



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

REEDUCACIÓN ALIMENTARIA EN PACIENTES AFECTADOS POR TRASTORNO MAYOR DEL ESTADO DE ÁNIMO: DEPRESIÓN MAYOR

Sergio Carrillo Puche

Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana

(Itinerario: Nutrición Clínica)

Centro de Estudios de Postgrado

Año Académico 2020-21

REEDUCACIÓN ALIMENTARIA EN PACIENTES AFECTADOS POR TRASTORNO MAYOR DEL ESTADO DE ÁNIMO: DEPRESIÓN MAYOR

Sergio Carrillo Puche

Trabajo de Fin de Máster

Centro de Estudios de Postgrado

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2020-21

Palabras clave del trabajo: Depresión, dieta mediterránea, hábitos alimenticios, mala alimentación.

Nombre Tutor del Trabajo: Jordi Pich Solé

ÍNDICE

1. Antecedentes	página 4
2. Bibliografía	página 10
3. Hipótesis de trabajo	página 12
4. Objetivos	página 12
5. Material y métodos	página 12
6. Plan de trabajo y calendario de actuación	página 19
7. Anexos	página 23

1. ANTECEDENTES

La Depresión Mayor es la enfermedad más recurrente dentro de los trastornos del estado de ánimo. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo y su tendencia sigue situándose al alza. Aunque existen tratamientos efectivos para su resolución, se estima que más del 50% de los pacientes, en incluso hasta un 90% dependiendo del país, no llegan a recibirlos. Puede convertirse en un importante problema de salud, en especial cuando su intensidad es de moderada a grave y se perpetua en el tiempo. Supone la mayor causa de discapacidad a nivel mundial y posee una carga muy grande en la aparición de morbilidades. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio (1).

En España, los datos arrojados sobre esta enfermedad también la sitúan como la enfermedad mental más prevalente. Existe gran disparidad en las cifras, justificada en gran medida por la disparidad en los instrumentos de medida utilizados y los criterios elegidos para su diagnóstico (DSM 5 o CIE 10). Además, se estima que el 58% de las personas aquejadas por esta enfermedad no busca ayuda y, por lo tanto, no figura en ningún tipo de registro. Teniendo en cuenta estas variables, se estima que el 6,68% de los españoles habría recibido un diagnóstico de Depresión mayor durante el año 2017. Esta cifra ascendería a un total de unos tres millones de personas. Otros estudios elevan esta cifra al 10% de la población española. También aparece disparidad en los datos arrojados entre comunidades, siendo las más afectadas Galicia y Asturias. No aparecen diferencias entre zonas rurales y urbanas, atribuyéndose estas variaciones a diferencias socioeconómicas y relacionadas con el envejecimiento de la población. Si existe disparidad entre sexos, apareciendo el doble de diagnósticos en el caso de las mujeres. Si comparamos distintos grupos de edad, las peores cifras se sitúan en la franja comprendida entre 50 y 64 años (2).

En cuanto a la Región de Murcia, las cifras de prevalencia, en 2017, se situaban en torno al 6.14%. No obstante, esta cifra se ve sometida a los mismos problemas que a nivel estatal. Existe gran disparidad en los datos arrojados y más de la mitad de los pacientes que presentan este cuadro no buscan ayuda. Se cumplen también las relaciones en cuanto a distribución según sexo, doblando el número de casos presentes en mujeres al de los hombres (3). Según

los datos estudiados, solo en la Región de Murcia, encontraríamos más de 92.000 personas diagnosticadas de Depresión Mayor (4).

Esta enfermedad cursa con estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día, disminución del interés por la mayoría de las cosas durante la mayor parte del tiempo, aumento o pérdida de peso y apetito, insomnio o hipersomnia, pérdida de energía, agitación o retraso psicomotriz, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, ideas recurrentes de muerte o, incluso, pensamientos suicidas. Síntomas que se mantienen, como mínimo, durante dos semanas; pero tienden a alargarse en el tiempo en muchos de los casos, y conllevan un cambio en el funcionamiento personal o laboral.

La depresión posee una etiología multifactorial; que no se ha conseguido esclarecer por completo, puesto que muchos de los factores no están claros dentro del paciente o interactúan entre ellos, siendo causa o consecuencia unos de los otros. Podríamos resumir las causas en un compendio de factores genéticos, bioquímicos y neurodegenerativos, pero también factores sociales, ambientales, del comportamiento, etc. (5).

Tras valorar los síntomas presentes dentro de la enfermedad, no es de extrañar que se vea mermada la capacidad de los pacientes de elegir alimentos nutritivos, cocinar y degustar una dieta equilibrada que asegure los requerimientos de macronutrientes, minerales y vitaminas, además de adecuarse a las patologías presente en el paciente o a su estado nutricional previo.

Una revisión bibliográfica, que aglutina estudios relacionados con depresión y nutrición desde 1977 a 2015, concluye que la presencia de déficit en ácidos grasos Omega 3 y ácido fólico se han establecido como factores de riesgo o predisponentes a los trastornos del estado de ánimo. Los niveles de magnesio y zinc también se vieron disminuidos en pacientes diagnosticados de depresión, que mejoraron su pronóstico tras mejorar la ingesta en la dieta o ser suplementados; especialmente en pacientes con un pronóstico más grave (6). Los niveles de selenio, cobre, zinc y hierro también fueron estudiados en una población de Estados Unidos que abarcaba un total de 14834 estableciendo una relación directa entre el déficit de estos micronutrientes y un aumento en la prevalencia de depresión (7)

