

ESTIL DE VIDA I SALUT MENTAL

Estil de vida i salut mental

Rocío Gómez Juanes
M. Neus Llabrés Fuster
Margalida Gili Planas
Miquel Roca Bennasar
Mauro García Toro

Resum

L'augment de l'esperança de vida ha generat un creixent interès per l'estudi de la qualitat de vida de les persones grans. La depressió i l'ansietat són els dos problemes de salut mental més freqüents en aquest grup de pacients i amb més repercussió en la seva qualitat de vida.

La depressió comporta habitualment una sèrie de conductes (mala alimentació, aïllament, sedentarisme, desinterès per la cura d'un mateix, etc.) que poden precipitar o agreujar altres malalties físiques. D'altra banda, el risc d'aparició de depressió en edats avançades pot augmentar davant la freqüent restricció d'activitats i l'aïllament social, els impediments en la mobilitat, així com per l'impacte creixent de malalties mèdiques, sobretot d'origen cardiovascular, vascular cerebrals i neurodegeneratives. Hi ha, per tant, una relació de causalitat bidireccional entre la salut física i la mental. Sembla que la ciència està demostrant el que va proposar fa molts segles Juvenal en la famosa expressió «Mens sana in corpore sano».

És lògic, d'acord amb el que s'ha exposat més amunt, que intervencions basades en l'estil de vida estiguin demostrant utilitat en la prevenció i el tractament dels trastorns mentals. Per exemple, la pràctica regular d'exercici físic, una dieta sana i equilibrada com la que ofereix el patró mediterrani, una correcta higiene de son i l'exposició moderada a la llum solar poden ser eines importants per a l'abordatge dels símptomes depressius en la població gran, a més de millorar la seva salut física.

Resumen

El aumento de la esperanza de vida ha generado un creciente interés por el estudio de la calidad de vida de las personas mayores. La depresión y la ansiedad son los dos problemas de salud mental más frecuentes en este grupo de pacientes y con mayor repercusión en su calidad de vida.

La depresión comporta habitualmente una serie de conductas (mala alimentación, aislamiento, sedentarismo, desinterés por la higiene y atención de un mismo, etc.) que pueden precipitar o agravar otras enfermedades físicas. Por otro lado, el riesgo de aparición de depresión en edades avanzadas puede aumentar ante la frecuente restricción de actividades y el aislamiento social, los impedimentos en la movilidad, así como por el impacto creciente de enfermedades médicas, sobre todo de origen cardiovascular, vascular-cerebrales y neurodegenerativas. Existe, por lo tanto, una relación de causalidad bidireccional entre la salud física y la mental. Parece que la ciencia está demostrando lo que propuso hace muchos siglos Juvenal en la famosa expresión «Mens sana in corpore sano».

Es lógic, de acuerdo con lo expuesto anteriormente, que intervenciones basadas en el estilo de vida estén demostrando utilidad en la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales. Por ejemplo, la práctica regular de ejercicio físico, una dieta sana y equilibrada como la que ofrece el patrón mediterráneo, una correcta higiene de sueño y la exposición moderada a la luz solar pueden ser herramientas importantes en el abordaje de los síntomas depresivos en la población mayor, además de mejorar su salud física.

1. Què entenem per estil de vida i quines evidències tenim que està canviant

Al llarg de la història l'ésser humà ha hagut d'adaptar-se per sobreviure a un entorn canviant. Per exemple, la Revolució Industrial, al final del segle XVIII i principi del segle XIX, va condicionar un procés de transformació econòmica, tecnològica i social que canviaria per sempre la nostra forma de vida. En el context de les revolucions tecnològiques del segle XX, els països que denominem desenvolupats van aconseguir uns nivells de benestar, seguretat i llibertat que, encara que millorables, no tenen precedent en la història. Prova d'això és que l'esperança de vida pràcticament s'ha duplicat durant el segle passat, en bona part també gràcies a la millora de la salut pública. Sembla clar que als països desenvolupats, l'estil de vida és un dels principals condicionants sobre l'estat de salut de la població. L'escriptor Alvin Toffler (Nova York, 1928) va ser el primer que va utilitzar aquest concepte en al·lusió a la manera en què la societat menja, practica exercici físic, descansa, juga, dorm, treballa, es comporta amb els altres... Així, l'elecció de l'estil de vida influeix en l'aparició o la prevenció de moltes malalties. Efectivament, està àmpliament demostrat que conductes de risc com el tabaquisme, una dieta poc saludable, una conducta sedentària o un excessiu consum d'alcohol són les principals causes de malaltia als països industrialitzats. De fet, malalties com la diabetis, les cardiopaties i el càncer han augmentat al llarg de l'últim segle de forma paral·lela a alguns canvis en l'estil de vida. El mateix podem dir respecte de l'ansietat o la depressió (O'Connor et al., 2010; García-Toro, 2012).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), en la 31a sessió del seu comitè regional per a Europa, va definir «estil de vida» com «una forma general de vida basada en la interacció entre les condicions de vida en un sentit ampli i els patrons individuals de conducta determinats per factors socioculturals i característiques personals» (Kickbusch, 1986). També va emfatitzar la necessitat de diferenciar entre estil de vida i estil de vida saludable, així com la importància d'abordar l'estil de vida saludable des d'un enfocament més social que mèdic. Per tant, quan parlem d'estil de vida saludable, es tenen en compte aquelles conductes que impliquen un risc o prevenció per a la salut i que la població tria d'acord amb les seves possibilitats (Cockerham et al., 1997).

2. Influència de l'estil de vida en la salut

Com hem dit, les intervencions en l'estil de vida poden disminuir el risc que aparegui una malaltia crònica o ajudar en el maneig terapèutic d'una malaltia ja existent, terme que es coneix com a medicina de l'estil de vida (Hyman et al., 2009). Cada vegada hi ha més evidències científiques que avalen la seva efectivitat, la qual cosa va portar al fet que el Consell Americà de Medicina Preventiva redactés diverses recomanacions el 2009 (taula 1).

