cognitiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abellán A, Ayala A, Pérez J, et al. *Una panorámica de la población mayor*. CSIC, 2018.
2. Instituto Nacional de Estadística. INE base Cifras de población y censos demográficos. Resultados nacionales. (Consultado 2 de febrero de 2018). Disponible en: <<http://www.ine.es>>.
3. Abellán A, Ayala A, Pujol, R. *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid. Informes envejecimiento en Red.
4. Calvert JR, James F, et al. Dementia-free survival among centenarians: an evidence-based review. *J Geront Ser A: Biolog Sci and Med Sci*. 2006; 61:951-956.
5. Córdoba V, Pinazo-Hernandis S. Una revisión de la investigación en centenarios: factores psicosociales en la extrema longevidad. *Búsqueda*. 2016; 64-80.
6. Rowe JW, Kahn RL. *Successful aging: The MacArthur Foundation Study*. New York: Pantheon; 1998.
7. Zamarrón MD, Fernández-Ballesteros R, Díaz J, et al. Estudio bio-psico-social sobre personas de 90 años y más. Proyecto de investigación I+D+I IMSERSO, 2007. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/.../idi35_06uam.pdf>.
8. Etxebarria I. *Funcionamiento emocional en las personas muy mayores: variables descriptivas y predictoras*. (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco, Donostia, España, 2014.



9. Rabuñal R. Estudio de la población centenaria del área sanitaria de Lugo: factores asociados a independencia funcional y supervivencia. (Tesis doctoral). Universidad de La Coruña, España, 2014.
10. Steptoe A, Dockray S, Wardle J. Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *J Pers.* 2009; 1747-1776.
11. Grant N, Wardle J, Steptoe A. The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *Inter J Behav Med.* 2009; 259-268.
12. Willcox DC, et al. Caloric restriction and human longevity: what can we learn from the Okinawans? *Biogeront.* 2006; 173-177.
13. Bernstein AM, Willcox BJ, Tamaki H, et al. First autopsy study of an Okinawan centenarian: absence of many age-related diseases. *J Geront S A: Biolog Sci and Med Sci.* 2004; 59:1195-1199.
14. Lobo A, Ezquerro J, Burgada FG, et al. El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso-Esp Neur.* 1979; 7:189-202.
15. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975; 23:433-441.
16. Suzuki M, Willcox B, Willcox C. Okinawa Centenarian Study. Centro de Investigación en Ciencias de la Longevidad, Urasoe, Okinawa, Japón. 2013. Disponible en: <<http://www.okicent.org>>.
17. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE, et al. How to score and interpret single-item health status measures: a manual for users of the SF-8 health survey. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated. 2001; 15(10):5.
18. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med care.* 1992; 473-483.
19. Tiesca Molina R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *R Cient Sal Unin.* 2012; 21:1-12.
20. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005; 19:135-150.
21. Guillén F, García MA. Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en geriatría. *Rev Esp Gerontol.* 1972; 7:339-346.



22. Katz S, Ford AB, Moscowitz RW, et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Assoc*. 1963; 185:914-919.
23. Cruz AJ. El índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1991; 26:338-348.
24. Araújo L, Ribeiro O, Teixeira L, et al. Successful aging at 100 years: the relevance of subjectivity and psychological resources. *Inter Psych Ger*. 2016; 28:179-188.
25. Samuelsson SM, Alfredson BB, Hagberg B, et al. The Swedish Centenarian Study: a multidisciplinary study of five consecutive cohorts at the age of 100. *Int J Agi & Hum Dev*. 1997; 45: 223-253.
26. Beregi E, Klinger A. Health and living conditions of centenarians in Hungary. *Inter Psych geriat*. 1989; 1:195-200.
27. Willcox BJ, Hsueh WC, He Q, et al. Substantial advantage for longevity in siblings of Okinawan centenarians. *GENEPI*. 2005; 29:286-287.
28. Poon LW, Sweaney AL, Clayton GM, et al. The Georgia Centenarian Study. *Int J Agi & Hum Dev*, 1992; 34:1-17.
29. Hitt R, Young-Xu Y, Silver M, et al. Centenarians: the older you get, the healthier you have been. *Lancet*. 1999; 354(9179):652.
30. Perls TT, Alpert L, Fretts RC. Middle-aged mothers live longer. *Nat*. 1997; 389:133-133.
31. Sebastiani P, Riva A, Montano M, et al. Whole genome sequences of a male and female supercentenarian, ages greater than 114 years. *Front Genet*. 2012; 2:1-28.
32. Rott C, d'Heureuse V, Kliegel M, et al. Die Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Theoretische und methodische Grundlagen zur sozialwissenschaftlichen Hochaltrigkeitsforschung. *Zeits Geront Geriat*. 2001; 34:356-364.
33. Menec VH. The relation between everyday activities and successful aging: a 6-year longitudinal study. *J Geront Ser B, Psychol Sci Soc Sci*. 2003; 58:S74-82.
34. Mossey J, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. 1982; 72: 800-808.
35. Ribeiro O, Duarte N, Teixeira L, et al. Frailty and depression in centenarians. *Inter Psychoger*, 2018; 30:115-124.