Además, numerosos estudios apuntan a una relación directa entre nutrición y depresión. El consumo de alimentos ricos en grasas o fritos, cereales refinados, bebidas azucaradas y carnes procesadas llevarían a una predisposición ante esta enfermedad, o un peor pronóstico tras su diagnóstico. La presencia de obesidad o sobrepeso también se ve incrementada dentro de este grupo de pacientes, acentuando la problemática de la enfermedad, además de predisponer al paciente a otras enfermedades crónicas y aumentar su riesgo cardiovascular (6)

Aunque los mecanismos que vinculan dieta y depresión se encuentren aún en estudio, es conocido que una dieta que favorezca marcadores de inflamación más elevados, como aquellas que contienen gran cantidad de grasas de origen animal, hidratos de carbono refinados y azúcares libres, aumentan el riesgo de padecer patologías relacionadas con el estado de ánimo. También se ha demostrado que alimentos que contengan mayor cantidad de serotonina, una hormona íntimamente ligada a la depresión, pueden minimizar el riesgo de padecerla, e incluso minimizar su sintomatología y mejorar su pronóstico (8).

Son múltiples los estudios y revisiones que evidencia una relación entre la ingesta de una dieta sana y equilibrada, como sería la Mediterránea, rica en frutas, verduras, frutos secos, aceite de oliva, legumbres, pescados, aves de corral, carnes sin procesar y lácteos establecería una relación inversamente proporcional al número de pacientes diagnosticados de depresión, además de mejorar su pronóstico (6,8) Otras dietas, como la noruega, rica en pescados, cereales integrales y aceite de colza (6), o la japonesa, basada en pescados, frutas y verduras, derivados de la soja y té verde (8); y bajas en azúcares y grasas, también han demostrado beneficios sobre la depresión. Esta relación queda avalada, una vez más, con una revisión sistemática que engloba 10 estudios y concluye que: una ingesta baja de pescado, especialmente en mujeres, estaría relacionada con un aumento en el riesgo de depresión (9).

Una revisión sistemática, que engloba un total de 42 estudios longitudinales, expresa una relación entre depresión y dieta patológica en ambas direcciones, una dieta patológica llevaría a mayor tasa de depresión y pacientes aquejados de depresión serían más proclives a una dieta patológica. Esta relación se hace más significativa en pacientes jóvenes, con aparición de desórdenes alimenticios

como anorexia o bulimia. Sin embargo, existe bastante disparidad entre los datos arrojados por los diversos estudios, por lo que sería necesaria una mayor investigación para identificar los factores etiológicos de esta relación y poder actuar en consecuencia (10).

Esta relación se ve ejemplificada con independencia de la franja de edad estudiada. Un estudio con un tamaño muestral de 1055 alumnos universitarios de la ciudad de Zaragoza, cuya media de edad eran 21 años, analizó que el 82% de los alumnos no mantenía una alimentación saludable y estableció una relación estadísticamente significativa con una mayor prevalencia de patologías como la depresión, la ansiedad, el estrés y el insomnio. Tras una intervención dietética en esta población, los niveles de las patologías estudiadas disminuyeron, mejorando el estado de salud en los participantes (11).

En el caso del adulto mayor, una revisión bibliográfica que incluye seis ensayos clínicos, constata la relación entre nutrición y depresión. Así, una nutrición adecuada provoca un efecto positivo en la prevención y reducción de los síntomas depresivos. Establece también que un adecuado nivel de vitaminas del grupo B y triptófano (como precursor de la serotonina), disminuye la prevalencia de este tipo de síntomas (12). Otro estudio transversal, realizado en adultos mayores institucionalizados, expone que la depresión, junto con el sexo masculino, son factores predisponentes de desnutrición en este grupo de población, siendo de gran importancia una valoración del estado nutricional para este grupo de población (13).

En 2018, un estudio, que incluía una muestra de más de 16000 personas, de las cuales un 56% informó de datos de depresión o ansiedad, suplementó a los pacientes con un multivitamínico de amplio espectro, que incluía vitamina B12, vitamina C, ácidos grasos Omega 3 y vitamina D. Tras un año, el 49% de los pacientes que informó de síntomas depresivos o ansiosos habían mejorado su pronóstico, dato que aumentó hasta un 97% en el caso de los pacientes aquejados por depresión grave (14). Sin embargo, una revisión sistemática posterior a tal fecha concluye que el uso de multivitamínicos no estaría recomendado como tratamiento genérico de la depresión. Esta negativa radicaría en las posibles interacciones entre la absorción de los compuestos presentes en los multivitamínicos y otros minerales y vitaminas. Aportan también

que el uso de una dieta Mediterránea, sana y equilibrada, aportaría los niveles suficientes de minerales y vitaminas necesarios para el correcto funcionamiento cerebral. Además, generaría en el paciente buenos hábitos alimenticios, que equilibrarían la cantidad de macronutrientes presentes en la dieta, lo que también interfiere en la prevención y pronóstico de la depresión. Reducen, por lo tanto, el uso de suplementos vitamínicos a casos concretos en los que, por diversos motivos, no se puedan conseguir niveles necesarios en la dieta o exista un problema de malabsorción (15).

Para concluir, se han localizado dos intervenciones en las que se trabaja directamente con una dieta mediterránea en pacientes aquejados de depresión, extrayéndose los siguientes resultados:

- Un estudio realizado en Australia, que incluía un total de 67 pacientes diagnosticados de depresión mayor cuya dieta era de baja calidad, distribuidos aleatoriamente entre el grupo de intervención y de control, expuso a sus pacientes a una dieta mediterránea modificada. La intervención consistió en siete sesiones individuales, repartidas en un total de tres meses e impartidas por un nutricionista cualificado, recibiendo el grupo control las mismas sesiones, pero en este caso de apoyo social. Tras la intervención se objetivó una mejoría en los hábitos nutricionales de los pacientes sometidos a la intervención, además de una mejoría en el curso de su enfermedad (16).
- Un proyecto de estudio de 2019 pretende instaurar una dieta mediterránea enriquecida en aceite de oliva en pacientes aquejado de depresión recurrente, cuyos síntomas se encuentren en remisión, como mínimo, en los últimos 6 meses. Aparece en este proyecto un grupo control, que no sería intervenido, y un grupo de intervención en el que se instauraría una dieta mediterránea enriquecida en aceite de oliva. La intervención tendría una duración de dos años y busca mejorar el pronóstico y la calidad de vida de pacientes aquejados de depresión recurrente. Su lugar de actuación se centraría en cuatro hospitales, repartidos en Las Palmas de Gran Canaria, Pamplona, Vitoria y Madrid.

