

EL ENVEJECIMIENTO:
ALIMENTACIÓN
Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE

ISABEL CALVO VIÑUELA

Madrid, 2015

© Universidad de Mayores de Experiencia Recíproca

Sede Social: c/ Abada, 2 5º 4-A

28013 Madrid

Depósito Legal: M-17565-2015

Maquetación: A.D.I. C/ Martín de los Heros, 66. 28008 Madrid. Telf.: 91542 82 82

EL ENVEJECIMIENTO: ALIMENTACIÓN Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE

(CONFERENCIA PRONUNCIADA POR LA AUTORA EN LA UNIVERSIDAD DE
MAYORES EXPERIENCIA RECÍPROCA EL DÍA 18 DE DICIEMBRE DE 2014)

Según define la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Alcanzar desde edades tempranas un estado de bienestar en equilibrio contribuirá a mantener una mejor calidad de vida en la vejez. La salud de las personas mayores se encuentra condicionada por diversos determinantes, que deben ser contemplados en conjunto al plantearse las políticas sanitarias, y ser adaptados a los continuos cambios demográficos que atraviesa la sociedad en la actualidad.

La estructura demográfica de la población ha atravesado varias etapas a través del tiempo, como consecuencia de una continua modificación de las causas de la mortalidad. Primeramente surgió la etapa de las epidemias y hambrunas, representada principalmente por las enfermedades infecciosas; posteriormente una etapa de disminución de las pandemias, en la que disminuye la mortalidad gracias a los avances médicos y farmacológicos, junto con la optimización de las condiciones higiénico-sociales. Y, por último, la etapa de las enfermedades degenerativas y las provocadas por el hombre, donde predominan las enfermedades cardiovasculares y oncológicas, junto con otras enfermedades ligadas al comportamiento humano (estrés, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada, etc.).

Olshanky y Ault proponen una cuarta etapa, caracterizada por el predominio de las enfermedades crónicas.

Debido al control de la natalidad y al descenso de la mortalidad, existe un envejecimiento demográfico en el planeta Tierra. Antes era una pirámide: en la base los niños nacidos y en la cúspide los ancianos.

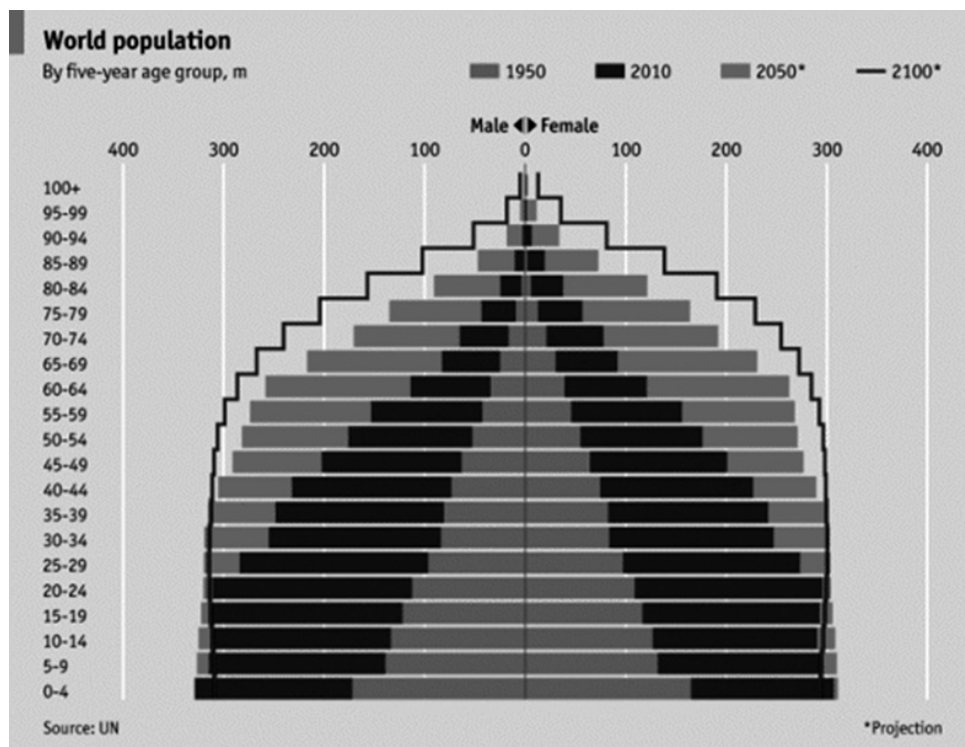


Imagen: ONU (www.esa.un.org)

Este gráfico ilustra una proyección de la pirámide poblacional a nivel mundial (ONU) a finales de este siglo XXI. Ya no es una pirámide (como en los años 50), sino un “rectángulo” la figura de hoy día, y “una peonza” la que comienza a configurarse según las proyecciones de crecimiento.

