

# Protocolo de intervención dietética en la depresión

J. Goena Vives\* y P. Molero Santos

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

## Palabras Clave:

- Depresión
- Dieta
- Dieta mediterránea
- Prevención
- Patrón dietético
- Factores de riesgo cardiovascular

## Keywords:

- Depression
- Diet
- Mediterranean diet
- Prevention
- Dietary pattern
- Cardiovascular risk factors

## Resumen

El interés por la relación entre la epidemiología nutricional y el riesgo de enfermedad mental es creciente. Algunos estudios apuntan a que ciertos patrones dietéticos se asocian a un menor riesgo de depresión. A su vez, la asociación entre los factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de depresión cada vez está mejor descrita. La necesidad de implementar medidas higiénico-dietéticas en trastornos como la depresión mayor es acuciante, debido a su prevalencia y gravedad. La ingesta de algunos nutrientes específicos se ha asociado a un menor riesgo de depresión, así como la adhesión a patrones de alimentación saludables y una menor presencia de factores de riesgo cardiovascular. Se propone la implementación de una dieta saludable, rica en fruta, vegetales, aceite de oliva, nueces y, a su vez, baja en carnes, grasas trans, azúcares añadidos y bebidas azucaradas, entre otros. La adherencia a una dieta de alta calidad (como la mediterránea, entre otras) se ha asociado a una disminución del riesgo de desarrollo de síntomas depresivos.

## Abstract

### Dietary intervention guidelines for depression

Interest in the relationship between nutritional epidemiology and the risk of mental illness is growing. So, some reports have described a lower risk of depression related with certain dietary patterns. In turn, the relationship between cardiovascular and depression risk is better known. Because their prevalence and severity, is urgent to implement hygienic-dietetic measures in disorders like major depression. The intake of specific nutrients, the adherence to healthy eating patterns and a lower presence of cardiovascular risk factors have been related with a lower risk of depression. A healthy diet, rich in fruit, vegetables, olive oil, nuts and low in meats, trans fats, added sugars and sugary drinks, among others, has been proposed. A reduction of the depressive symptoms has been associated to the adherence to high quality diet (like Mediterranean diet, among others).

## Introducción

La depresión es un trastorno afectivo de etiología multifactorial y con un importante impacto de salud y socioeconómico en todo el mundo, por lo que su prevención se convierte en una prioridad de salud pública.

Es conocido que las tasas de depresión y suicidio son menores en el sur de Europa (España, Italia y Grecia, principalmente) que en los países nórdicos<sup>1</sup>. Son múltiples los factores

que estarían implicados en esta diferencia, entre ellos el efecto protector de la dieta mediterránea tradicional<sup>2</sup>. La evidencia de que una mayor calidad de la dieta se asocia a un menor riesgo de desarrollar síntomas depresivos es clara, aunque aún hacen falta más estudios prospectivos que estudien mejor la relación causal entre dieta y depresión<sup>3</sup>.

## Factores de riesgo

El nexo entre la depresión y los factores de riesgo cardiovascular cada vez están mejor estudiados, posiblemente por compartir vías fisiopatológicas comunes. El estudio de co-

\*Correspondencia  
Correo electrónico: jgoena@unav.es

hortes Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) ha estudiado esta asociación siguiendo a 16.739 participantes durante 14 años, inicialmente libres de depresión y enfermedad cardiovascular. Se identificaron 927 casos incidentes de depresión. Un mayor riesgo cardiovascular al inicio del seguimiento se asoció significativamente con un mayor riesgo de depresión, tanto en jóvenes como en adultos<sup>4</sup>.

Hay muchas razones para apoyar la plausibilidad biológica de que la ingesta de alimentos cardioprotectores protege también contra la depresión<sup>5</sup>. Entre ellos, destacan los efectos antiinflamatorios, el efecto antioxidante neuroprotector, el aumento de la sensibilidad a la insulina (por disminución del síndrome metabólico), la adecuada función endotelial (fundamental en la síntesis de factor neurotrófico cerebral), la disponibilidad de vitaminas B y folato (necesarias para la síntesis de monoaminas), la implicación de algunos subtipos de lípidos (ácidos grasos insaturados, principalmente) en la síntesis, fluidez y permeabilidad de las membranas y, en general, contrarrestar la disregulación del eje hipotálamico-pituitario-adrenocortical que se produce en la depresión y que se traduce en mayores efectos metabólicos adversos y el incremento de la grasa visceral<sup>2</sup>.

## La dieta mediterránea

La dieta mediterránea tiene algunos rasgos distintivos que la diferencian de otras dietas o patrones dietéticos<sup>6</sup>. Entre ellos destaca el uso de aceite de oliva virgen como principal grasa. Es abundante el empleo de alimentos vegetales como verduras, hortalizas, legumbres, frutas y frutos secos. Se recomienda un consumo elevado de pescado y marisco, así como la reducción de algunos alimentos como la carne roja (mejor la de ave, en pequeñas cantidades) el consumo diario de vino tinto, preferiblemente en las comidas (fig. 1).

## Intervención

Existe la posibilidad de realizar un cribado por parte de los médicos de Atención Primaria calculando el riesgo cardiovascular (empleando la escala de Framingham, por ejemplo), y actuar sobre los factores de riesgo modificables mediante la implementación de hábitos de vida saludables.

En la tabla 1 se proponen 10 consejos de adhesión a la dieta mediterránea, aplicables en la práctica clínica habitual.