Tras analizar la magnitud del problema, su prevalencia y los datos aportados sobre la relación entre nutrición y depresión vemos necesario la investigación de

nuevas intervenciones que mejoren el pronóstico de la enfermedad e, incluso, que ayuden a su prevención.

Los datos de prevalencia alertan de un problema con gran repercusión en la sociedad actual, que pierde parte de sus activos por problemas ligados a la salud mental. Y es que el diagnóstico de un problema mental conlleva, en la mayoría de las ocasiones, con un ruptura o merma del rol que esa persona ocupa en la sociedad. Esto afecta tanto a su esfera personal, como laboral. Como ya hemos mencionado con anterioridad, la depresión supondría la primera causa de discapacidad a nivel mundial. No debemos olvidar que, en los casos más graves, esta patología está íntimamente relacionada con el suicidio. Datos arrojados por varios de los estudios elevan la efectividad de las intervenciones nutricionales en pacientes con peor pronóstico.

La presencia de una relación en ambos sentidos entre nutrición y depresión nos evidencia la importancia de la nutrición en el origen de esta enfermedad. No se conocen aun con exactitud todos los mecanismos implicados, por lo que es necesario aumentar el número de ensayos relacionados con este tema, que ayuden a clarificar el origen y magnitud del problema, para así ser más eficaces en su control. Y es que su tendencia al alza nos informa de que las estrategias actualmente adoptadas, que se centran en un control farmacológico y psicoterapias, no están siendo suficientes para atajar el problema.

Podemos extraer, de los datos aquí aportados, que la implantación de una dieta sana y equilibrada, como es la mediterránea, conllevaría una mejora evidente en el curso de la enfermedad. Sin embargo, no conocemos ningún estudio dentro de la población española que haya aportado datos concretos de la relación presente, ni de la adherencia a la intervención.

Se trabajaría con un paciente que, por definición, necesitará de un apoyo para poder seleccionar los alimentos necesarios, procesarlos y degustarlos de forma que cumpla con sus requerimientos nutricionales, tanto a nivel de macronutrientes como de micronutrientes.

Además, la sociedad actual en general se dirige hacia una alimentación cada vez más alejada de la dieta mediterránea. Hemos abandonado productos de calidad, que nos rodean y han servido de alimento durante generaciones, para dar paso

a una dieta occidentalizada, que se caracteriza por una mayor cantidad de grasas saturadas y azúcares libres, pero que ocupa una parte importante de nuestro día a día. Una publicidad agresiva, junto con la disponibilidad y el bajo coste asociados a estos alimentos, están haciendo a este modo de alimentación una práctica cada día más extendida y normalizada en nuestra sociedad.

Resulta, por lo tanto, evidente la necesidad de instaurar un control sobre la dieta de los pacientes diagnosticados de Depresión Mayor, evaluar sus patrones alimenticios e instaurar una dieta sana y equilibrada.

2. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Navío M, Pérez V. Libro Blanco de depresión y suicidio. Madrid: Wecare-u;2020.
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019.
4. Instituto Nacional de Estadística. Cifras oficiales de población por municipio y sexo: Murcia (2020). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2883>
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
6. Marquez MO. Depresión y Calidad de la Dieta: Revisión Bibliográfica. iMedPub Journals. 2016; Vol. 12.
7. Li Z, Wang W, Xin X, Song X, Zhang D. Association of total zinc, iron, copper and selenium intakes with depression in the US adults. J Affect Disord. 2018 Mar 1;228:68-74.
8. Langa U, Beglingerb C, Schweinfurtha N, Waltera M, Borgwardta S. Nutritional Aspects of Depression. Karger AG, Basel. 2015.

9. Yang Y, Kim Y, Je Y. Fish consumption and risk of depression: Epidemiological evidence from prospective studies. *Asia Pac Psychiatry*. 2018 Dec;10(4):e12335.
10. Puccio F, Fuller-Tyszkiewicz M, Ong D, Krug I. A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *Int J Eat Disord*. 2016 May;49(5):439-54.
11. Ramón E, Martínez B, Granada JM, Echániz E, Pellicer B, Juárez R, Guerrero et al. Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp* 2019;36(6):1339-1345.
12. Klimova B, Novotny M, Valis M. The Impact of Nutrition and Intestinal Microbiome on Elderly Depression-A Systematic Review. *Nutrients*. 2020 Mar 7;12(3):710.
13. Pérez E, Lizárraga DC, Martínez MR. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutr. Hosp*. 2014 Abr; 29(4): 901-906.
14. Kimball SM, Mirhosseini N, Rucklidge J. Database Analysis of Depression and Anxiety in a Community Sample-Response to a Micronutrient Intervention. *Nutrients*. 2018 Jan 30;10(2):152.
15. Kris-Etherton PM, Petersen KS, Hibbeln JR, Hurley D, Kolick V, Peoples S, et al. Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety. *Nutr Rev*. 2021 Feb 11;79(3):247-260.
16. Opie RS, O'Neil A, Jacka FN, Pizzinga J, Itsiopoulos C. A modified Mediterranean dietary intervention for adults with major depression: Dietary protocol and feasibility data from the SMILES trial. *Nutr Neurosci*. 2018 Sep;21(7):487-501.
17. Sánchez-Villegas A, Cabrera-Suárez B, Molero P, González-Pinto A, Chiclana-Actis C, Cabrera C et al. Preventing the recurrence of depression with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil. The PREDI-DEP trial: study protocol. *BMC Psychiatry*. 2019 Feb 11;19(1):63.