Taula 1 | *Medicina de l'estil de vida: recomanacions generals de salut*

- Practicar alguna activitat física moderadament intensa almenys cinc dies per setmana i preferiblement cada dia.
- Abandonar l'hàbit tabàquic (si s'és fumador).
- Moderar el consum d'alcohol: limitar-lo a dues unitats estàndard/dia (en homes); una unitat estàndard/dia (en dones).
- Reduir el pes corporal entre el 5% i el 10% (si hi ha sobrepès o obesitat).
 - Disminuir la ingesta calòrica a 500 kcal/dia.
 - Augmentar gradualment la intensitat de l'exercici físic fins a 60 min/dia.
- Assegurar una dieta equilibrada, variada i saludable:
 - rica en vegetals i fruita: al menys 2 fruites/3 vegetals per dia;
 - seleccionar aliments integrals, amb alt contingut en fibra (almenys la meitat dels cereals que siguin integrals);
 - limitar la ingesta d'àcids grassos saturats a menys del 10% de les calories i d'àcids grassos trans (margarina, brioixeria, fregits) a menys de l'1%;
 - reduir el colesterol a menys de 300 mg/dia, seleccionant carns magres, alternatives vegetals i productes làctics descremats, i minimitzant la ingesta de greixos parcialment hidrogenats;
 - consumir peix, especialment peix blau, almenys dues vegades per setmana;
 - minimitzar la ingesta de begudes i menjars amb sucre afegit;
 - limitar el consum de sal (< 5 g/dia), i
 - beure suficient aigua (> 1,5 l/dia).
- Augmentar el benestar emocional i mental:
 - presentar una actitud optimista i positiva davant la vida;
 - gestionar eficaçment l'estrès, i
 - dormir les hores de son adequades (7-9 hores en adults i persones grans).

Adaptat de l'*American College of Preventive Medicine* 2009.
Una unitat estàndard = 10 grams d'alcohol pur.

Aquestes recomanacions generals poden presentar variacions en funció de la malaltia física que s'estigui abordant, encara que sempre es posen en relleu dos punts: es detallen tots els comportaments saludables i es destaca que fins i tot petites millorances en l'estil

de vida, si es mantenen en el temps, poden ajudar a reduir el risc de patir una malaltia o bé frenar-ne la progressió (García-Toro et al., 2013).

Un autor pioner en aquest camp de recerca mèdica és Dean Ornish. En diversos assajos clínics realitzats en els últims quinze anys va trobar que les persones amb malaltia coronària greu podien detenir i fins i tot revertir la progressió de la seva malaltia a través de programes estructurats que modificaven l'estil de vida. Aquestes intervencions incloïen l'aprenentatge del maneig de l'estrès a través del ioga i la meditació, una dieta vegetariana baixa en greixos, deixar de fumar, fer exercici físic moderat i millorar el suport social (Ornish et al., 2001; Ornish et al., 2007). El 2008 va publicar, a més, un treball en què s'observava com el canvi de l'estil de vida en pacients amb càncer de pròstata influïa en el funcionament de gens importants per a l'evolució de la malaltia. De nou una dieta equilibrada, tècniques per al maneig de l'estrès, caminar i un adequat suport social van demostrar la seva influència en l'expressió d'uns 500 gens (Ornish et al., 2008). En un altre estudi amb pacients diabètics dut a terme a la Universitat d'Oregon es va aplicar un programa de sis mesos que intentava modificar quatre factors de risc per desenvolupar una malaltia coronària: alimentació, activitat física, suport social i maneig de l'estrès. Aquest programa ha estat denominat «Estil de vida mediterrani» i, a més de demostrar-se útil, va ser molt ben acceptat pels pacients (Toobert et al., 2005). El mateix grup ha utilitzat aquest programa en pacients diabètics també amb bons resultats (Toobert et al., 2011).

Encara que la medicina de l'estil de vida és una disciplina en auge, no pretén substituir sinó complementar els tractaments mèdics ja disponibles. Inicialment, la majoria d'estudis es van centrar en com els canvis en l'estil de vida podien prevenir malalties físiques cròniques com les malalties cardiovasculars, pulmonars, metabòliques, musculoesquelètiques o determinats càncers. Les dades obtingudes es van generalitzar en un altre tipus de trastorns crònics, com els mentals, entre els quals destaquen l'ansietat o la depressió. En aquest sentit, són nombroses les recerques recents per al tractament de la depressió que avalen l'ocupació dels següents factors lligats a l'estil de vida: pràctica regular d'exercici físic, millora d'hàbits alimentaris, augment de l'exposició a la llum solar i higiene del son (Brinks et al., 2011; O'Connor et al., 2010; Clinton et al., 2007; Martinsen et al., 2008).

3. Influència de l'estil de vida en persones grans

A Espanya es produeix un augment del grau d'envelliment poblacional. Les dades estadístiques van revelar un augment progressiu en les últimes dècades de la població més gran de 65 anys. Aquest increment d'edat de la població ha comportat la creació de societats medicocientífiques per fomentar l'estudi de l'envelliment, per la qual cosa cada vegada hi ha més professionals dedicats a aquest camp.

L'augment de l'esperança de vida comporta repercussions en l'entorn sanitari i social (Vives et al., 2013). La longevitat augmenta la incidència de malalties cròniques i degeneratives que necessiten atenció sanitària i, a més, afecten l'autonomia personal i la funcionalitat. Per tant, és imprescindible posar en pràctica mesures i campanyes, tant socials com sanitàries, per actuar de forma preventiva, a fi d'envellir de forma més saludable. No només és important arribar a la vellesa, sinó constatar en quines condicions s'hi arriba. Molts d'estudis, com els realitzats per Cosco et al. (2014), Vaillant et al. (2001), Li et al. (2014) analitzen quins són els factors que influeixen en un envelliment harmònic i satisfactori, com l'absència de minusvalidesa o d'incapacitat física (Deep et al., 2006) i el manteniment de les capacitats mentals. Sembla que gaudir de bona salut i, gràcies a això, mantenir l'autonomia personal i la independència, són dos dels factors més influents en la qualitat de vida.

El concepte qualitat de vida en la població gran ha estat àmpliament estudiat des de 1960. Així, la depressió, com la resta de problemes de salut mental, impacta de forma molt negativa en la qualitat de vida, en part per la minva de la interacció social que sol condicionar. Afortunadament, la població gran és la que està més disposada a realitzar canvis en els seus hàbits de vida per promoure la seva salut i autonomia, incloent-hi l'exercici i la dieta (Drewnowski et al., 2001). Un aspecte essencial per aconseguir el canvi és la motivació, que ha d'estudiar-se de forma individualitzada, segons les capacitats i necessitats de cada persona.