Como uno de los **indicadores del estado de salud** de la población, se encuentra la esperanza de vida: la mejora de la esperanza de vida en todo el mundo es una de las principales causas del progresivo aumento de la vida media de la población actual.

La expectativa de vida se ha modificado no solamente en Occidente sino también en el resto de los continentes. Las mejoras sanitarias, médicas, de higiene y de salud pública son las causas del descenso de la mortalidad infantil, principal determinante del aumento de la expectativa de vida.

No sólo Europa envejece, España también; somos una de las poblaciones más viejas. Hoy vemos cómo hemos dejado atrás el 2003 con la esperanza de vida de más o menos 80 años para los hombres y más longevas aún las mujeres.

En Occidente, allá por 1900, la expectativa de vida era de 49 años, mientras que ya en el año 2000 ascendía a 76 años. Un éxito por el desarrollo socio-cultural. Nuestra expectativa de vida es sinónimo de “esperanza de vida”. Japón, con 84 años de promedio, es el país donde más viven los hombres y las mujeres, éstas con una expectativa de 87 años, seguido de España, Suiza, Singapur con 85,1 e Italia 85 años. (Fuente: ONU, 2014) Y en el continente africano, Zambia tenía la esperanza de vida más baja en el 2003 de 36 años pero en 2012 ya ha ascendido a 57 años.

Las tasas de mortalidad han disminuido en la gran mayoría de los países, debido a los adelantos y progresos en la prevención de enfermedades.

El concepto de edad y la semántica varían respecto a esta etapa vital: viejo, anciano. Aún no existe consenso y es un tema hoy día de debate. Aunque no hay criterio estándar podemos clasificarlos, según los geriatras, como:

- *Anciano joven*; de 65 a 74 años, que goza de buena salud, es autosuficiente e independiente en sus actividades básicas diarias (ABD).
- *Ancianos*, de 75 a 84 años, con invalidez funcional y la necesidad de ayuda para las tareas domésticas, transporte y aumento de morbimortalidad y, por último,
- *Anciano viejo*, mayor de 85 años, su fragilidad e incapacidad son los aspectos más predominantes.

El envejecimiento no es una enfermedad sino un proceso fisiológico, individual, ya que cada uno tiene su propia velocidad. Es un proceso complejo e irreversible, progresivo y natural del ser humano, que se caracteriza por modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas del organismo. Supone

la pérdida de la integridad fisiológica y la entrada en una etapa de vulnerabilidad, un organismo que ya no está preparado para defenderse.

La velocidad de progresión del envejecimiento depende de los siguientes factores: genéticos y biológicos (no modificables), y ambientales, psicológicos, sociales y hábitos de vida (modificables).

No todos envejecemos igual, los genes son ya sólo una parte de nuestra historia. Hay factores de riesgo que empeoran la llegada a esta etapa: se puede envejecer prematuramente por factores de riesgo como tabaco, alcohol, obesidad, sedentarismo y estrés mental. Envejecer no causa incapacidad y dependencia por sí solo. Hay personas autónomas hasta el final, y otras envejecen con discapacidad como consecuencia de las enfermedades degenerativas, cerebrovasculares.

Para comprender este proceso de envejecimiento antes debemos de clarificar el concepto y los factores que inciden sobre él.