3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Mejorar el pronóstico y la gravedad de la depresión mayor tras instaurar una dieta sana y equilibrada en pacientes diagnosticados de Depresión mayor.

4. OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de la instauración de una dieta sana y equilibrada en pacientes diagnosticados de Depresión Mayor.

Analizar los patrones nutricionales en pacientes diagnosticados de depresión mayor.

Instaurar una alimentación sana y equilibrada en el contexto de depresión mayor.

Comprobar la eficacia de la instauración de una dieta sana y equilibrada a largo plazo.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

a. Descripción del estudio

Se llevará a cabo un ensayo clínico, longitudinal y prospectivo. Constará de dos grupos: un grupo intervención, al que se le asignará una dieta mediterránea adaptada a sus necesidades, y un grupo control, que no será sometido a ninguna intervención nutricional. Los pacientes serán reclutados a partir de la población abarcada por el Área de Salud VI-Vega Media del Segura, dependiente del Servicio Murciano de Salud, que engloba aproximadamente a 260.000 personas.

b. Sujetos de estudio

La población a estudio serán pacientes diagnosticados de Depresión Mayor, según criterios DSM-5, que hayan sido derivados desde Atención Primaria (Medicina familiar y comunitaria) a su centro de Salud Mental de referencia. Deberán ser mayores de 18 años, y no se tendrá en cuenta el sexo. Se incluirá tanto a pacientes con diagnóstico inicial de Depresión Mayor, como a pacientes con episodios recurrentes de esta enfermedad.

Para la participación dentro del estudio el paciente deberá dar su consentimiento y la aceptación de cumplir la medida terapéutica propuesta, previo al inicio de la intervención. Se plantean como criterios de exclusión los presentes en la tabla 1. La presencia de uno o más de los criterios aquí citados conllevará la imposibilidad total de participar en el estudio.

Tabla 1. Criterios de exclusión

1. Presencia de otros trastornos psiquiátricos, como trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de la personalidad o trastornos de la conducta alimentaria.
2. Historial de abuso de sustancias, incluida el alcohol.
3. Presencia de enfermedades crónicas u otras patologías que conlleven el compromiso de la supervivencia a corto plazo.
4. Antecedentes de alergias alimentarias que no permitan la adherencia a una dieta mediterránea.
5. Pacientes con problemas al masticar, tragar o absorber los alimentos.
6. Presencia de deterioro cognitivo, u otras causas, que limiten la capacidad de seguir las instrucciones y directrices fijadas por los investigadores.
7. Pacientes institucionalizados o con problemas de autonomía.

El tamaño muestral abarcará a todos los pacientes que hayan sido derivados a su centro de Salud Mental, dependientes del Área de salud VI-Vega Media del Segura, y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión citados en este proyecto. Su reclutamiento se llevará a cabo mediante contacto telefónico, a partir de los listados facilitados por los centros de Salud mental. Previo a este contacto se valorará, mediante análisis de su historia clínica, la presencia de criterios de exclusión. Para su asignación al grupo control o grupo intervención se realizará una aleatorización estratificada, dependiente de su grupo de edad y dividida en cuatro grupos: desde 18 a 38 años, de 39 a 59 años, de 60 a 80 años y mayores de 80 años. La aleatorización será ciega para los investigadores, para evitar sesgos de selección.

c. Variables

Edad de los sujetos: Este dato será extraído de la historia clínica de los sujetos de estudio. Se contabilizará en años completos, siendo la cifra de elección los años que el paciente cumplirá en el año en vigor. Es decir, la cifra asignada será la diferencia entre el año en vigor (2021) y el año de nacimiento del paciente (Un paciente nacido en 1980 será contabilizado con 41 años). Como hemos mencionado con anterioridad, los pacientes serán asignados a cuatro grupos, dependiendo de su edad, y distribuidos de la siguiente manera: desde 18 a 38 años, de 39 a 59 años, de 60 a 80 años y mayores de 80 años.

Valores antropométricos: se precisará del peso y la talla de los pacientes asignados tanto al grupo control, como al grupo intervención. Para llevar a cabo el peso de los pacientes se utilizará una báscula digital, correctamente calibrada, y se pesará a los pacientes en ropa interior y sin calzado. Para la talla utilizaremos un tallímetro de columna milimetrado y se medirá a los pacientes descalzos y sin portar ningún objeto sobre su cabeza (Ej.: sombrero, pinzas para el pelo) que distorsione la medida. Las unidades empleadas serán: kilogramos para el peso y metros para la talla. De estos valores se podrá extraer el IMC de los pacientes, que será categorizado cumpliendo la siguiente distribución: bajo peso ($< 18.5 \text{ kg/m}^2$), normopeso (entre 18.5 y 24.9 kg/m^2), sobrepeso (entre 25 y 29.9 kg/m^2) y obesidad ($>30 \text{ kg/m}^2$)

Hábitos nutricionales: para la medida de este parámetro se llevará a cabo un registro dietético de siete días (Anexo 1) que se evaluará mediante el software de nutrición y dietética AZ Nutrition. Este registro será utilizado previo a la intervención, cuando esta concluya y seis meses después del final de la intervención, con el fin de valorar si los efectos de la intervención se mantienen en el tiempo.