Recents campanyes engegades per la Societat Espanyola de Gerontologia i Geriatria (SEGG) i també per la Conselleria de Salut del Govern dels Illes Balears tenen com a principal objectiu aconseguir una adequada qualitat de vida a través del que es diu «envelliment actiu». La finalitat és la promoció d'un estil de vida saludable, mitjançant l'alimentació i l'exercici físic, tal com cita la Societat Americana de Gerontologia: «Afegir vida als anys, i no només anys a la vida».

Segons l'Acadèmia de Nutrició i Dietètica dels Estats Units d'Amèrica (2012), començar un hàbit de vida saludable en edats primerenques, mantenir una dieta saludable i un pes corporal recomanat, a més d'un estil de vida físicament actiu, són els factors clau per evitar el deteriorament físic i mental que comporta l'envelliment.

4. La depressió. Factors demogràfics

La depressió es caracteritza per presentar estat d'ànim baix persistent, absència d'interès, pèrdua del plaer per les experiències ordinàries i un conjunt de símptomes emocionals, cognitius, físics i conductuals associats (NICE 2009). La gravetat de la depressió depèn del nombre i intensitat dels símptomes més descrits més endavant (NICE 2009) (taula 2).

Taula 2 | *Síntomes depressius*

Humor depressiu
Pèrdua de la capacitat d'interessar-se i de gaudir de les coses (anhedonia)
Disminució de la vitalitat, reducció del nivell d'activitat, cansament exagerat
Disminució de l'atenció i la concentració
Pèrdua de la confiança en un mateix i sentiments d'inferioritat
Idees de culpa i de ser inútil (fins i tot en els episodis lleus)
Perspectiva negra del futur (desesperança)
Trastorns del son (per defecte o per excés)
Trastorns de la gana (per defecte o per excés)
Idees de mort i, en alguns casos, actes autoagressius

A pesar que els criteris per a la depressió major són comuns en qualsevol grup d'edat, es considera que la població gran pot mostrar variacions en els símptomes respecte de l'adult jove. Així, sol presentar major anhedonia (dificultat per experimentar plaer), falta d'interès en les relacions socials i irritabilitat (Ellison et al., 2012).

La depressió és una malaltia molt habitual i afecta 121 milions d'adults al món. De fet, el 2000 va ser la quarta malaltia productora de discapacitat, per sobre de l'angina de pit o l'artritis (Moussavi, 2007). Hi ha dades que apunten a la depressió com una malaltia cada vegada més prevalent, especialment al món desenvolupat (Bromet et al., 2011; Gili et al, 2013; Roca et al, 2009; Gutiérrez-Frere et al., 2011). La seva gravetat varia des de lleu a greu; el suïcidi és la seva conseqüència més dramàtica. Afortunadament, la majoria de casos són lleus o moderats i no solen evolucionar malament si són precoços i adequadament tractats.

Les recerques epidemiològiques sobre la depressió han demostrat que hi ha una àmplia disparitat de freqüència entre regions i països al voltant del món (Chung et al., 2013). Per exemple, és més habitual als països rics (8,9%) que als països pobres (4,1%). A més de la importància de l'estatus econòmic, altres variables també influeixen en l'aparició de la depressió, com les característiques de l'entorn o l'habitatge, l'estat civil, el grup ètnic o l'edat (Gili et al., 2014).

La majoria d'investigacions que han considerat la influència de l'edat en la depressió conclouen que el risc de deprimir-se augmenta amb els anys. Un dels motius és que les persones grans segueixen suportant situacions de pèrdua i alts nivells d'estrès, especialment en els nivells socioeconòmics més baixos. S'afegeix que en aquests estrats socioeconòmics, les persones presenten més sentiments de fracàs i tristesa en fer una valoració personal dels assoliments aconseguits durant la vida. Molts d'estudis realitzats en països rics o

amb un nivell d'ingressos mitjans recolzen aquesta teoria del cicle vital com a explicació de l'augment de prevalença de depressió en augmentar l'edat (McDonnal et al., 2009; Paukert et al., 2009). D'altra banda, s'ha suggerit que el deteriorament de la capacitat física i mental, és inductor d'episodis depressius (Fiske et al., 2009).

Els tractaments recomanats per a la depressió moderada a greu consisteixen en un suport psicosocial bàsic combinat amb fàrmacs antidepressius o psicoteràpia, com la teràpia cognitivoconductual, la psicoteràpia interpersonal i les tècniques per a la resolució de problemes. Els tractaments psicosocials són eficaços i haurien de ser els de primera elecció en la depressió lleu (Nathan i Gorman, 2007). Els tractaments farmacològics i psicològics són eficaços en els casos de depressió moderada i greu (Davidson, 2010). Lamentablement, més de la meitat dels afectats en tot el món (i més del 90% en alguns països) no els rep. Un dels obstacles és la falta de recursos i de personal sanitari capacitat, a més de l'estigmatització dels trastorns mentals i l'avaluació clínica inexacta. Així, les persones amb depressió no sempre es diagnostiquen correctament, ni tan sols en alguns països amb elevats ingressos, mentre que altres persones frustrades o insatisfetes, que en realitat no pateixen depressió, són diagnosticades erròniament i tractades amb fàrmacs antidepressius. Els fàrmacs antidepressius són efectius i cada vegada més segurs i més ben tolerats, però encara poden induir efectes adversos que portin a un abandó massa precoç de la medicació (Ebmeier et al., 2006; Cassano i Fava, 2002; Cipriani et al., 2009). Ha de tenir-se en compte que és necessari esperar un període de dies o setmanes abans que apareguin els efectes antidepressius desitjats (Anderson et al., 2008). Les psicoteràpies estan exemptes dels efectes adversos de la medicació, però no d'altres problemes, com el seu cost econòmic, la seva baixa disponibilitat i el fet que requereixen una alta motivació per dur-les a terme i que siguin útils.

D'altra banda, molts pacients amb depressió, així com persones amb trastorns d'ansietat, tendeixen a utilitzar medicines alternatives i complementàries (p.e.: herboristeria, acupuntura, suplementos nutricionals, aromateràpia), i s'ha observat un creixent interès per aquest tipus de tractaments, malgrat que no han demostrat clarament la seva utilitat (Sarris et al., 2014).

