INFORME TÉCNICO

1. Mensaje sobre alimentación y nutrición

Los mensajes evaluados críticamente son de cuatro tipos: noticias de prensa, anuncios publicitarios, preguntas del público y mitos sobre alimentación y nutrición.

"La dieta mediterránea reduce el riesgo de padecer depresión"

Tipo de mensaje: noticia de prensa.

2. Pregunta clínica estructurada (PICO)

La correcta formulación de una pregunta es fundamental para poder buscar respuestas en la bibliografía científica. Los mitos, las preguntas del público y los mensajes de noticias y anuncios se reformulan como preguntas clínicas estructuradas PICO, que tienen en cuenta, siempre que procede, estas cuatro características: el paciente o problema de interés (P), la intervención médica que se estudia (I), la comparación con otras intervenciones (C) y el efecto o desenlace que se estudia (*outcome)* (O).

En población general, ¿seguir una dieta mediterránea reduce el riesgo de padecer depresión?

3. Identificación y selección de la evidencia científica

La respuesta a cada pregunta se busca en los estudios disponibles en las bases de datos bibliográficas, considerando en primer lugar las guías de práctica clínica o GPC (primero se busca en PubMed y, en caso de no encontrar ninguna GPC relevante, se busca después en Guidelines International Network y en otras fuentes: expertos, sociedades científicas, etc.); en segundo lugar, las revisiones sistemáticas (RS), y finalmente los estudios primarios (sólo en caso de no identificar GPC ni RS).

Fecha de búsqueda: 16/12/2018.

3.1. Guías de práctica clínica

3.1.1. PubMed

Ninguna identificada.

3.1.2. Guidelines International Network

Ninguna identificada.

3.1.3. Otras fuentes

- NICE Clinical Guideline [CG90]. Depression in adults: recognition and management, 2018. Fecha de consulta: 17.12.2018. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90
- NICE Clinical Guideline [CG28]. Depression in children and young people: identification and management, 2017. Fecha de consulta: 17.12.2018. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg28

3.2. Revisiones sistemáticas

3.2.1. PubMed

Se identifica y selecciona una revisión sistemática por ser la de más reciente publicación, calidad metodológica y variables analizadas:

- Lassale C, Batty GD, Baghdadli A, Jacka F, Sánchez-Villegas A, Kivimäki M, Akbaraly T. Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Mol Psychiatry 2018.

3.2.2. Cochrane Database of Systematic Reviews

Ninguna identificada.

3.3. Otros estudios y documentos

- NHS Choices. Eating a Mediterranean diet 'may lower your risk of depression' [26.09.2018]. Fecha de consulta [16.12.2018]. Disponible en: https://www.nhs.uk/news/food-and-diet/eating-mediterranean-diet-may-lower-your-risk-depression

4. Síntesis crítica de la evidencia científica

La calidad de la evidencia científica, también llamada confianza o certidumbre, indica el grado de certeza que tienen los resultados de los estudios científicos disponibles. Se clasifica en cuatro categorías: alta (implica que por más estudios que se hagan los resultados variarán muy poco, de modo que las conclusiones actuales se aproximan bastante a la realidad), moderada (es probable que nuevos estudios modifiquen los resultados actuales), baja (los resultados actuales pueden ser muy distintos de la realidad) y muy baja (es muy probable los resultados actuales sean muy diferentes cuando se hagan estudios adicionales). En este apartado, de cada tipo de documento seleccionado (GPC, RS o estudios primarios) se describen los aspectos clave de los estudios incluidos (objetivos, métodos, resultados principales). Así mismo, se evalúa la calidad de la evidencia científica disponible mediante el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) y la plataforma GDT (*Guideline Development Tool*). Finalmente, si se considera necesario, se incluye una tabla de resumen interactiva (*Summary of findings table*), que incluye los resultados por cada desenlace, así como la calidad de la evidencia. Para su elaboración se utiliza la aplicación en línea isof.epistemonikos.org.