36. Allard M, Robine JM, Fondation IPSEN pour la recherche thérapeutique. Les centenaires français: étude de la Fondation IPSEN: 1990-2000: Report final. 2001; Serdi.
37. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Díez Nicolás J, et al. Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo. Informe de Investigación. Universidad Autónoma de Madrid. 2007.
38. Ramos MR. Los centenarios y sus corazones. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. 2016.
39. Yamada M, Sasaki H, Mimori Y, et al. Prevalence and risks of dementia in the Japanese population: RERF's adult health study Hiroshima subjects. *J Am Ger Soc*. 1999; 47:189-195.
40. Kokmen E, Özsarfati Y, Beard CM, et al. Impact of referral bias on clinical and epidemiological studies of Alzheimer's disease. *J Clin Epid*, 1996; 49: 79-83.
41. Ogura C, Nakamoto H, Uema T, et al. Prevalence of senile dementia in Okinawa, Japan. *Inter J Epid*. 1995; 24: 373-380.
42. Poon LW, Woodard JL, Miller LS, et al. Understanding dementia prevalence among centenarians. *The J Geront Ser A: Bio Sci and Med Sci*. 2012; 1-8.
43. Suzuki M, Akisaka M, Ashitomi I, et al. Chronological study concerning ADL among Okinawan centenarians. *Jap J Geriatr*. 1995; 32: 416-423.
44. Arai Y, Martin-Ruiz CM, Takayama M, et al. Inflammation, but not telomere length, predicts successful ageing at extreme old age: a longitudinal study of semi-supercentenarians. *EBioMed*. 2015; 2:1549-1558.
45. Buettner D. The Blue Zones: 9 lessons for living longer from the people who've lived the longest. *National geographic books*. 2012. (Consultado 15 de diciembre de 2017). Disponible en: <<http://www.bluezones.com>>.
46. Murray CJ, Lopez AD, World Health Organization. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: Summary 1996.
47. Arai S. Studies on functional foods in Japan-state of the art. *Biosci, biotec, bioch*. 1996; 60:9-15.
48. Hitt R, Young-Xu Y, Silver M, et al. Centenarians: the older you get, the healthier you have been. *Lancet*. 1999; 354:652.



49. Motta M, Bennati E, Ferlito L, et al. Successful Aging in centenarians: myths and reality. *Arch Geront Ger.* 2005; 40:241-251.
50. Puga MD. Cien años y más. Las claves de una longevidad exitosa. Proyectos de Investigación I+D+i IMSERSO 2007.
51. Soriano JB, Fernández S, Carretero S, et al. Description of extreme longevity in the Balearic Islands: Exploring a potential Blue Zone in Menorca, Spain. *Ger Geront Inter.* 2014; 14:620-627.
52. Todoriki H, Willcox DC, Willcox BJ. The effects of post-war dietary change on longevity and health in Okinawa. *The Oki J Am Stu.* 2004; 1:52-61.
53. Willcox DC, Willcox BJ, Sokolovsky J, et al. The cultural context of “successful aging” among older women weavers in a northern Okinawan village: The role of productive activity. *J Cr-Cul Geront.* 2007; 22:137-165.
54. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Sci.* 1987; 237:143-149.
55. Rowe JW, Kahn, RL. Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century. *J Geront: Ser B.* 2015; 70:593-596.
56. Hodge AM, English DR, Giles GG, et al. Social connectedness and predictors of successful ageing. *Matur.* 2013; 75:361-366.