5. Influència de l'estil de vida en la depressió

Cada vegada existeix més evidència que als països desenvolupats, amb unes índexs de prevalença de depressió al llarg de la vida d'entre el 10 i el 20%, més en dones que en homes, l'estil de vida de la població pot augmentar la vulnerabilitat cap a la depressió (García-Toro et al., 2012). Així, s'ha suggerit que determinats factors de l'estil de vida poden contribuir tant a l'aparició com al manteniment de la depressió (Harvey et al., 2010; Sánchez-Villegas et al., 2009; Wirz-Justice et al., 2005). De forma coherent, hi ha

estudis que demostren la utilitat de promoure modificacions saludables en l'estil de vida de pacients amb depressió. Per exemple, Sánchez-Villegas (2009) suggereix que seguir una dieta mediterrània pot ajudar a prevenir l'aparició de depressió.

A més de la dieta, s'ha assenyalat l'activitat física, les hores de son i el temps d'exposició a la llum solar com a factors de l'estil de vida amb possible repercussió en la depressió (Peet, 2004; Berk, 2009; Wirz-Justice et al., 1996). No obstant això, a pesar que les persones que pateixen depressió són conscients dels aspectes del seu estil de vida que podrien millorar el seu estat d'ànim, aquests canvis no solen realitzar-se espontàniament (Morgan et al., 2012).

Les guies de pràctica clínica (GPC), tant nacionals (GPC Sistema Nacional de Salut), com internacionals (National Institute of Health and Care Excellence, NICE, entre d'altres) ja aposten per la necessitat de realitzar canvis en l'estil de vida com a estratègia terapèutica per a la depressió. Recomanen especialment fer exercici físic, mantenir una dieta equilibrada i una adequada higiene del son. No obstant això, a dia d'avui, tant els dispositius d'atenció primària com els serveis especialitzats de salut mental manquen de programes estructurats que facilitin aquest tipus d'intervencions. Potser això s'explica, almenys en part, perquè hi ha molt pocs estudis que demostrin que es poden modificar aquestes pautes a través d'un programa estructurat i dirigit per professionals sanitaris.

6. Exercici físic en el tractament i prevenció de la depressió

L'Associació Health Canadà va publicar, el 1999, que l'estil de vida físicament actiu millorava la qualitat de vida, la salut física i mental, l'energia, la postura i l'equilibri, i perllongava la vida, alhora que millorava el benestar del nostre organisme, la integració social i reduïa l'estrès. Prova d'això, és que en les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), una de les claus per envellir saludablement, segons Vagetti et al. (2014), és la realització d'activitat física, ja que redueix el patiment de determinades malalties, cosa que permet millorar la qualitat de vida.

La disminució de la pràctica d'exercici físic comporta problemes de salut (Tremblay et al., 2010). La pràctica d'exercici és beneficiosa i prevé l'aparició de certes malalties. Per tant, l'evidència ens diu que incorporar l'exercici físic a través d'activitats rutinàries i activitats d'oci es considera una opció molt recomanable, com apunten Tessier et al. (2007), i més si es converteix en hàbit. No obstant això, s'ha demostrat que la pràctica d'exercici físic tendeix a disminuir amb l'edat (Sallis et al., 2000). A més, és un fet ja constatat que la nostra societat actual tendeix a un estil de vida cada vegada més sedentari (Sallis et al., 2000), i el sedentarisme és una de les causes principals de mort prevenible en països desenvolupats (Ashwort, 2004).

L'activitat física permet a les persones grans millorar la seva habilitat per a la realització d'activitats quotidianes com cuinar o arreglar-se, segons assenyalen Drewnowski i Evans (2001). A més, Penninx et al. (1991) afirmen que incorporar programes d'exercicis retarda els problemes de mobilitat induïts per l'edat i, al mateix temps, redueix el risc de patir símptomes depressius, ja que és consistent la relació entre salut física i símptomes depressius (Braams et al., 2005). De fet, són cada vegada més els centres residencials que desenvolupen programes de foment de l'activitat física. Amb això aconseguen reduir, a més, el risc d'aparició de malalties degeneratives cròniques, tal com assenyala el American College of Sports Medicine.

A més dels beneficis sobre la nostra salut física, l'exercici físic està implicat en la preservació de diferents funcions corporals (son, apetit, sexualitat), que solen estar afectades negativament per la depressió i l'ansietat (Sale et al., 2000). L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2011) publica una clara recomanació en relació amb tot l'exposat: «Com a part del tractament s'ha d' aconsellar la realització d'activitats físiques als adults que sofreixen un episodi depressiu o depressió i porten una vida sedentària. En la depressió moderada o greu, aquesta intervenció s'ha de considerar com a suplement dels medicaments antidepressius o la psicoteràpia estructurada breu».

Tal com van demostrar Lindwall et al. (2011), amb gairebé 18.000 persones grans en onze països europeus, l'activitat física regular pot ser una eina valuosa per a la prevenció de futurs símptomes depressius en els adults grans. No obstant això, ha de quedar molt clar que la depressió dificulta molt clarament la pràctica d'activitat.

7. Dieta saludable en el tractament i la prevenció de la depressió

La dieta contribueix substancialment al risc de patir malalties i discapacitat a nivell mundial (OMS, 2004). L'empitjorament de la qualitat de la dieta al món desenvolupat s'ha relacionat amb l'increment de malalties mentals, cardiovasculars, diabetis tipus 2 i certs tipus de càncer. Segons les estratègies nutricionals que proposa Woo (2011), es considera que una aportació adequada de proteïnes ajuda a mantenir la musculatura i la densitat òssia, prevenint, així, l'osteoporosi i, amb això, el risc de fractures. La reducció d'àcids grassos saturats prevé malalties cardiovasculars i s'està relacionant també amb l'envelliment cerebral (Uranga et al., 2010). La ingesta de micronutrients com el calci, potassi, sodi, està relacionada amb la tensió arterial i l'osteoporosi. Les vitamines i els antioxidants afavoreixen les funcions cognitives (Chernoff, 2001), redueixen el risc d'arteriosclerosi i afavoreixen la immunitat.