Además, el médico puede pasar el cuestionario (MEDAS-14) de adhesión a la dieta mediterránea, validado

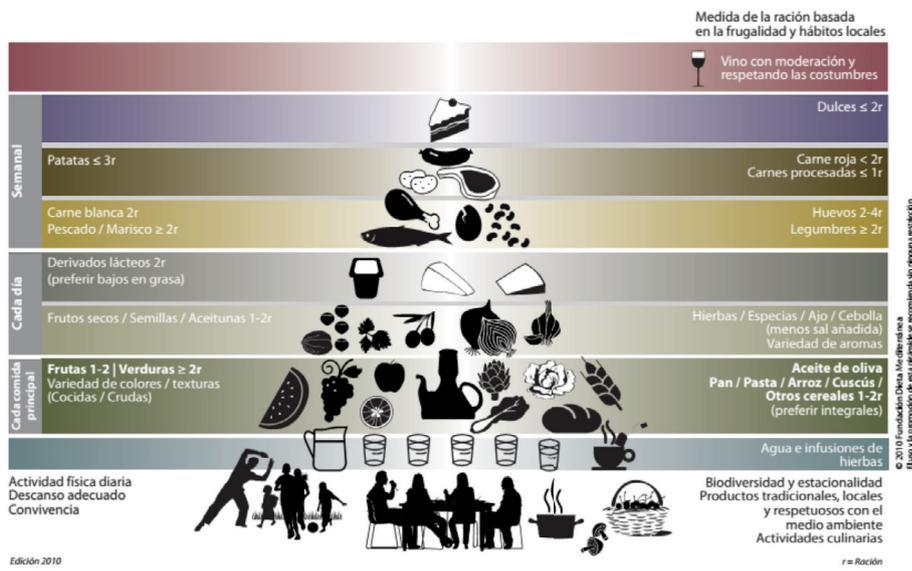


Fig. 1. Pirámide de la dieta mediterránea; un estilo de vida actual. Guía para la población adulta.

TABLA 1  
Consejos de adhesión a la dieta mediterránea

La variedad de productos vegetales, incluyendo frutas y verduras, cereales, pan, legumbres, hortalizas, frutos secos y semillas; y su consumo elevado por encima de los alimentos de origen animal
La presencia de alimentos frescos y de temporada para un mayor aprovechamiento de los nutrientes
La utilización de aceite de oliva como grasa de adición principal
El consumo preferente de cereales integrales frente a refinados, ya que tienen mayor contenido en fibra y en nutrientes
El consumo diario de productos lácteos, preferiblemente bajos en grasa, como yogur y quesos
El consumo moderado de carnes, preferiblemente carnes blancas frente a rojas
El consumo de pescado en mayor cantidad y de huevos con moderación
La fruta fresca como postre habitual
El agua como la bebida preferente (4 a 8 vasos al día). El vino debe tomarse con moderación y durante las comidas
La práctica de actividad física todos los días (30 minutos)

para la práctica clínica habitual<sup>7</sup> con 14 sencillas preguntas. Se establece como adherencia baja menos de 9 puntos y óptima igual o más de 9 puntos<sup>8</sup> (tabla 2).

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**TABLA 2**  
**Cuestionario (MEDAS-14) de adhesión a la dieta mediterránea**

Pregunta	Puntuación
1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto
2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?	4 o más cucharadas = 1 punto
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) 1 ración = 200 g	2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 o más al día = 1 punto
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100-150 g)	Menos de 1 al día = 1 punto
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual: 12 g)	Menos de 1 al día = 1 punto
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, <i>bitter</i> ) consume al día?	Menos de 1 al día = 1 punto
8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana?	7 o más vasos a la semana = 1 punto
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g)	3 o más a la semana = 1 punto
10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? (1 plato pieza o ración: 100-150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco)	3 o más a la semana = 1 punto
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles, a la semana?	Menos de 2 a la semana = 1 punto
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30 g)	3 o más a la semana = 1 punto
13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g)	Sí = 1 punto
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	2 o más a la semana = 1 punto

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

● Importante ●● Muy importante

- ✓ Metaanálisis
- ✓ Ensayo clínico controlado
- ✓ Epidemiología
- ✓ Chishti P, Stone DH, Corcoran P, Williamson E, Petridou E, EURO-SAVE Working Group. Suicide mortality in the European Union. *Eur J Public Health.* 2003;13(2):108-14.
- ✓ ● Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A. Food patterns and the prevention of depression. *Proc Nutr Soc.* 2016;75(02):139-46.

- ✓ Artículo de revisión
- ✓ Guía de práctica clínica

- 3. ●● Molendijk M, Molero P, Ortuño Sánchez-Pedreño F, Van der Does W, Angel Martínez-González M. Diet quality and depression risk: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord.* 2018;226:346-54.
- 4. ● Molero P, Martínez-González MA, Ruiz-Canela M, Lahortiga F, Sánchez-Villegas A, Pérez-Cornago A, et al. Cardiovascular risk and incidence of depression in young and older adults: evidence from the SUN cohort study. *World Psychiatry.* 2017;16(1):111.
- 5. ●● Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA. Diet, a new target to prevent depression? *BMC Med [Internet].* 2013;11(1):3.
- 6. ●● Martínez-González M, Hershey M, Zazpe I, Trichopoulou A, Martínez-González MA, Hershey MS, et al. Transferability of the mediterranean diet to non-mediterranean countries. What is and what is not the mediterranean diet. *Nutrients.* 2017;9(11):1226.
- 7. ● Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A short screener is valid for assessing mediterranean diet adherence among older spanish men and women. *J Nutr.* 2011;141(6):1140-5.
- 8. Tobias Ferrer J, Santasusana Riera I, Cuadrench Solórzano M, González Cabré M, Girbau Tapias M, Sant Masoliver C. Adherencia a la dieta mediterránea de los pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev Española Cardiol.* 2015;68(1):73-5.