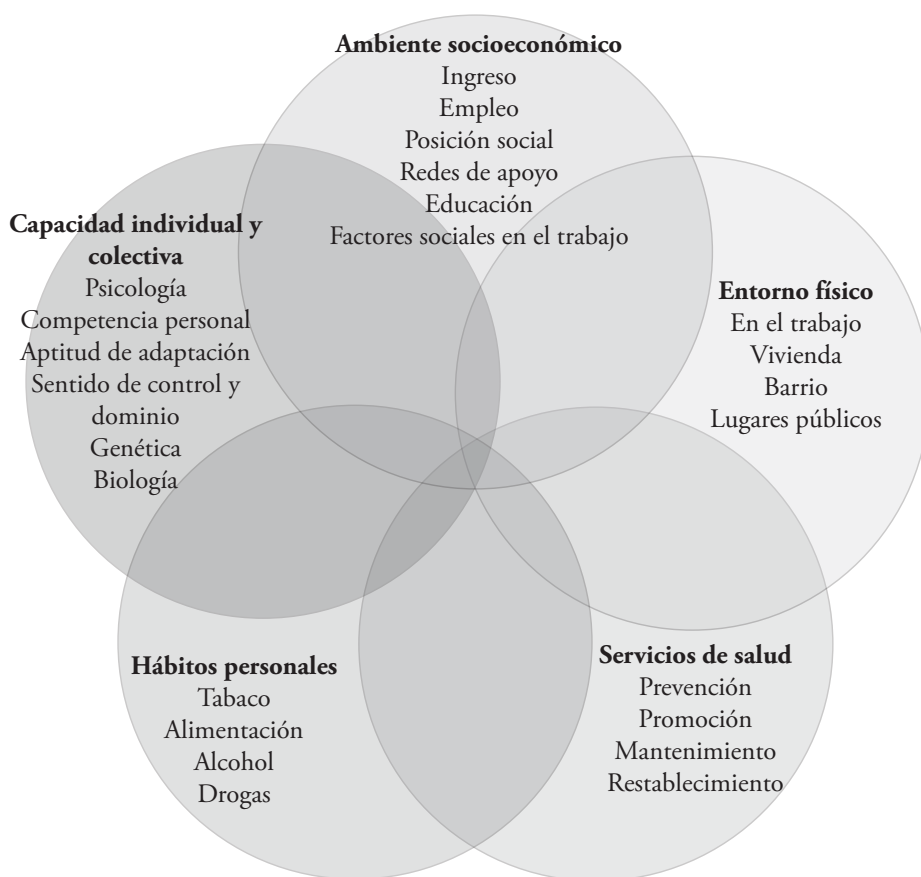
Vamos a abordar el envejecimiento desde un punto de vista **biológico y fisiológico**, detallaremos los cambios funcionales que surgen en esta etapa vital y, por último, los requerimientos nutricionales y su alimentación y la importancia de realizar actividad física.

- **El envejecimiento biológico:** Es lentamente progresivo, no es una enfermedad sino un proceso fisiológico que se inicia al final de la juventud, esa última etapa de la vida que progresivamente convierte a adultos fisiológicamente y cognitivamente sanos en individuos “menos sanos”, con mayor vulnerabilidad a lesiones y/o enfermedades.

Como decía Ortega y Gasset “las edades son de nuestra vida y no, primariamente, de nuestro organismo, son etapas diferentes en que se segmenta nuestro quehacer vital”. Un proceso continuo, un producto de la evolución.

Hoy también sabemos cómo ciertos factores repercuten de manera importante en el envejecimiento de cada uno, es un resultado de la interrelación entre la información genética y ciertas variables socio-culturales que forman “ambiente”. El envejecimiento normal o satisfactorio se refiere a las condiciones físicas, funcionales, psicológicas, emocionales y sociales que rodean al proceso de maduración que afecta a las personas cuando llegan a una edad determinada. Por eso es importante el cómo se llega a esta etapa.

Mark Lalonde, como Ministro de Sanidad en 1977 en Canadá, elaboró un informe que demostraba que ciertos factores incidían sobre el proceso de salud y enfermedad, puede llegar a predecir la vejez de un individuo según estos factores: el estilo de vida un 43% (educación, costumbres, hábitos, actividad física); el medio-entorno, ambiente, un 19%; la herencia genética un 27% y, por último, el nivel de atención médica y servicios asistenciales un 11%.



- **El envejecimiento fisiológico** se caracteriza por el estrés oxidativo acumulado, “destrucción lenta de células”, hay una apoptosis, muerte celular. La multiplicación, la proliferación, es más lenta y muchas células se pierden y no se sustituyen. Por eso se necesita un control, la homeostasis, bien regulada, es necesaria para la estabilidad de los órganos vivos. Ya que una excesiva proliferación puede conducirnos a un proceso de cáncer.

Al cumplir años, existe una pérdida neuronal y un descenso de la producción de neurotransmisores necesarios para la sinapsis, proceso que hace que las neuronas se comuniquen entre sí y formen circuitos implicados en orientación, atención, memoria, lenguaje y cálculo. Van a existir cambios cognitivos que afectan a los hechos recientes, a las tareas cotidianas. Por ejemplo, suele disminuir la fluencia verbal.

Es conveniente tener muy presente la necesidad de cuidar el cerebro al igual que se cuida el cuerpo.

Valorar las tareas cotidianas, mantener la capacidad funcional y la vida social.

En la cotidianeidad, el ejercicio físico, el movimiento, el baile, ayudan a mejorar el equilibrio, la coordinación.

El cocinar, redescubrir la cocina, favorece una memoria olfativa y gustativa.