Introducción

La depresión es una enfermedad frecuente. Se estima que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo[1] y que presenta una prevalencia de vida a nivel global de 7,3% en mujeres y de 4,0% en hombres.[2] Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 2018, el suicidio, la consecuencia fatal de esta enfermedad, es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.[1] Asimismo, la depresión contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad y representa 4,2% de años de vida con discapacidad.[3]

Existen tratamientos eficaces para la depresión. No obstante, existen diversos obstáculos a nivel mundial para acceder a una atención eficaz, entre ellos la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, la estigmatización de los problemas de salud mental y la evaluación incorrecta o incompleta de este problema de salud que es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos.[1]

En este sentido, las estrategias dirigidas a la identificación temprana de los factores protectores y los factores de riesgo modificables de la depresión para su oportuna prevención cobran un gran interés de investigación y de salud pública.[1,4] La dieta saludable, que según la evidencia actual contribuye a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como diferentes enfermedades crónicas y no transmisibles,[5] ha sido foco de investigación en los últimos años por su posible relación con la prevención de la depresión, así como también se ha estudiado la relación entre ingesta de nutrientes específicos tales como ácidos grasos polinsaturados, vitamina B, zinc y magnesio y función cerebral.[6-7]

Efectos de la dieta mediterránea en la depresión

El objetivo de la revisión sistemática de Lassale et al. (2018) fue estudiar la asociación entre la calidad de la dieta, medida a través de índices de dieta predefinidos, y el riesgo de depresión.[4]

Cuarenta y un estudios fueron incluidos, 20 de diseño longitudinal y 21 de diseño transversal. Los criterios de inclusión establecidos en esta revisión fueron: 1) estudios que evalúen el consumo alimentario mediante un índice o puntuación: cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (*food frequency questionnaire*), recordatorios de 24 horas, recordatorios de alimentos o historia de dieta; 2) estudios de diseño observacional que evalúen resultados de depresión clínica (valorada por el grupo de investigación, acceso a la historia clínica o auto reporte diagnóstico), síntomas depresivos (valorados por escalas y cuestionarios validados) y el uso de fármacos antidepresivos (pero solo si la variable uso de antidepresivos se presentaba en combinación con las variables depresión clínica o síntomas depresivos), y; 3) estudios realizados en población general. Se excluyeron estudios que cumplieran alguno de los siguientes criterios: 1) estudios realizados en población institucionalizada, pacientes hospitalizados o en mujeres embarazadas o en período de lactancia, y 2) estudios de intervención.

Los estudios fueron realizados en su mayoría en población sana; sin embargo, dos estudios incluyeron población con elevado riesgo de osteoartritis (uno de ellos evaluó el efecto de la dieta mediterránea y el otro el efecto de una dieta inflamatoria), y un estudio incluyó personas con antecedentes de infarto al miocardio. Cinco estudios fueron realizados en adolescentes de 12 a 18 años, y el resto de los estudios fueron en adultos. Se analizaron diferentes índices y tipos de dieta. Respecto al análisis estadístico, se realizó un metaanálisis de modelo de efectos aleatorios, en el que se combinaron los resultados de los estudios que analizaron la dieta mediante índices (variables categóricas) y se comparó el riesgo de depresión entre las personas que siguieron la dieta más saludable con el de las personas que siguieron una dieta menos saludable.

Los estudios que midieron adherencia a la dieta mediterránea utilizaron cuatro índices: Mediterranean Diet Score (MDS), relative Mediterranean Diet score (rMED), alternative Mediterranean Diet Score (aMED) y Mediterranean Style Dietary Pattern Score (MSDPS). Cuatro estudios fueron de diseño de cohorte y dos fueron estudios de diseño transversal.