Malgrat les recomanacions més amunt descrites, són necessàries recomanacions més específiques i adaptades a les situacions especials de cada persona.

Així, hi ha molts factors que poden derivar en una deficient nutrició, especialment en persones grans. Ens referim a alteracions d'alguns sentits, com el del gust i el de l'olfacte, a problemes bucodentals, dificultats masticatòries o de deglutició, fins a la falta d'autonomia per a activitats bàsiques de la vida que afecten la vida quotidiana, com descriuen Drewnoswki i Evans (2001). Un elevat percentatge de persones grans mostra una inadequada ingesta de calci, zinc, magnesi, potassi, iode, àcid fòlic, vitamina A, vitamina D, vitamina I, i riboflavines (Martinez-Tomé et al., 2011), cosa que provoca seriosos problemes de salut derivats per deficiències en la nutrició, la qual cosa incidiria en una pitjor funcionalitat física i mental.

D'altra banda, trobem l'extrem oposat, ja que més d'un terç de la població més gran de 65 anys és obesa o sofreix sobrepès, com és el cas dels EUA (Fakhori et al., 2012). Una dieta basada en grans aportacions calòriques, com dolços o greixos saturats, a més d'un estil de vida sedentari, predisposa a un augment de pes i, això, a l'aparició de malalties. Igualment, Luppino et al. (2010) observen que l'obesitat i el sobrepès augmenten el risc de patir depressió. De forma recíproca, la depressió condueix a una disminució de l'activitat física i al sedentarisme, que augmenta el risc a sofrir obesitat i sobrepès. Seguint aquesta línia no és estrany que es promoguin canvis nutricionals per a ancians amb obesitat com a prevenció de la depressió, com proposa Sthal et al. (2014). No obstant això, aquests canvis han de tenir també en compte factors socioeconòmics i familiars. Així, els resultats d'un estudi realitzat a Europa per Morais et al. (2013) ens mostra que la solitud, un nivell educacional baix i un baix nivell d'ingressos constitueixen situacions de risc per a una correcta aportació nutricional.

Encara que s'han investigat els efectes dels micronutrients en la depressió (Sánchez-Villegas, 2011; Ibarra, 2014), existeix més interès sobre els beneficis d'adoptar determinats patrons alimentaris, com és el cas de la «dieta mediterrània», terme encunyat per primera vegada pel fisiòleg americà Ancel Benjamin Keys el 1970 (taula 3). Aquest patró dietètic es caracteritza per un alt consum d'oli d'oliva, fruita i fruita seca, cereals, llegum, verdura i peix, un moderat consum d'alcohol i un baix consum de carn vermella i productes làctics enters. Les propietats antiinflamatòries i antioxidants atribuïdes a aquest patró dietètic podrien explicar les troballes obtingudes en la prevenció de malalties tan diferents com les cardiovasculars, determinats tipus de càncers o la simptomatologia afectiva (Sánchez-Villegas et al., 2011; 2009; Sofi, 2009; Muñoz et al., 2008; Serra Majem et al., 2006).

Taula 3 | *Dieta mediterrània*

1. Utilitzar l'oli d'oliva com a principal greix d'addició.
 2. Consumir diàriament aliments vegetals en abundància: fruita, verdura, hortalisses, llegum i fruita seca.
-

3. El pa i els aliments procedents de cereals (pasta, arròs i productes integrals) han de formar part de l'alimentació diària.
4. Els aliments poc processats, frescs i locals han de ser els més abundants.
5. Consumir diàriament productes làctics, principalment iogurt i formatges.
6. La carn vermella hauria de consumir-se amb moderació i, si pot ser, com a part de guisats i altres receptes. Limitar el consum de carns processades.
7. Consumir peix en abundància i ous amb moderació. Es recomana el consum de peix blau com a mínim una o dues vegades a la setmana. El consum d'ous tres o quatre vegades la setmana és una bona alternativa a la carn i el peix.
8. La fruita fresca constitueix les postres habituals i solament ocasionalment dolços, pastissos i postres làctics.
9. L'aigua hauria de ser la beguda per excel·lència. El vi s'ha de prendre amb moderació i amb els menjars.

En resum, després d'haver-se demostrat els beneficis que té una dieta saludable sobre determinades malalties somàtiques, sobretot cardiovasculars, en els últims 5-10 anys observem un creixent interès per la influència que té l'alimentació en la prevenció i el tractament de la depressió. Hi ha cada vegada més evidències científiques de l'oportunitat que suposa intervenir sobre la dieta dels pacients amb depressió, i les persones grans són especialment interessants en aquest sentit.

8. Combinació de diverses recomanacions per a l'estil de vida en la depressió

Els hàbits de vida, com l'exercici físic, la dieta i uns altres, estan interrelacionats (Appleton et al., 2007). D'aquesta forma, quan un d'aquests hàbits es modifica, indirectament facilita el canvi dels altres (Ruiz et al., 2010).

Brown et al. (2000) van observar la utilitat de combinar tres simples recomanacions higienicodietètiques (exposició a la llum solar, exercici i complexos vitamínics) en una mostra de dones sense medicació antidepressiva. Leppamaki et al. (2004) van associar fototeràpia i exercici físic en subjectes amb símptomes depressius. Així mateix, Benedetti et al. (2005) van emprar la privació del son i la fototeràpia en combinació amb la psicofarmacologia en pacients amb trastorn bipolar que patien símptomes depressius. Finalment, García-Toro et al. (2012) combinen el son, l'exercici físic, la dieta i l'exposició solar per al tractament de pacients amb depressió. Tots aquests estudis demostren resultats favorables quan els pacients realment duen a terme els canvis en l'estil de vida que se'ls suggereix. Destaquem aquest fet perquè en un estudi molt recent no es va aconseguir motivar i animar suficientment els pacients depressius perquè canviessin el seu estil de vida i els resultats van ser, comprensiblement, negatius (Serrano et al., 2015).