Severidad de los síntomas depresivos: el control de la sintomatología presente en los pacientes, y la medición de su progresión, se llevará a cabo mediante la escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión (HRSD) en su versión de 17 ítems validada para España (Anexo 2). La medición de esta

variable se llevará a cabo previo a la intervención y una vez concluida esta, siendo capaces de monitorizar así los posibles cambios en la enfermedad. En su versión en español, esta escala agrupa los valores obtenidos en 5 categorías: no depresión (0-7puntos), sintomatología leve (8-13 puntos), moderada (14-18 puntos), grave (19-22 puntos) y muy grave (>23 puntos).

d. Recogida y análisis de datos

Inicialmente, y tras la colaboración de los Centros de Salud Mental implicados en el estudio, que serán los que facilitarán los datos de pacientes diagnosticados de depresión mayor dependientes de esta Área de Salud, se revisarán sus historias clínicas. Será en este momento en el que se localizarán los criterios de exclusión mencionados anteriormente.

Tras este paso, se establecerá contacto telefónico con los pacientes, con el fin de obtener su consentimiento de participar en el estudio y la aceptación de cumplir con la medida terapéutica propuesta. Se utilizará esta llamada para establecer una primera cita inicial con los pacientes y se les proporcionará la información pertinente para completar el registro dietético de siete días que deberán aportar en esa primera cita. Los pacientes serán ordenados en los diferentes grupos propuestos según su edad.

Tras la aprobación por parte del paciente de la participación en el proyecto, este será asignado a su grupo de edad establecido y se aleatorizarán los pacientes de forma ciega, con la ayuda de un programa informático. A los pacientes que pasen a formar parte del grupo de intervención se les revisará de nuevo la historia clínica, con el fin de indagar en sus alergias y patologías médicas que tengan relación con la dieta. Este paso será clave para individualizar la dieta de cada paciente a sus necesidades y particularidades.

La primera cita inicial transcurrirá forma presencial y será llevada a cabo por un nutricionista cualificado. En esta entrevista se recogerán los datos antropométricos requeridos y el registro dietético de siete días, que el paciente deberá haber rellenado con anterioridad. Se facilitará al paciente una copia de la escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión (HRSD), que rellenará en ese momento. En el caso los pacientes pertenecientes al grupo intervención, que será conocidos por el investigador en ese momento,

se comprobarán que los datos extraídos de su historia clínica son correctos, y actualizados, y se indagará sobre los gustos culinarios y peculiaridades gastronómicas del paciente. Así, podremos instaurar una dieta personalizada, que ayude a mejorar la adherencia a la intervención. En el caso del grupo control, tras la toma de valores antropométricos, recogida de registro dietético y cumplimentación de la escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión (HRSD), el paciente será instruido para una entrevista final, cuyo contenido final detallaremos más adelante.

A partir de este momento, a los pacientes del grupo intervención se le asignará una dieta individualizada y personalizada, basada en la dieta mediterránea, que sea capaz de cubrir sus requerimientos de macronutrientes y micronutrientes e intente mejorar las patologías asociadas al paciente, incluidos el sobrepeso o la obesidad. La dieta será facilitada a los pacientes a través de vías telemáticas, siempre que sea posible, o mediante recogida en mano en su Centro de Salud Mental de referencia.

Los pacientes del grupo intervención mantendrán un contacto telefónico semanal con su entrevistador, que se prolongará hasta el final de la intervención nutricional (seis meses). El motivo de esta llamada será aclarar posibles dudas, corregir problemas relacionados con la dieta pautada e intentar afianzar la adherencia al tratamiento. Las citas se programarán de forma conjunta entre paciente y entrevistador.

A partir del mes del inicio de la intervención, se programarán sesiones grupales entre cada entrevistador y los pacientes asignados a su cupo, con una periodicidad mensual. El tema a tratar será la importancia de la nutrición en el transcurso de su enfermedad, hábitos nutricionales saludables, elección adecuada de alimentos y variaciones nutricionales en el caso de enfermedad crónica previa, como podría ser hipertensión arterial o diabetes mellitus. También se utilizarán las sesiones previstas para aclarar dudas de los participantes y compartir experiencias, dudas, logros, etc. Se intentará que estas sesiones sean participativas y dinámicas, con el fin de favorecer un buen ambiente terapéutico y facilitar la consecución de objetivos. Las sesiones grupales continuarán hasta un total de cinco sesiones, comprendidas entre los meses primero y quinto de la intervención.

Una vez transcurridos seis meses desde el inicio de la intervención, se procederá a reevaluar el estado de los pacientes, con el fin de valorar la consecución de los objetivos definidos en este estudio y confirmar la hipótesis propuesta. Para este fin se instruirá a los pacientes, mediante contacto telefónico, para acudir a una cita presencial de forma individual y para el cumplimiento de un nuevo registro dietético de siete días. Las entrevistas individuales, preferiblemente, serán llevadas a cabo por el investigador que ha llevado el seguimiento del paciente, al menos en el caso del grupo intervención. Este paso será realizado tanto con los pacientes asignados al grupo control, como con los pacientes del grupo intervención.

En esta entrevista de control, con independencia de pertenecer al grupo control o grupo intervención, el paciente entregará el registro dietético de siete días para su valoración, cumplimentará de nuevo la escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión (HRSD) y se le tomarán valores antropométricos de nuevo.

Los pacientes asignados al grupo de intervención serán instruidos durante esta entrevista final para que, transcurridos tres meses, se reúnan de nuevo con su entrevistador para la entrega de un registro dietético de siete días. Este registro es necesario para comprobar si los hábitos nutricionales adquiridos durante la intervención perduran en el tiempo, habiendo adquirido el paciente una dieta sana y equilibrada, basada en la dieta mediterránea. También utilizaremos esta última cita para que los pacientes rellenen, bien sea vía telemática o presencial, la encuesta de satisfacción y adecuación (Anexo 3). Esta encuesta, que será anónima, tiene como fin revisar y evaluar el trabajo de los investigadores y la adecuación de la intervención. Así, podremos valorar posibles errores cometidos durante la proyección de este estudio y mejorar la intervención en futuras ocasiones.