Respecto a los estudios de cohorte, que incluyeron un total de 36.556 sujetos con un seguimiento de 4,4 a 12,6 años, se observó que las personas con una mayor adherencia a la dieta mediterránea presentaron una menor incidencia de depresión (Odds Ratio [OR] de 0,67; IC del 95%: 0,55-0,82). La heterogeneidad fue baja (I^2 de 33,1%; p=0,201). Respecto a los dos estudios de diseño transversal, los cuales incluyeron un total de 4.733 personas, no se observó una diferencia significativa en la prevalencia de depresión (OR de 0,67; IC del 95%: 0,35-1,24). La heterogeneidad fue moderada (I^2 de 55,8%; p=0,133). El efecto combinado de ambos tipos de estudios, cohortes y transversales, mostró resultados similares (OR de 0,69; IC del 95%: 0,59-0,82) y una heterogeneidad baja (I^2 de 34,4%; p=0,166).

Los autores reconocen un potencial riesgo de sesgo de publicación (mediante la valoración visual del gráfico de embudo [*funnel plot*]) aunque las pruebas de Begg y Egger no fueron significativas (esta información no se muestra en el artículo ni en el material suplementario). Para valorar la influencia de algunos estudios en los resultados obtenidos se realizó un análisis de sensibilidad. Primero se analizaron solo los estudios que midieron la presencia de síntomas depresivos (por cuestionario), es decir, se excluyó un estudio de cohorte que utilizó la depresión clínica como variable resultado, y se mantuvo la dirección, la magnitud del efecto

y la significación estadística de los resultados, tanto para los estudios de cohorte como para el estimador combinado de cohortes y transversales (OR de 0,68; IC del 95%: 0,53-0,86). La heterogeneidad en este caso fue moderada (I^2 de 45,1%; p=0,105). Luego se analizaron los estudios que midieron síntomas depresivos en adultos, excluyéndose un estudio de diseño transversal realizado en adolescentes, y el estimador combinado se mantuvo sin cambios (OR de 0,71; IC del 95%: 0,60-0,84), con una heterogeneidad baja (I^2 de 34,1%; p=0,180).

Respecto al potencial riesgo de sesgo de los estudios, este se considera alto debido al diseño observacional, sesgo de selección por diferencias en las definiciones y formas de medir la variable de interés (depresión clínica, síntomas depresivos) y diferentes formas de medir la variable de exposición (diferentes índices de dieta mediterránea utilizados). No se realizó un análisis por riesgo de sesgo. Existe un control inadecuado de los factores de confusión, en este sentido los estudios ajustan por variables diferentes, por ejemplo no todos los estudios incluyen ajuste por variables de interés como edad, sexo, nivel socioeconómico, índice de masa corporal o estado nutricional, presencia de comorbilidad, diagnóstico de depresión basal o uso de antidepresivos y uso de tabaco, alcohol o drogas.

La confianza en estos resultados es muy baja debido al diseño de los estudios (observacional), alto riesgo de sesgo de los estudios, diferencias en los estudios respecto a la forma de valorar la dieta (diferentes índices utilizados), diferentes formas de medir las variables resultado relacionadas con depresión (variedad de definiciones, escalas y cuestionarios) y control inadecuado de los factores de confusión. No obstante, la heterogeneidad estadística fue baja (ver Tabla resumen de los hallazgos en Anexo 1).

Efectos de otros tipos de dieta en la depresión

Otras dietas analizadas en relación con su potencial protector para la depresión o síntomas depresivos en la revisión sistemática de Lassale et al. (2018) fueron la dieta saludable (valorada según un índice basado en guías de alimentación americanas), un tipo de dieta antihipertensiva, la dieta inflamatoria, y otras dietas de calidad (en función del nivel de adherencia a diferentes guías y otras dietas valoradas como saludables por los grupos de investigación).