9. Conclusions

1. La depressió és un problema molt important al món occidental i més encara en les persones d'edat avançada.
2. El freqüent deteriorament de la salut física i el funcionament cognitiu, així com les habituals pèrdues d'estatus socioeconòmic i suport social són factors involucrats molt importants.
3. A més dels tractaments antidepressius de primera elecció (intervencions psicosocials i/o psicofàrmacs en funció del cas), les persones grans poden beneficiar-se d'una intervenció sobre alguns factors clau del seu estil de vida (activitat física, dieta, son, etc.).
4. A pesar que cada vegada hi ha més investigacions que analitzen la influència de l'estil de vida en la depressió, cal dur a terme més estudis en persones d'edat avançada.

Referències bibliogràfiques

- Amarantos, E., Martínez, A. i Dwyer, J. (2001). Nutrition and quality of life in older adults. *Journal of Gerontology Biological and Psychological Science and Social Sciences* 56 Spec No 2:54-64.
- Anderson, I. M., Ferrier, I. N., Baldwin, R. C., Cowen, P. J., Howard, L., Lewis, G. i Tylee, A. (2008). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacology*, 22(4), 343-96.
- Appleton, K. M., Woodside, J. V., Yarnell, J. W., Arveiler, D., Haas, B., Amouyel, P. i Evans, A. (2007). Depressed mood and dietary fish intake: direct relationship or indirect relationship as a result of diet and lifestyle?. *Journal of Affect Disorders*, 104(1-3), 217-23.
- Appleton, K. M., Rogers, P. J. i Ness, A. R. (2008). Is there a role for n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids in the regulation of mood and behaviour? A review of the evidence to date from epidemiological studies, clinical studies and intervention trials. *Nutrition Research Reviews*, 21, 13-41.
- Ashworth, N. L., Chad, K. E., Harrison, E. L., Reeder, B. A. i Marshall, S. C. (2006). Programas de actividad física en el domicilio versus en el centro hospitalario para adultos mayores. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4.
- Aziz, R. i Steffens, D. C. (2013). What Are the Causes of Late-Life Depression?. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 497-516.
- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Braam, A. W., Smit, J. i Tilburg, W. V. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine*, 27(6), 1397-409.
- Berk, M. (2009). Sleep and depression: Theory and practice. *Australian Family Physician*, 38(5), 302-304.
- Bernstein, M. i Franklin, R. (2012). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: food and nutrition for older adults: promoting health and wellness. *Journal Academy Nutrition Diet*, 112(8), 1255-77.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *Journals of Gerontology. Series A*, 58, 249-265.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G. i Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.*, 26(9), 90.
- Cassano, P. i Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 849-857.

Chernoff, R. (2001). Nutrition and health promotions in older adults. *Journal of Gerontology*, 56A (Special Issue II), 47-53.

Chung, H., Ng, E., Ibrahim, S., Karlsson, B., Benach, J., Espelt, A. et al. (2013). Welfare state regimes, gender, and depression: A multilevel analysis of middle and high income countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(4), 1324-1341.

Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Geddes, J. R., Higgins, J. P., Churchill, R. i Barbui, C. (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 28; 373(9665), 746-58.

Clinton, M. (2007). New directions in mental health practice with older people: Canadian strategies for mental health reform. *Int J Older People Nurs*, 2(2), 155-8.

Cockerham, W. C., Rütten, A., i Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond weber. *Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342.

Cole, M. G. i Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1147-1156.

Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. i Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 373-81.

Davidson, J. R. T. i Meltzer-Brody, S. E. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(SUPPL. 7), 4-11.

Davidson, J. R. (2010). Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *J Clin Psychiatry*, 71(Suppl E1), e04.

De Beurs, E., Comijs, H., Twisk, J. R., Sonnenberg, C., Beekman, A. F. i Deeg, D. (2005). Stability and change of emotional functioning in late life: Modelling of vulnerability profiles. *Journal of Affective Disorders*, 84, 53-62.

Deep, C. A. i Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20.

De Morais, C., Oliveira, B., Afonso, C., Lumbers, M., Raats, M. i de Almeida, M. D. V. (2013). Nutritional risk of European elderly. *European Journal of Clinical Nutrition* 67, 1215-1219.

Drewnowski, A. i Evans, W. J. (2001). Nutrition, pshysical activity and quality of life in older adults. *Journals of Gerontology*, 56A(Special Issue II), 89-94.

Ebmeier, K. P., Donaghey, C. i Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, 14, 367(9505), 153-67.

Ellison, J. M., Kyomen, H. H. i Harper, D. G. (2012). Depression in later life: an overview with treatment recommendations. *Psychiatr Clin North Am.*, 35(1), 203-29 <doi: 10.1016/j.psc.2012.01.003>.

Fakhouri, T. H., Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K. i Flegal, K. M. (2012). Prevalence of Obesity Among Older Adults in the United States, 2007-2010. *NCHS Data Brief no 106*. Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics.

Forsman, A. K., Schierenbeck, I. i Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the prevention of depression in older adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of Aging and Health*, 23(3), 387-416.

García-Toro, M., Ibarra, O., Gili, M., Salva, J., Monzán, S., Vives, M. et al. (2010). Effectiveness of hygienic-dietary recommendations as enhancers of antidepressant treatment in patients with depression: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10.

García-Toro, M., Ibarra, O., Gili, M., Serrano, M. J., Oliván, B., Vicens, E. et al. (2012). Four hygienic-dietary recommendations as add-on treatment in depression: A randomized-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 200-203.

García-Toro, M., Rubio, J. M., Gili, M., Roca, M., Jin, C. J., Liu, S. et al. (2013). Persistence of chronic major depression: A national prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 306-312.

García-Toro, M. (2014). *Estilo de vida y depresión*. Madrid: Ediciones Síntesis.

George, L. K. (2010). Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology Biological and Psychological Science and Social Sciences*, 65B(3), 331-9.

Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. i Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108.

Gili, M., Vicens, C., Roca, M., Andersen, P. i McMillan, D. (2014). Interventions for preventing relapse or recurrence of depression in primary health care settings: A systematic review. *Prev Med.*, pii: S0091-7435(14), 00284-9.

Gili, M., Castro, A., Navarro, C., Molina, R., Magallón, R., García-Toro, M. i Roca, M. (2014). Gender differences on functioning in depressive patients. *Journal of Affective Disorders*. 2014 Sep; 166, 292-6 <doi: 10.1016/j.jad.2014.05.030>.

Glover, J. i Srinivasan, S. (2013). Assessment of the Person with Late-life Depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, 36, 545-560.