Para la recogida de los datos necesarios para la intervención, además de los documentos reflejados anteriormente, utilizaremos un registro de datos (Anexo 4), que nos ayudará a sintetizar y estandarizar la información, con independencia del entrevistador o investigador.

En análisis de las variables descritas será llevado a cabo con la colaboración del departamento de estadística de la Universidad de las Islas Baleares. Para su realización el equipo se apoyará el software estadístico R, de licencia libre. El nivel de significación que determinará este estudio será $p < 0.05$.

Respecto al análisis descriptivo de las variables, se obtendrán las medias y valores máximos y mínimos para las variables cuantitativas, además de las frecuencias y porcentajes en el caso de variables cualitativas. Cuando aparezcan desviaciones elevadas, se sumarán a los datos anteriores la obtención de modas y medianas. Para su análisis, los sujetos serán diferenciados entre grupo control e intervención, además de obtener datos de cada uno de los estratos definidos por edad. El intervalo de confianza elegido en este estudio será del 95%.

Para el análisis bivalente, que en este caso se dará entre los valores obtenidos tras la valoración de sus hábitos nutricionales y la valoración de la severidad de los síntomas depresivos, se utilizará una ANOVA para establecer relaciones estadísticas, en el caso de que las variables tengan una distribución normal. Si no es el caso, pasaremos a relacionar dichas variables mediante el test de Kruskal-Wallis.

e. Limitaciones del estudio

La principal limitación que puede surgir dentro de este estudio sería la baja adherencia por parte de los pacientes a la intervención. Es cierto que estos pacientes, por su diagnóstico clínico, pueden no encontrarse muy motivados para la inclusión en una intervención de este tipo, que requiere un cambio en la rutina diaria y la adquisición de nuevos hábitos. Sin embargo, este estudio se ha intentado diseñar para reducir esta pérdida de sujetos, manteniendo un contacto frecuente con el paciente y directo.

Los criterios de inclusión y exclusión formulados serían muy amplios y podrían generar factores de confusión, que enmascaren la eficacia de la intervención y arrojen datos erróneos. No ajustar más aun las variables de confusión esta argumentado, en gran medida, para intentar englobar una muestra de pacientes lo más heterogénea posible. Esto nos llevará a poder emitir unas conclusiones que serán fácilmente extrapolables a un número de

población mucho más elevado. En el caso de encontrar gran heterogeneidad en los datos obtenidos, los investigadores podrían intentar agruparlos en función de diversas variables que permitan futuras investigaciones enfocadas a un sector de la población más reducido.

La muestra seleccionada está localizada en un área geográfica relativamente pequeña, aunque tengamos el suficiente número de pacientes para llevar a cabo el estudio. Esto podría reducir las posibilidades de extrapolar los datos, pues existe variación entre las prevalencias entre distintas áreas geográficas. Sin embargo, según la bibliografía consultada, las diferencias en cuanto a prevalencia no se derivan de su localización; sino de otras variables, como el envejecimiento de la población. No obstante, este estudio podría servir como piloto a otros con mayor tamaño muestral.

Por último, mencionar que también deberíamos tener en cuenta que, los pacientes conocen su pertenencia a una intervención nutricional y, por lo tanto, podrían enmascarar los datos arrojados en sus registros dietéticos o en la escala de severidad de los síntomas. Será función del entrevistador insistir al paciente en el nulo compromiso de cumplir con ningún estándar más allá de completar los documentos requeridos con la mayor veracidad posible.

6. PLAN DE TRABAJO Y CALENDARIO DE ACTUACIÓN

Para la selección y reclutamiento de los pacientes candidatos a la intervención se trabajará en conjunto con los centros de Salud Mental de la Región de Murcia dependientes del Área de Salud VI-Vega Media del Segura. Dicha área cuenta con dos centros de salud Mental, ubicados en Molina de Segura (Centro de Salud Mental Dr. Vicente Campillo) y en Murcia (Hospital General Universitario Morales Meseguer).

Se les requerirá a dichos centros listados de pacientes aquejados de depresión mayor, además de facilitar el acceso a sus historias clínicas, preferiblemente mediante su consulta a través del sistema informático de dichos centros. Una vez conseguida dicha información, los investigadores revisarán los datos con el

fin de reclutar a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente.

Dentro de las historias clínicas encontraremos el teléfono de contacto de los pacientes reclutados. En el caso de no ser así, recurriremos a la colaboración de su Centro de Salud Mental de referencia para el contacto con el paciente.

Los pasos anteriormente descritos transcurrirán durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2021. Una vez transcurrido este tiempo se habrán analizado los datos pertinentes y se procederá a la asignación de un grupo de pacientes a cada investigador. Este grupo constará de unos 200 pacientes para cada investigador, distribuidos uniformemente entre el grupo de intervención y el grupo control. Los pacientes asignados a cada investigador serán citados para la primera cita presencial durante el mes de octubre de 2021, intentando consensuar la cita con éstos, a fin de conseguir una mayor adherencia. En esta cita se recogerá el registro dietético, tomarán datos antropométricos y facilitará la escala de severidad de los síntomas depresivos. Además, en el caso de los pacientes asignados en el grupo intervención, se comprobará la veracidad y actualización de los datos recogidos a partir de la historia clínica.