Estar con nietos, ya que hacen preguntas y exigen respuestas inmediatas, nos ayuda a estar alerta, recordar hechos.

La vida social activa, el relacionarse, favorece el análisis y la atención.

La lectura de libros, periódicos, estimula el lenguaje y la memoria al comentar las lecturas, pues ejercita una zona del cerebro donde se recupera la información.

A nivel fisiológico hay unos cambios de talla y peso. La talla disminuye un centímetro por década a partir de la edad adulta, mientras que el peso corporal aumenta entre los 40 y 50 años para estabilizarse después, y comienza a disminuir paulatinamente a partir de los 70 años. En la piel hay una pérdida de elasticidad.

Cambios en la composición corporal

El compartimento del agua se reduce entre 10-15%, fundamentalmente a expensas del compartimento de agua intracelular (del 62% al 53%), por pérdida de masa muscular.

La grasa corporal aumenta como porcentaje del peso corporal; esta alteración puede ser debida a la menor actividad física que se realiza y a los cambios hormonales, disminución en la síntesis de la testosterona y hormona de crecimiento. La distribución de la grasa también cambia, puesto que el tejido adiposo tiende

a acumularse en la región abdominal y se reduce la grasa subcutánea, la de las extremidades.

En el hombre adulto, un 15% del peso corporal corresponde a grasa corporal, mientras que en el anciano es de un 25-30%. Por su parte, en la mujer aumenta desde el 18-23% en la juventud hasta el 32% a los 60 años de vida.

Disminuye la masa corporal magra, a esta disminución de la masa muscular se la denomina “sarcopenia”, y tiene como resultado la pérdida de fuerza y de capacidad aeróbica y, por lo tanto, de funcionalidad ya que desafortunadamente aumenta la fragilidad. La pérdida de fuerza es mucho más rápida que la pérdida de la masa muscular.

Hay una disminución de la masa ósea, los huesos de las mujeres pierden alrededor del 40% de calcio a lo largo de su vida. La mitad de esta cantidad se pierde en los 5 primeros años después de la menopausia, y el resto a partir de los 60 años. Por ello, la densidad ósea disminuye con los años, sobre todo en las mujeres, y aumenta el riesgo de fracturas y osteoporosis.

La parte musculoesquelética pasa de representar el 45% del peso corporal a los 20 años al 27% a los 70 años.

Cambios en el aparato digestivo

La xerostomía o sequedad de boca, que afecta a un 30% de las personas mayores de 65 años, se relaciona con la atrofia de las papilas gustativas y con el déficit de nutrientes como el zinc. La pérdida progresiva de las papilas gustativas afecta a la parte anterior de la lengua, que produce cambios en la sensibilidad a los sabores dulces y salados y conduce al aumento del consumo de productos azucarados y fuertemente sazonados.

Junto con los problemas de dentición, el tejido periodontal pierde elasticidad con los años y las encías se retraen. Como resultado, el anciano se ve obligado a modificar la textura de sus alimentos.

Respecto al esófago, hay un enlentecimiento del descenso de la comida y del reflejo tusígeno, aumentando por ello la tendencia al reflujo gastroesofágico.

En el estómago también se producen cambios. Es común la gastritis atrófica, que afecta al 10-30% de la población mayor de 60 años. La mucosa tiene menor

secreción de ácido clorhídrico, que es un factor intrínseco en el estómago, y esto interfiere en la absorción del calcio. Es menor la captación periférica de la vitamina B12 y ácido fólico.

La saciedad precoz que presentan los ancianos se debe a una menor distensión del fundus gástrico.

La estructura del colon se modifica, son comunes la diverticulosis y el estreñimiento con disminución del peristaltismo.

Es muy frecuente la intolerancia a la lactosa por disminución de la actividad de la lactasa.

Hay una disminución de la sensibilidad del centro de la sed y de los osmoreceptores, estos factores provocan que el anciano tenga una alta tendencia a la deshidratación. De ahí que se puede pensar que es un organismo que no está preparado para defenderse.

Estos factores van a condicionar el comportamiento alimentario, van a condicionar el tipo, calidad y cantidad de alimento. Asegurar una dieta variada ayudará a cubrir las necesidades nutricionales en el envejecimiento, pues una alimentación saludable es capaz de enlentecer la pérdida de masa muscular, disminuir la adiposidad central y aumentar la fuerza.

Los cambios físicos, psíquicos y sociales resultantes de este proceso conducen al anciano a una mayor vulnerabilidad ante la malnutrición, que es un factor de riesgo de muchas enfermedades.