Dieta saludable

Los estudios incluidos utilizaron tres índices para valorar la dieta saludable: *Healthy Eating Index* (*HEI*) basado en las guías alimentarias de Estados Unidos del año 2005 (*Dietary Guidelines for Americans 2005*) y dos índices derivados del índice *Alternative Healthy Eating Index* y el *Alternative Healthy Eating Index-2010 (HEI)*. Tres estudios fueron de diseño de cohortes y tres de diseño transversal.

Respecto a los estudios de cohorte, que incluyeron un total de 45.553 sujetos con un seguimiento de 5,0 a 8,5 años, no se observó una diferencia significativa entre las personas con la mayor adherencia a la dieta saludable y las personas con la menor adherencia en la incidencia de depresión (OR de 0,76; IC del 95%: 0,57-1,02). La heterogeneidad fue importante (I^2 de 80,7%; p=0,001). Respecto a los estudios de diseño transversal, que incluyeron un total de 6.183 personas, se observó una menor prevalencia de depresión entre las personas con la mayor adherencia a una dieta saludable respecto a las personas con una menor adherencia (OR de 0,53; IC del 95%: 0,38-0,75). La heterogeneidad fue baja (I^2 de 32,1%; p=0,220). El efecto combinado de ambos tipos de estudios, cohortes y transversales, fue significativo (OR de 0,65; IC del 95%: 0,50-0,84), pero con una heterogeneidad importante (I^2 de 78,8%; p=0,000).

Existe un elevado riesgo de sesgo de publicación, gráfico de *funnel plot* y test de Egger significativo (p=0,01). Respecto al análisis de sensibilidad, al analizar solo los estudios que midieron la presencia de síntomas depresivos, el efecto para los estudios de cohortes permanece sin significancia estadística (OR de 0,74; IC del 95%: 0,47-1,18), y el estimador combinado, de los estudios de cohorte y el único estudio transversal, mantuvo la significación estadística (OR de 0,61; IC del 95%: 0,43-0,87), pero con una heterogeneidad significativa (I^2 de 80,4%; p=0,000).

Respecto al potencial riesgo de sesgo de los estudios, este se considera alto debido al diseño observacional, al sesgo de selección, sesgo de publicación, diferencias en la variable exposición (diferentes índices de dieta saludable utilizados). No se realizó un análisis por riesgo de sesgo. Existe también un control inadecuado de los factores de confusión, en este sentido los estudios ajustan por variables diferentes y no todos incluyen ajuste por variables claves.

La confianza en estos resultados es muy baja debido al diseño de los estudios (observacional), alto riesgo de sesgo de los estudios, la inconsistencia en los resultados, heterogeneidad estadística importante, la heterogeneidad en los estudios respecto de la forma de valorar la dieta, en las variables relacionadas con depresión y en el ajuste por factores de confusión incluido en los estudios.

Dieta antihipertensiva

Los estudios incluidos utilizaron el *Dietary Approaches to Stop Hypertension diet score (DASH score).* Se incluyó un estudio de cohortes y tres de diseño transversal.

Respecto al estudio de cohorte, que incluyó un total de 14.051 sujetos con un seguimiento de 8,0 años, no se observó una diferencia significativa entre las personas con la mayor puntuación en el índice DASH y las personas con la menor puntuación de este índice en la incidencia de depresión (OR de 0,89; IC del 95%: 0,60-1,31). La heterogeneidad fue sustancial (I^2 de 68,0%; p=0,025). En los tres estudios de diseño transversal, que incluyeron un total de 6.421 personas, tampoco se observó una diferencia significativa entre ambos grupos para la prevalencia de depresión (OR de 0,93; IC del 95%: 0,72-1,21). La heterogeneidad fue baja (I^2 de 35,1%; p=0,202). El efecto combinado de ambos tipos de estudios, cohortes y transversales, tampoco fue significativo.

Existe un riesgo, aunque no significativo, de sesgo de publicación (gráfico de *funnel plot*), no obstante, las pruebas correspondientes resultaron no significativas (datos no mostrados). Respecto al análisis de sensibilidad, se analizaron los estudios que midieron síntomas depresivos en adultos, excluyéndose un estudio de diseño transversal en adolescentes, y el estimador combinado, de los estudios de cohorte y el estudio transversal, se mantuvo sin significación estadística.