El contacto telefónico, que debe ser llevado a cabo de forma semanal, para el control de los pacientes incluidos en el grupo intervención, quedará en manos del entrevistador al que se le asigne dicho paciente. El investigador será el encargado de registrar si el paciente no cumple con este seguimiento.

Las reuniones grupales, que sucederán con una periodicidad mensual, incluirán la exposición de un tema, dictado por los investigadores principales y ejecutado por cada uno de los entrevistadores. Las sesiones se repetirán en distintos horarios a lo largo de una semana y se pactará, de forma previa, la inclusión de cada paciente en una de las sesiones para cumplir con los aforos estimados. Este aforo será de un máximo de 20 pacientes por sesión.

En la sesión de control, a los seis meses del inicio de la intervención (abril de 2022), se habrá instruido al paciente para que lleve con él su registro dietético cumplimentado. Durante esta sesión, que será individual y necesaria para ambos grupos, el entrevistador recogerá el registro dietético, se tomarán valores antropométricos y cumplimentará la escala de severidad de los síntomas

depresivos. También instruiremos a los pacientes del grupo intervención para la última sesión de control, aproximadamente tres meses después de la intervención.

Esta última sesión de control, ubicada durante el mes de julio de 2022, podrá ser realizada por otro entrevistador, puesto que durante su desarrollo solo se recogerá el registro dietético cumplimentado por el paciente y se rellenará la encuesta de adecuación y satisfacción. No será requisito indispensable que esta sesión transcurra de forma presencial.

Para la realización del estudio, resultará indispensable su aprobación por el Comité de Ética del Hospital General Universitario Morales Meseguer, del cual dependen los pacientes seleccionados para el presente estudio. El tratamiento de datos se hará según la legislación vigente en protección de datos y siempre respetando el secreto profesional.

Como ya hemos mencionado con anterioridad, será el entrevistador que tenga asignado a cada paciente el encargado de cumplimentar el registro de datos de forma correcta. Una vez concluida la intervención, estos registros de datos serán remitidos a los investigadores principales, quienes se encargarán de la extracción y análisis de los datos.

Estos investigadores principales serán, también, los encargados de reunir la bibliografía necesaria para la instauración de la intervención, así como de la preparación de los temas a tratar en las sesiones grupales.

El equipo encargado de la realización del estudio estará formado por un equipo multidisciplinar, en el que se incluirán Médicos Especialistas en Psiquiatría y Nutricionistas. Constará de tres investigadores principales, que realizarán las funciones descritas con anterioridad, y un número variable de entrevistadores, dependiendo del número de pacientes que sean reclutados en la población diana. Estos entrevistadores deberán estar dotados, además de los formularios pertinentes, de una báscula digital y un tallímetro milimetrado. Todos los profesionales que participen en este estudio precisarán de un equipo informático que esté dotado del software necesario y les permita desarrollar sus funciones.

Los datos que se desprendan de este estudio podrán asentar las bases de un programa nutricional en el contexto de depresión mayor. Este programa podría ser extrapolado a nivel regional e, incluso, estatal. Pretendemos con esto mejorar el pronóstico, disminuir la severidad de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes intervenidos. Recordar que, la depresión supone la enfermedad mental más prevalente dentro de nuestra sociedad y es responsable de parte de las incapacidades y comorbilidades presentes en nuestra sociedad. Sin olvidar que, en el peor de los casos, puede abocar al suicidio. Las estrategias escogidas en la actualidad, tras revisar la bibliografía actual y la magnitud del problema, resultan insuficientes y abren el camino al estudio de nuevos campos de tratamiento.

Para finalizar, recordar que, la implementación de esta intervención no conlleva riesgos para el paciente. No existe evidencia de que la adquisición de una dieta sana y equilibrada, basada en la dieta mediterránea, conlleve ningún riesgo para la salud o el bienestar de los pacientes.

7. ANEXOS

Anexos 1: Registro dietético de siete días

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
Desayuno				
Almuerzo				
Comida				
Merienda				
Cena				
Comida entre horas				

	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Desayuno			
Almuerzo			
Comida			
Merienda			
Cena			
Comida entre horas			

Anexo 2. Escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión (HRSD)

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama. Se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad

8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales</p> <p>1. Ligeramente retrasado en el diálogo</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo</p> <p>3. Diálogo difícil</p> <p>4. Torpeza absoluta</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <p>1. "Juega" con sus manos, cabello, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <p>— Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones</p> <p>— Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias</p> <p>— Respiratorios: hiperventilación, suspiros</p> <p>— Frecuencia urinaria</p> <p>— Sudoración</p>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante. Síntomas como:</p> <p>— Pérdida de la libido</p> <p>— Trastornos menstruales</p>
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>

16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

Anexo 3. Encuesta de satisfacción y adecuación

1. Durante el primer contacto telefónico, ¿la información requerida y las indicaciones dadas le fueron sencillas y apropiadas?

- Sí
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de su contenido
- No pude contestar ninguna o casi ninguna de las preguntas o no entendí las indicaciones

2. En la entrevista inicial, ¿la información requerida fue fácil de contestar?

- Sí
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de las preguntas
- No pude contestar ninguna o casi ninguna de las preguntas

3. En la entrevista inicial, ¿se sintió cómodo con su entrevistador?

- Sí
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de la entrevista
- No me sentí cómodo en la mayor parte de la entrevista

4. En la entrevista inicial, ¿entendió las indicaciones dadas por el entrevistador?

- Sí
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de su contenido
- No entendí ninguna o casi ninguna de las indicaciones