Los trastornos adaptativos o las depresiones se presentan con relativa frecuencia en la vejez, las causas desencadenantes pueden estar relacionadas con la esfera social: jubilación, viudedad, soledad y menor poder adquisitivo, y van a favorecer la desnutrición. De ahí que sean claves la función social y la seguridad económica.

Una competente atención socio-sanitaria debe lograr una adecuada intervención como principal objetivo para conseguir un estado nutricional óptimo en el grupo poblacional. Debe existir un consejo dietético desde la atención primaria.

El principal cambio metabólico que ocurre durante el envejecimiento es el de un menor gasto energético, es decir, la tasa metabólica basal disminuye entre el

10 y 20% debido a la reducción de la masa muscular y, por lo tanto, se precisa de unas necesidades calóricas menores, pero siempre se debe asegurar un aporte suficiente para cubrir los requerimientos en vitaminas y minerales. Según la OMS, para las personas de edad avanzada se recomienda un aporte calórico de 30 kcal/kg de peso al día.

La proporción de macronutrientes de la dieta deberá ser la siguiente: 15-20% de proteínas; 30% de lípidos (con mayor presencia de ácidos grasos monoinsaturados); 50-55% de hidratos de carbono (los simples deben limitarse al 10% del total hidrocarbonado), y necesidades de fibra: 20 a 30g /día proveniente de leguminosas, verduras y frutas.

Hay necesidad de vitaminas D, C y A.

Recomendaciones energéticas para la población anciana, según franja edad y sexo

Necesidades de ingesta energética (Kcal/día) ¹

Edad	Varones	Mujeres
60-69	2.400	2.000
70-79	2.200	1.900
≥80	2.000	1.700

Una dieta saludable debe cumplir cuatro objetivos: Equilibrio, Variedad, Moderación y Satisfacción. Hay que conseguir un equilibrio entre la ingesta y el gasto energético. El equilibrio lo logramos al ingerir alimentos que nos aportan los nutrientes necesarios para realizar las actividades cotidianas.

Seguir las indicaciones de la pirámide de la alimentación saludable para esta etapa de la vida asegura una dieta variada para cubrir las necesidades nutricionales. Esta pirámide es idéntica a la del adulto sano, salvo que añaden el aporte de agua, ocho vasos al día como mínimo y la actividad física.

¹ Fuente: *Guías alimentarias 2001 para la población española*, Sociedad Española de Nutrición Comunitaria

¿Qué grasas debe contener una dieta saludable?

El organismo necesita cantidades adecuadas de grasas saludables para absorber las vitaminas solubles en grasa o producir endorfinas y ciertas hormonas. Además, las grasas aportan textura, sabor y palatabilidad a la comida.

- Grasas monoinsaturadas, como las de aceite de oliva, en cantidades adecuadas y con moderación. Presentes en el aceite de oliva, el aguacate y algunos frutos secos. Este tipo de grasas ayuda a reducir el colesterol LDL, aquel que bloquea las arterias, y a aumentar los niveles de HDL (que ayuda a mantener las arterias despejadas). Tienen un efecto beneficioso en la salud, sobre todo si se toman en sustitución de las grasas saturadas (animales) y trans (grasas vegetales parcialmente hidrogenadas).
- Grasas poliinsaturadas: Incluyen dos tipos de ácidos grasos: ácidos grasos esenciales omega-3 y ácidos grasos esenciales omega-6. Se denominan esenciales porque el organismo no es capaz de sintetizarlos por sí mismo y tenemos que conseguirlos a través de los alimentos.

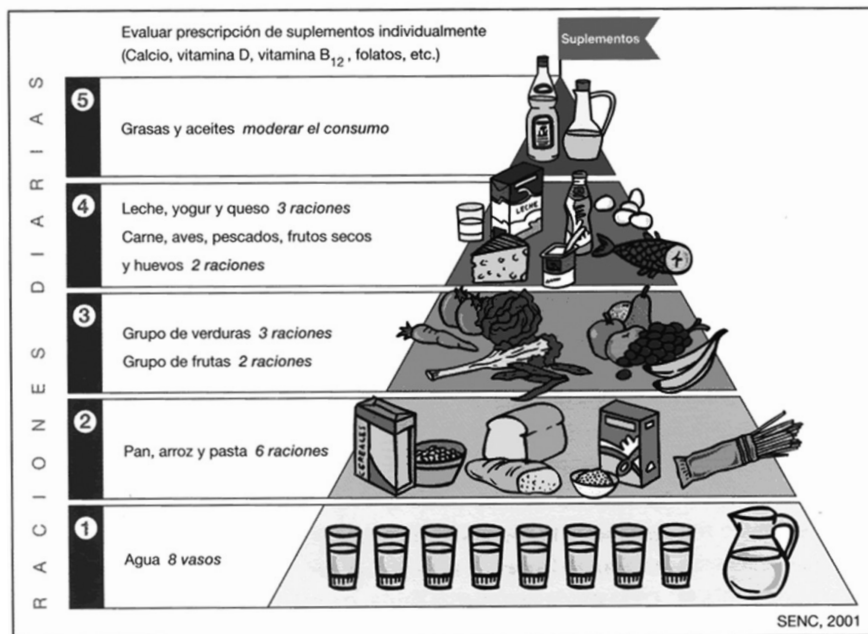
Los ácidos grasos esenciales omega 3 están presentes en pescados azules como arenques, sardinas, caballa, salmón, bonito, atún, etc., y en ciertos frutos secos y semillas, como las semillas de lino y sus aceites.