Gutiérrez-Fraile, M., García-Calvo, C., Prieto, R. i Gutiérrez-Garitano, I. (2011). Mental disorders in psychiatric outpatients in Spain. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(6), 349-55.

Harvey, A. G. (2011). Sleep and circadian functioning: critical mechanisms in the mood disorders?. *Annu Rev Clin Psychol*, 7, 297-319.

Hyman, M. A., Ornish, D. i Roizen, M. (2009). Lifestyle medicine: treating the causes of disease. *Altern Ther Health Med.*, 15(6), 12-4.

Ibarra, O., Gili, M., Roca, M., Vives, M., Serrano, M. J., Pareja, A., García-Campayo, J., Gómez-Juanes, R. i García-Toro, M. (2014). The Mediterranean diet and micronutrient levels in depressive patients. *Nutr Hosp.* 3, 31(3), 1171-5 <doi: 10.3305/nh.2015.31.3.8124>.

Kickbusch, I. (1986). Life-styles and health. *Social Science y Medicine*, 22(2), 117-124.

Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Jenkins, R. et al. (1998). Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet*, 352(9128), 605-609.

Li, C., Lin, C. H., Lin, W. Y., Liu, C. S., Chang, C. K., Meng, N. H., Lee, Y. D., Li, T. C. i Lin, C. C. (2014). Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community dwelling elders. *BMC Public Health*, 14, 1013.

Loprinzi, P. D. i Mahoney, S. (2014). Concurrent occurrence of multiple positive lifestyle behaviors and depression among adults in the United States. *Journal of Affective Disorders*, 165, 126-130.

Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijne, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. i Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67, 220-229.

Martínez Tomé, M. J., Rodríguez, A., Jiménez, A. M., Mariscal, M., Murcia, M. A. i García-Diz, L. (2011). Food habits and nutritional status of elderly people living in a Spanish Mediterranean city. *Nutrición Hospitalaria*, 26(5), 1175-82.

Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nord J Psychiatry*, 62 (Suppl 47), 25-9.

Motl, R. W. i McAuley, E.(2010). Physical activity, disability, and quality of life in older adults. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 21(2), 299-308.

Morgan, A. i Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promotion y Education*, Suppl 2, 17-22.

Morgan, A. J., Jorm, A. F. i Mackinnon, A. J. (2012). Usage and reported helpfulness of self-help strategies by adults with sub-threshold depression. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 393-7.

Morgan, A. J., Mackinnon, A. J. i Jorm, A. F. (2013). Behavior change through automated e-mails: mediation analysis of self-help strategy use for depressive symptoms. *Behav Res Ther.*, 51(2), 57-62.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. i Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), 851-8.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling. *National Institute of Clinical Excellence*. 2006.

O'Connor, D. W. i Parslow, R. (2010). Apparent antidepressant over-prescribing to older Australians might reflect invalid CIDI depression diagnoses. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(11), 1052-3

Organización Mundial de la Salud (1998). *Glosario de términos básicos en promoción de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ornish, D., Magbanua, M. J., Weidner, G., Weinberg, V., Kemp, C., Green C. i Carroll, P. R. (2008). Changes in prostate gene expression in men undergoing an intensive nutrition and lifestyle intervention. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 17, 105(24), 8369-74.

Ornish, D. (2007). It's hard for many people to follow a diet just from reading a book and a few sessions with a dietitian. *Med Gen Med*. 2007 Sep 18; 9(3), 57.

Ornish, D. M., Lee, K. L., Fair, W. R., Pettengill, E. B. i Carroll, P. R. (2001). Dietary trial in prostate cancer: Early experience and implications for clinical trial design. *Urology*, 2001 Apr; 57(4 Suppl 1), 200-1.

Ornish, D., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Lance Gould, K., Merritt, T. A., Sparler, S. et al. (1998). Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 280(23), 2001-2007.

Peet, M. (2004). International variations in the outcome of schizophrenia and the prevalence of depression in relation to national dietary practices: An ecological analysis. *British Journal of Psychiatry*, 184(MAY), 404-408.

Penninx, B. W., Leveille, S., Ferrucci, L., van Eijck, J. T. i Guralnik, J. M. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal of Public Health*, 89, 1346-1352.

Roca, M., Gili, M., García-Campayo, J., Armengol, S., Bauza, N. i García-Toro, M. (2013). Stressful life events severity in patients with first and recurrent depressive episodes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-7.

Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., Vives, M., García-Campayo, J. et al. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 52-58.

Sallis, J. F. (2000). Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Medical Science Sports Exercise*, 32(9), 1598-600.

Sánchez-Villegas, A., Delgado-Rodríguez, M., Alonso, A., Schlatter, J., Lahortiga, F., Serra-Majem, L. et al. (2009). Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: The seguimiento universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Archives of General Psychiatry*, 66(10), 1090-1098.

Sánchez-Villegas, A., Verberne, L., De Irala, J., Ruiz-Canela, M., Toledo, E., Serra-Majem, L. et al. (2011). Dietary fat intake and the risk of depression: The SUN project. *Plos One*, 6(1).

Sarris, J., O'Neil, A., Coulson, C. E., Schweitzer, I. i Berk, M. (2014). Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry*, 10(14), 107.

Sarris, J., Nierenberg, A. A., Schweitzer, I., Alpert, J. E., Rosenbaum, J. F., Iovieno, N. i Mischoulon, D. (2013). Conditional probability of response or nonresponse of placebo compared with antidepressants or St John's Wort in major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 33(6), 827-30.

Stahl, S. T., Albert, S. M., Dew, M. A., Lockovich, M. H. i Reynolds, C. F. (2014). Coaching in Healthy Dietary Practices in At-Risk Older Adults: A Case of Indicated Depression Prevention. *American Journal of Psychiatry*, 1; 171(5), 499-505.

Sullivan, L. J. i Asselin, M. E. (2013). Revisiting quality of life for elders in long-term care: an integrative review. *Nurs Forum*, 48(3), 191-204.

Tessier, S., Vuillemin, A., Bertrais, S., Boini, S., Le Bihan, E., Oppert, J. M., Hercberg, S., Guillemin, F. i Briançon, S. (2007). Association between leisure-time physical activity and health-related quality of life changes over time. *Preventive Medicine*, 44, 202-208.