5. ¿Le resultó útil la primera entrevista?
- Si
 - En su mayor parte
 - En menos de la mitad de su contenido
 - No me resultó útil
6. En los contactos telefónicos, ¿la información requerida fue fácil de contestar?
- Si
 - En su mayor parte
 - En menos de la mitad de las preguntas
 - No pude contestar ninguna o casi ninguna de las preguntas
7. En los contactos telefónicos, ¿se sintió cómodo con su entrevistador?
- Si
 - En su mayor parte
 - En menos de la mitad de la entrevista
 - No me sentí cómodo en la mayor parte de la conversación
8. En los contactos telefónicos, ¿entendió las indicaciones dadas por el entrevistador?
- Si
 - En su mayor parte
 - En menos de la mitad de su contenido
 - No entendí ninguna o casi ninguna de las indicaciones
9. ¿Le resultaron útiles los contactos telefónicos?
- Si
 - En su mayor parte
 - En menos de la mitad de su contenido
 - No me resultaron útiles
10. En las sesiones grupales, ¿la información requerida fue fácil de contestar?
- Si
 - En su mayor parte
 - En menos de la mitad de las preguntas
 - No pude contestar ninguna o casi ninguna de las preguntas
11. En las sesiones grupales, ¿se sintió cómodo con su ponente?
- Si
 - En su mayor parte
 - En menos de la mitad de la entrevista
 - No me sentí cómodo en la mayor parte de la entrevista
12. En las sesiones grupales, ¿entendió las indicaciones dadas por el ponente?
- Si
 - En su mayor parte
 - En menos de la mitad de su contenido
 - No entendí ninguna o casi ninguna de las indicaciones

13. ¿Le resultaron útiles las sesiones grupales?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de su contenido
- No me resultaron útiles

14. En la entrevista final, ¿la información requerida fue fácil de contestar?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de las preguntas
- No pude contestar ninguna o casi ninguna de las preguntas

15. En la entrevista final, ¿se sintió cómodo con su entrevistador?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de la entrevista
- No me sentí cómodo en la mayor parte de la entrevista

16. En la entrevista final, ¿entendió las indicaciones dadas por el entrevistador?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de su contenido
- No entendí ninguna o casi ninguna de las indicaciones

17. ¿Le resultó útil la última sesión?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de su contenido
- No me resultó útil

18. En la sesión de control, ¿la información requerida fue fácil de contestar?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de las preguntas
- No pude contestar ninguna o casi ninguna de las preguntas

19. En la sesión de control, ¿se sintió cómodo con su entrevistador?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de la entrevista
- No me sentí cómodo en la mayor parte de la entrevista

20. En la sesión de control, ¿entendió las indicaciones dadas por el entrevistador?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de su contenido
- No entendí ninguna o casi ninguna de las indicaciones

21. ¿Le resultó útil la sesión de control?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de su contenido
- No me resultó útil

22. Durante la intervención en la que ha participado, ¿se ha sentido arropado por el equipo?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de la intervención
- No me he sentido arrojado

23. Durante la intervención en la que ha participado, ¿han sabido resolverle las dudas que le han surgido durante este tiempo?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de las preguntas
- No pude contestar ninguna o casi ninguna de las preguntas

24. Durante la intervención en la que ha participado, ¿ha aparecido algún conflicto con su entrevistador?

- Si
- Algún conflicto esporádico
- No

25. Respecto a la dieta que ha seguido, ¿cree que se adecua a sus necesidades nutricionales?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de las comidas
- No se adecuaba a mis necesidades

26. Durante la intervención en la que ha participado, ¿era capaz de cumplirla con facilidad?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de las comidas
- No he cumplido la mayor parte de la dieta

27. Durante la intervención en la que ha participado, ¿ha tenido sensación de hambre entre comidas?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de las comidas
- Tenía hambre en la mayoría de las comidas

28. Durante la intervención en la que ha participado, ¿los alimentos se adaptaban a sus gustos culinarios?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de las comidas
- No se adaptaban a mis gustos culinarios

29. Durante la intervención en la que ha participado, ¿le era fácil encontrar o comprar los alimentos que incluía su dieta?

- Si
- En su mayor parte
- En menos de la mitad de los alimentos
- No era capaz de comprar o encontrar muchos de los alimentos

30. Puntúe del 1 al 10, siendo 10 la puntuación máxima, el trabajo que ha realizado el equipo:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

31. Puntúe del 1 al 10, siendo 10 la puntuación máxima, la calidad de la dieta que le ha sido asignada:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 4: Registro de datos

Registro de datos: reeducación alimentaria en depresión mayor				Paciente nº:	
Nombre		Apellidos		Edad	
Alergias alimentarias:					
Patologías previas:					
Grupo control <input type="checkbox"/>			Grupo intervención <input type="checkbox"/>		
ENTREVISTA INICIAL					
Peso (en kilogramos):		Talla (en metros):		IMC:	
Cumplimenta el registro dietético de siete días Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Puntuación HRSD:	
CONTACTO TELEFÓNICO: FALTAS DE CUMPLIMIENTO					
Fecha		Fecha		Fecha	
Fecha		Fecha		Fecha	
SESIONES GRUPALES: FALTAS DE CUMPLIMIENTO					
Fecha		Fecha		Fecha	

Registro de datos: reeducación alimentaria en depresión mayor		Paciente nº:	
ENTREVISTA DE CONTROL			
Peso (en kilogramos):	Talla (en metros):	IMC:	
Cumplimenta el registro dietético de siete días Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Puntuación HRSD:	
ENTREVISTA FINAL			
Cumplimenta el registro dietético de siete días: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cumplimenta la encuesta de satisfacción: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Observaciones:			
<p>HRSD: Escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión, en su versión de 17 ítems en español.</p> <p>En el caso de completar las casillas delimitadas para el incumplimiento del contacto telefónico y las sesiones grupales, considerar al paciente como NO adherido a la intervención.</p> <p>Para pacientes asignados al grupo control solo se rellenarán los campos pertenecientes al a entrevista inicial y a la entrevista de control.</p>			