En cuanto a los ácidos grasos esenciales omega 6, se encuentran en aceites vegetales, el germen de trigo, el maíz, las semillas de girasol, la soja y el sésamo.

Hay que evitar los ácidos grasos saturados de origen animal y los que están presentes en algunos aceites tropicales, pues su consumo excesivo está asociado a niveles altos de colesterol total y LDL (el que se adhiere a las arterias y las obstruye) y, en consecuencia, a un mayor riesgo cardiovascular. Sus fuentes: leche entera, mantequilla, tocino, manteca, nata, quesos, carnes, embutidos, bollería industrial y aceites de coco y de palma.

Para reducir el porcentaje de grasas saturadas de la dieta, es preferible optar por las partes magras de la carne, lácteos bajos en grasa (desnatados y semidesnatados) y eliminar la piel de las aves antes de cocinarlas, así como evitar el uso de grasas como mantequilla y nata en la cocina.

Pirámide de la alimentación para personas mayores de 70 años



La base de la pirámide es más estrecha que la del adulto debido a las menores necesidades energéticas, pero en el ápice están los suplementos de calcio, vitamina D y B12.

El consumo de **vitamina D** (huevo, atún, salmón y sardinas) es de especial relevancia, ya que asegura la absorción intestinal de calcio. Se recomienda una adecuada exposición a la luz solar, factor que estimula la síntesis cutánea de esta vitamina. Y un aporte de 2-4 raciones de lácteos al día.

A nivel inmunitario se requiere un incremento de las vitaminas antioxidantes como las vitaminas E, C y A.

Vitamina E. Evita la oxidación celular producida por los radicales libres en las membranas celulares y otros tejidos; en últimos estudios hay hallazgos de que ayuda a prevenir enfermedades degenerativas. Cuando hay déficit, existe un aumento del riesgo de infecciones. Se encuentra en verduras y aceites vegetales y frutos secos.

Vitamina C. Es necesaria para producir colágeno, es antioxidante, favorece la inmunidad. Se encuentra en cítricos, fresas, tomate, pimiento y patata.

Vitamina A. Como tal se halla en huevos, lácteos y betacaroteno. Es beneficiosa porque aumenta la agudeza visual, conserva la piel y las membranas mucosas sanas, además de fortalecer las defensas del organismo. Se encuentra en las verduras frescas de color anaranjado: calabaza, zanahoria, melocotón, melón, ricas en betacaroteno y que actúan como antioxidantes que el organismo convierte posteriormente en vitamina A.

Respecto a los minerales más importantes en esta etapa vital

Selenio: Es un nutriente esencial que protege del estrés oxidativo, es decir, protege los tejidos frente a los daños causados por los radicales libres. Se encuentra déficit de selenio al existir una reducida ingesta proteica: carne, pescado, nueces, leche y pan integral.

Esto puede ocasionar alteraciones de la inmunidad y una mayor incidencia de la enfermedad cerebrovascular aguda.

Zinc: Vital para el desarrollo normal del organismo y muy necesario para el desarrollo normal, la reproducción y la inmunidad, así como para una buena cicatrización de las heridas y por su función inmunológica. Su déficit suele conllevar pérdida de apetito y gusto. Se encuentra en carne roja, pescado, huevos, cacahuets y nueces.

Sodio: Regula el volumen de la sangre y el equilibrio de los líquidos corporales dentro y fuera de las células. Está presente en la sal común (cloruro de sodio). La OMS recomienda un consumo máximo de 6 gr de sal diarios (una cucharilla de las de té)

Una alimentación inadecuada repercute negativamente en el organismo del anciano y provoca un deterioro funcional que lo margina cada vez más del medio que lo rodea. Se recomienda comer cinco veces al día y tener en cuenta que el desayuno es una de las comidas más importantes del día y que debe incluir un lácteo, fruta y cereal. Las cenas deben de ser ligeras, cocciones suaves y cantidades más reducidas pero sí que deben ser equilibradas y contener cereales, verdura y proteína. Hay que erradicar las dietas desproporcionadas, poco nutritivas, con desorden y monotonía, por ejemplo, leche y madalenas de cena.