Respecto al potencial riesgo de sesgo de los estudios, este se considera alto debido al diseño observacional y al sesgo de selección. No se realizó un análisis por riesgo de sesgo. Los estudios ajustan por variables diferentes y no todos incluyen ajuste por variables claves.

La confianza en estos resultados es muy baja debido al diseño de los estudios (observacional), alto riesgo de sesgo de los estudios, la heterogeneidad en los estudios

respecto de la forma de valorar la dieta, en las variables relacionadas con depresión, en las variables confusoras incluidas entre los estudios y heterogeneidad estadística importante.

Dieta inflamatoria

Los estudios incluidos utilizaron el *Dietary Inflammatory Index* que, mediante 45 parámetros alimentarios, valora la dieta según sus efectos inflamatorios. Cinco estudios fueron de diseño de cohortes y cuatro de diseño transversal.

En los estudios de cohorte, se incluyeron un total de 32.908 sujetos con un seguimiento de 5,0 a 12,6 años. En ambos tipos de estudio, de cohorte y transversales, se observó que las personas con una dieta menos inflamatoria presentaron un menor riesgo o prevalencia de depresión respecto de las personas con una dieta más inflamatoria (Hazard Ratio [HR] de 0,76; IC del 95%: 0,63-0,92 y OR de 0,64; IC del 95%: 0,45-0,91, respectivamente). La heterogeneidad fue sustancial tanto para los estudios longitudinales (I^2 de 55,3%; p=0,037) como para los estudios transversales (I^2 de 69,0; p=0,006). El efecto combinado de ambos tipos de estudios, cohortes y transversales, fue también significativo (OR de 0,71 IC del 95%: 0,60-0,84), pero con una heterogeneidad sustancial (I^2 de 62,1%; p=0,002).

Existe un riesgo, aunque no significativo, de sesgo de publicación (gráfico de *funnel plot*), no obstante, las pruebas correspondientes resultaron no significativas (datos no mostrados). Respecto del análisis de sensibilidad, al analizar solo los estudios que midieron la presencia de síntomas depresivos, se mantuvo el efecto de los resultados, tanto para los estudios de cohorte como para el estimador combinado (OR de 0,71; IC del 95%: 0,58-0,86), pero con heterogeneidad sustancial(I^2 de 64,5%; p=0,001). Después de analizar solo los estudios que midieron síntomas depresivos en adultos, el estimador combinado se mantuvo sin cambios (OR de 0,73; IC del 95%: 0,62-0,86) y con heterogeneidad también sustancial (I^2 de 60,6%; p=0,003).

Respecto al potencial riesgo de sesgo de los estudios, este se considera alto debido al diseño observacional y al sesgo de selección. No se realizó un análisis por riesgo de sesgo. Los estudios ajustan por variables diferentes y no todos incluyen ajuste por variables claves.

La confianza en estos resultados es muy baja debido al diseño de los estudios (observacional), alto riesgo de sesgo de los estudios, la heterogeneidad estadística sustancial, la heterogeneidad en los estudios respecto de la forma de valorar la dieta, tanto en las variables relacionadas con depresión como en las variables confusoras incluidas en los estudios.

Adherencia a otras dietas de calidad

Trece estudios analizaron diversos índices alimentarios relacionados con la adherencia a: guías nacionales de alimentación (Francia, Australia, Holanda y Japón), la Asociación Americana de Cardiología (American Heart Association), dietas provegetarianas y otros índices que valoran la calidad de la dieta. Siete estudios fueron de diseño de cohortes e incluyeron entre 1.233 y 26.225 sujetos, con un seguimiento de 5,0 a 13,5 años. Seis estudios fueron de diseño transversal e incluyeron entre 437 y 20.093 sujetos. Debido a la heterogeneidad de índices y dietas medidas, no se calculó un estimador combinado para todos los resultados. Los autores mencionan que existe una tendencia en los resultados a una asociación inversa entre la calidad de la dieta y depresión. No obstante, se observa heterogeneidad en los resultados y no todos muestran una clara asociación significativa.