Toobert, D. J., Strycker, L. A., Glasgow, R. E., Barrera, Jr. M. i Angell, K. (2005). Effects of the mediterranean lifestyle program on multiple risk behaviors and psychosocial outcomes among women at risk for heart disease. *Ann Behav Med.*, 29(2), 128-37.

Toobert, D. J., Strycker, L. A., King, D. K., Barrera, M. Jr., Osuna, D., Glasgow, R. E. (2011). Long-term outcomes from a multiple-risk-factor diabetes trial for Latinas: ¡Viva Bien!. *Transl Behav Med.*, 1(3), 416-426.

Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N. i Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 35(6), 725-40.

Uranga, R. M., Bruce-Keller, A. J., Morrison, C. D., Fernandez-Kim, S. O., Ebenezer, P. J., Zhang, L., Dasuri, K. i Keller, J. N. (2010). Intersection between metabolic dysfunction, high

fat diet consumption, and brain aging. *Journal of Neurochemistry*, 114(2), 344-61.

Vagetti, G. C., Barbosa Filho, V. C., Moreira, N. B., de Oliveira, V., Mazzardo, O. i de Campos, W. (2014). Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36, 76-88.

Vaillant, G. E. i Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 839-47.

Van Malderen, L., Mets, T. i Gorus, E. (2013). Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care: a systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 141-50.

Varo, J. J., Martínez-González, M. A., De Irala-Estévez, J., Kearney, J., Gibney, M. i Martínez, J. A. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 32, 138-46.

Vives, M., García-Toro, M., Armengol, S., Pérez, M. C., Fernandez, J. R. i Gili, M. (2013). Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años. *Actas Esp. Psiquiatria*, 41(4), 218-26.

Wirz-Justice, A., Benedetti, F., Berger, M., Lam, R. W., Martiny, K., Terman, M. et al. (2005). Chronotherapeutics (light and wake therapy) in affective disorders. *Psychological Medicine*, 35(7), 939-944.

Wirz-Justice, A., Graw, P., Kräuchi, K., Sarrafzadeh, A., English, J., Arendt, J. et al. (1996). 'Natural' light treatment of seasonal affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 37(2-3), 109-120.

Woo, J. (2011). Nutritional Strategies for Successful Aging. *Medical Clinics North America*, 95, 477-493.

Autors

ROCÍO GÓMEZ JUANES

Madrid, 1983. Llicenciada en medicina i cirurgia per la Universitat Complutense de Madrid. Programa de Residència MIR amb formació especialitzada en psiquiatria de l'adult a l'Hospital de Son Espases. Màster en bioètica per la Universitat Ramon Llull de Barcelona. Presidenta del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Comarcal d'Inca. Formació específica en teràpia sistèmica al Roberto Clemente Center, Gouverneur Healthcare Services, Nova York. Coordinadora i psiquiatra adjunta de l'Hospital de Dia de Psiquiatria de l'Hospital Comarcal d'Inca. Actualment doctoranda i col·laboradora en la investigació de diferents abordatges psicoterapèutics a través de tecnologies de la informació i la comunicació en persones amb trastorn depressiu.

M. NEUS LLABRÉS FUSTER

Palma, 1982. Llicenciada en medicina i cirurgia per la Universitat de Barcelona. Programa de residència MIR amb formació especialitzada en psiquiatria de l'adult a l'Hospital Son Llàtzer. Formació específica en trastorns de personalitat amb una beca de mobilitat a l'Hospital Presbiterian de Nova York. Màster en neurociències i psicobiologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Psiquiatra adjunta al Servei de Psiquiatria de l'Hospital Son Llàtzer, ubicada a consultes externes en centre de salut mental. Actualment doctoranda i col·laboradora en la investigació de diferents abordatges psicoterapèutics a través de tecnologies de la informació i la comunicació en persones amb trastorn depressiu.

MARGALIDA GILI PLANAS

Palma, 1967. Llicenciada en psicologia i doctora en psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Professora titular de Psicologia Social del Departament de Psicologia de la Universitat de les Illes Balears. Membre del grup d'investigació Trastorns Mentals d'Alta Prevalença en Atenció Primària de l'Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNCS). Les seves actuals línies de recerca se centren en l'epidemiologia, diagnòstic i tractament dels trastorns afectius i d'ansietat en Atenció Primària, així com en la comorbiditat d'aquests trastorns amb malalties no psicopatològiques. Ha estat i és investigadora principal i/o col·laboradora en diferents projectes de recerca competitiu d'àmbit autonòmic, nacional i europeu. Ha publicat més de setanta articles en revistes internacionals indexades i ha participat en importants congressos nacionals i internacionals,

també ha estat convidada com a ponent per a difondre els resultats dels projectes en què participa.

MIQUEL ROCA BENNASAR

Palma, 1953. Llicenciat en medicina i cirurgia per la Universitat de Barcelona i especialitzat en psiquiatria. Doctor en psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Professor titular de Psiquiatria del Departament de Psicologia de la Universitat de les Illes Balears. Coordinador de l'Àrea de Neurociències de l'Institut d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS) i investigador principal del grup Trastorns Mentals d'Alta Prevalença en Atenció Primària. Les seves actuals línies de recerca se centren en l'epidemiologia, diagnòstic i tractament dels trastorns afectius i ansietat en Atenció Primària i en la comorbiditat d'aquest trastorns amb malalties no psicopatològiques. Ha estat i és investigador principal i/o col·laborador en diferents projectes de recerca competitius d'àmbit autonòmic, nacional i europeu. És autor de deu llibres de psicopatologia i psicofarmacologia i de més de vuitanta-cinc articles en revistes internacionals indexades. Forma part del consell editorial i de redacció de nombroses revistes de l'especialitat i és editor de la revista *Actas Españolas de Psiquiatria*. És president de la Fundación Española de Psiquiatria y Salud Mental.

MAURO GARCÍA TORO

Valladolid, 1963. Llicenciat en medicina per la Universitat de Valladolid; doctor en psiquiatria per la Universitat d'Alcalá de Henares. Professor del Departament de Psicologia de la Universitat de les Illes Balears. Membre de l'equip d'investigació Trastorns Mentals d'Alta Prevalença en Atenció Primària (TRAMAP). Està especialment interessat a investigar la relació entre l'estil de vida i la depressió.