Una pérdida de peso rápida de forma involuntaria del 5-10% produce alteraciones funcionales en muchos órganos. Cualquier pérdida de peso en un paciente anciano tiene importancia clínica.

Hay que postergar “la fragilidad” y el estado de riesgo, causado por las carencias asociadas con la edad. Los ancianos son el segmento con mayor prevalencia de malnutrición, se puede crear un círculo vicioso: malnutrición y enfermedad.

Según George Valliant, psiquiatra e investigador del Laboratorio de Desarrollo Adulto de la Universidad de Harvard (2009) las siete reglas para alcanzar una vejez saludable son:

- 1) Consumir alcohol de forma moderada,
- 2) No fumar,
- 3) Tener pareja estable,
- 4) Hacer ejercicio físico,
- 5) Mantener un peso adecuado,
- 6) Alcanzar un buen nivel de estudios, y
- 7) Tener una actitud positiva ante los problemas.

Como vemos, tanto la alimentación como el **ejercicio físico** de forma regular son pasos decisivos que influyen en la salud. Además de ayudar a controlar el peso corporal y mantener la masa muscular, son múltiples los beneficios en la salud, tanto física como mental, que ha demostrado el ejercicio físico.

El único requisito con el ejercicio es que hay que moverse a diario, o casi a diario, para obtener beneficios. No es necesario apuntarse a un gimnasio, hay formas de ejercicio para todos los gustos y niveles: caminar, bailar, nadar, pedalear, trabajar en el jardín, jugar al tenis... Lo importante es elegir el tipo de actividad que nos guste y ponernos a ello a diario hasta convertirla en un hábito placentero.

Es importante diferenciar estos términos tan usados en la cotidianeidad: Actividad física y Ejercicio Físico (aeróbico y anaeróbico).

Actividad física: Cuerpo en movimiento, movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos. Se activa el músculo y esqueleto, corazón y

pulmón. La contracción del músculo favorece el incremento de la masa ósea. Curiosamente, un 1% de pérdida de masa ósea ocurre al estar en cama un día, pero luego se recupera.

Ejercicio físico: Es un tipo especial de actividad física planificada y estructurada cuyo objetivo es mejorar la aptitud física en una triple vertiente: fuerza muscular, capacidad cardiorrespiratoria y flexibilidad. Produce importantes beneficios y proporciona sensación de bienestar pues ayuda a eliminar la tensión y el estrés por la liberación de endorfinas.

- El ejercicio físico aeróbico requiere de una gran cantidad de oxígeno para generar la energía que se necesita en un ejercicio prolongado; se practica durante un tiempo extenso, aunque las actividades que se incluyen en el ejercicio aeróbico sean de menor intensidad como andar, nadar, bailar y montar en bicicleta.
- El ejercicio físico anaeróbico: Es una actividad breve y de gran intensidad, como el levantamiento de pesas, hacer abdominales, etc. Puede ser cualquier ejercicio que consista en un esfuerzo breve. El metabolismo se desarrolla exclusivamente en los músculos y sus reservas de energía sin utilizar el oxígeno de la respiración.

Cualquier tipo de ejercicio, lo dicen numerosos estudios, es bueno para la salud, siempre que se haga de forma regular y en los niveles adecuados. Nunca es tarde para beneficiarse del ejercicio. Un estudio publicado en JAMA señala que las mujeres sedentarias de más de 65 años que empezaron a caminar una milla al día (algo más de 1,5 km) redujeron a la mitad sus tasas de mortalidad.

¿Por qué es recomendable para las personas mayores el ejercicio dentro del agua?

Para ralentizar el deterioro que conlleva el envejecimiento es recomendable practicar ejercicio, y hacerlo en el agua debería promoverse más entre las personas mayores. Se actúa a nivel de todos los músculos del cuerpo mejorando la resistencia y tonificación muscular. Debido a la escasez de gravedad, se disminuye el impacto del cuerpo con el suelo y la tensión en las articulaciones. El aumento de la temperatura corporal provoca dilatación de vasos sanguíneos y mejora la circulación. A nivel cardiorrespiratorio provoca una tolerancia mayor al ejercicio

y disminuye la sensación de disnea o fatiga. Todo esto provoca una sensación de bienestar general.