Además de lo comentado anteriormente, los autores también reconocen otras limitaciones: estudios realizados en su mayoría en países de ingreso elevado (Australia, Francia, Grecia, Irlanda, Japón, Netherlands, Noruega, Reino Unido, Estados Unidos y España), y algunos de ellos en población con problemas de salud crónicos, hechos que dificultan la extrapolación de los resultados.

La web NHS Choices Eat Well, que presenta las recomendaciones de la Asociación de Dietistas del Reino Unido (British Dietetic Association), reconoce los resultados obtenidos a partir de la revisión sistemática de Lassale et al en el sentido de sugerir que el seguimiento de una dieta mediterránea podría reducir el riesgo de depresión. No obstante, admite que debido a las limitaciones de los estudios incluidos no es posible asegurar la asociación entre dieta mediterránea y depresión. Advierte también que las personas que padecen depresión podrían presentar dificultades para seguir una dieta saludable a consecuencia de la propia enfermedad, y por el contrario las personas que mantienen un patrón de dieta saludable podrían también escoger otros estilos de vida saludable, como el practicar deporte, que a su

vez podría actuar también como un factor protector ante la depresión. No todos los estudios incluidos en la revisión han tenido en cuenta estos hechos. Finalmente recomienda escoger estilos de vida saludables, dentro de los cuales se encuentra seguir una dieta saludable, no fumar, realizar actividad física y restringir el consumo de alcohol, factores todos ellos que podrían contribuir a un buen estado de salud físico y mental.[8]

Se identificaron y revisaron las dos guías clínicas relacionadas con el diagnóstico y manejo de la depresión del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido. La primera está dirigida a adultos, fue actualizada en abril del 2018 y no realiza recomendaciones específicas sobre la dieta en las personas que padecen depresión.[9] La segunda, para niños y adolescentes, actualizada en agosto del 2017, menciona de forma general que a un niño o adolescente con depresión se le debe ofrecer consejos acerca de los beneficios de una dieta balanceada.[10]

5. Conclusión

El mensaje "Una dieta saludable reduce el riesgo de padecer depresión" es:

( ) Cierto

( ) Probablemente cierto

( ) Posiblemente cierto

( ) Posiblemente falso

( ) Probablemente falso

( ) Falso

(x) Incierto / dudoso

6. Justificación

Para justificar la conclusión sobre el mensaje analizado, se valora la calidad global de la evidencia, es decir, después de realizar la valoración de la calidad de la evidencia para cada desenlace individual, se realiza una valoración conjunta de la misma. Esta valoración global expresa la confianza general que tenemos en los efectos o desenlaces de interés y corresponde al menor nivel de confianza de los desenlaces clave. Por ejemplo, si para responder una pregunta tenemos tres desenlaces clave, dos de ellos con una calidad alta y otro de con calidad moderada, la calidad global de la evidencia será valorada como moderada. Además de valorar la confianza de los resultados, también se considera el balance entre beneficios y riesgos. En este contexto, se consideran las diferencias que hay entre los estimadores del efecto de los desenlaces estudiados, así como su importancia relativa. Así, si existe una gran diferencia entre los beneficios (p.ej., disminución de mortalidad) y los riesgos (p.ej., efectos adversos), es más probable responder como "falso" o "cierto"; si la diferencia es pequeña, es más probable responder como "probablemente falso" o "probablemente cierto", y en el caso de no tener un balance ajustado entre beneficios y riesgos, y/o no hay estudios, es más probable responder como "incierto".