Según las últimas recomendaciones de la OMS, es conveniente caminar 30 minutos al día (150 minutos a la semana) para los adultos mayores de 65 años, hacer actividades aeróbicas, ya sea algún tipo de actividad vigorosa aeróbica durante 75 minutos o una combinación de actividades vigorosas y moderadas.

No quisiera acabar sin lanzar las ideas principales:
La adopción de hábitos de vida saludables desde edades tempranas de la vida es una de las mejores herramientas para prevenir las enfermedades prevalentes en la ancianidad, como la obesidad, las dislipemias, la osteoporosis y el cáncer.
Estos hábitos saludables se alcanzan a través de una alimentación adecuada, variada y suficiente, como la dieta mediterránea; de la práctica diaria de actividad física y de la eliminación de factores negativos para la salud, como el consumo de alcohol y tabaco.
Como hemos visto, esos cambios propios del envejecimiento condicionan el estado de salud del anciano. Además, existen factores sociales que facilitan el deterioro de dicho estado, como la soledad, el estado afectivo, la depresión y la situación económica.

Breve nota biográfica

La autora, Isabel Calvo Viñuela, es enfermera de la Unidad de Nutrición del Hospital Universitario La Paz y Profesora Asociada de la Universidad Autónoma de Madrid.

Ha publicado artículos científicos en la revista *Nutrición Hospitalaria* y, después de hacer el Máster “Obesidad y sus comorbilidades”, desempeña sus servicios en la Unidad de Obesidad del mismo hospital.

CUADERNOS DE U.M.E.R.

Nos. 1 al 60 agotados. Pueden consultarse en la página web www.umer.es

Nº 61: "Barrio de Maravillas, de Rosa Chacel". Carmen Mejías Bonilla.

Nº 62: "Breve historia de la Estadística y el Azar". Benita Compostela Muñiz.

Nº 63: "Miguel Hernández (1910-1942), *en el sabor del tiempo*". Feliciano Páez-Camino Arias.

Nº 64: "Los retos de la educación para la ciudadanía". Luis María Cifuentes.

Nº 65: "Las mujeres en la Ciencia". Antonio C. Colino.

Nº 66: "Miguel Hernández. Con tres heridas: la de la muerte, la del amor, la de la vida". María Jesús Garrido.

Nº 67: "El Banco de España: funciones e historia". Enrique Ortiz Alvarado.

Nº 68: "Carmen de Burgos: La voz de los sin voz". Carmen Mejías.

Nº 69: "Del *Cantar* del Cid a Cernuda: El destierro en la poesía española". Feliciano Páez-Camino.

Nº 70: "El conflicto árabe-israelita: génesis y nudo". Francisco Acebes del Río.

Nº 71: "Filosofía de la risa". Augusto Klappenbach.

Nº 72: "Hipoteca inversa". Antonio Martínez Maroto.

Nº 73: "Muchachas que trabajan". Carmen Mejías Bonilla.

Nº 74: "Antonio Machado: Soñando caminos". María Jesús Garrido Calvillo.

Nº 75: "Sobre la historia del teatro musical español: la zarzuela y sus alrededores". Juan Carlos Talavera.

Nº 76: "La historia en la obra de Manuel Azaña". Feliciano Páez-Camino Arias.

Nº 77: "Machado, Lorca y Hernández. Los poetas de la guerra". Víctor Agramunt Oliver.

Nº 78: "Envejecimiento activo y participación". Loles Díaz Aledo.

Nº 79: "La Constante: mina de leyenda en Hiendelaencina". Ana Parra y Gloria Viejo

Nº 80: "Españoles en Argelia: conquistas, migraciones, exilios". Feliciano Páez-Camino

Nº 81: "Vejez y sabiduría". José Segovia Pérez

Nº 82: "Medios de comunicación en España. El reto de contarlos en una hora". Joaquín Sotelo

Nº 83: "1914. Significación Histórica de la Gran Guerra". Feliciano Páez-Camino

Nº 84: "Escritoras pioneras del Siglo XX en España. Cuando la literatura era cosa de hombres". Julián Moreiro

Nº 85: "Memoria de la Universidad de Mayores Experiencia Recíproca (Umer) 2009-2014". Umer

Nº 86: "La ciencia descubre, la industria aplica, el hombre se somete". José Segovia

Nº 87: "España ante la Primera Guerra Mundial". Feliciano Páez-Camino

Nº 88: "Los mayores del siglo XXI: Nuevas imágenes y nuevas perspectivas". Loles Díaz Aledo

Nº 89: "El envejecimiento: alimentación y estilo de vida saludable". Isabel Calvo Viñuela