En relación con el mensaje "Una dieta saludable reduce el riesgo de padecer depresión", existe actualmente una amplia disponibilidad de evidencias, obtenidas en un número importante de estudios y sujetos. No obstante, estos estudios presentan importantes limitaciones metodológicas, debido principalmente al diseño observacional de los estudios, por lo que no es posible extraer conclusiones. La respuesta es, por tanto, incierta.

Esto es así porque, aunque las evidencias muestran que un elevado cumplimiento de la dieta mediterránea podría asociarse con un menor riesgo de padecer depresión y una menor prevalencia de esta enfermedad, la confianza en estos resultados es muy baja debido al elevado riesgo de sesgo de los estudios, la heterogeneidad en los estudios respecto de: la forma de valorar la dieta (diferentes índices utilizados), las diferentes formas de medir las variables resultado relacionadas con depresión y síntomas depresivos (variedad de escalas y cuestionarios) y la heterogeneidad en las variables confusoras presentes en los estudios.

De manera similar, la confianza para los otros tipos de dieta analizadas y el riesgo de depresión y prevalencia de la enfermedad es muy baja. Esto es debido al diseño de los estudios (observacionales), la heterogeneidad, las limitaciones metodológicas, la imprecisión y la inconsistencia de los resultados. Así mismo, los estudios incluidos fueron en su mayoría realizados en países de ingresos elevados y, en algunos de ellos, con población con problemas de salud crónicos, lo cual dificulta la extrapolación de los resultados a la población general sana y a países de ingresos medios y bajos.

Las principales guías clínicas acerca del manejo de la depresión no incluyen dentro de sus recomendaciones el seguimiento de un tipo específico de dieta. A su vez, la OMS e instituciones como la Asociación de Dietistas del Reino Unido recomiendan escoger estilos de vida saludables, incluyendo no fumar, realizar actividad física, seguir un patrón de dieta saludable y restringir el consumo de alcohol, factores que podrían contribuir a un buen estado de salud físico y mental.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión, nota descriptiva [22.03.2018]. Fecha de consulta [16.12.2018]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. Int J Epidemiol. 2014;43(2):476-93.

2. Disease GBD, Injury I, Prevalence C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017;390:1211–59.

3. Lassale C, Batty GD, Baghdadli A, Jacka F, Sánchez-Villegas A, Kivimäki M, Akbaraly T. Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Mol Psychiatry 2018.

4. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana, nota descriptiva [31.08.2018]. Fecha de consulta [16.12.2018]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet

5. Akbaraly TN, Brunner EJ, Ferrie JE, Marmot MG, Kivimaki M, Singh-Manoux A. Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. Br J Psychiatry. 2009;195:408–13.

6. Bloch MH, Hannestad J. Omega-3 fatty acids for the treatment of depression: systematic review and meta-analysis. Mol Psychiatry. 2012;17:1272–82.

7. NHS Choices. Eating a Mediterranean diet 'may lower your risk of depression' [26.09.2018]. Fecha de consulta [16.12.2018]. Disponible en: https://www.nhs.uk/news/food-and-diet/eating-mediterranean-diet-may-lower-your-risk-depression

8. NICE Clinical Guideline [CG90]. Depression in adults: recognition and management, 2018. Fecha de consulta [17.12.2018]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90

9. NICE Clinical Guideline [CG28]. Depression in children and young people: identification and management, 2017. Fecha de consulta [17.12.2018]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg28

10. Sánchez-Villegas A, Henríquez-Sánchez P, Ruiz-Canela M, Lahortiga F, Molero P, Toledo E, Martínez-González MA. A longitudinal analysis of diet quality scores and the risk of incident depression in the SUN Project. BMC Med. 2015;13:197.

Autor
Darío López Gallegos (Metodologia, Qualitat i Avaluació Assistencial, Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya).

Revisores
Pablo Alonso-Coello (Centro Cochrane Iberoamericano) y Gonzalo Casino (Universidad Pompeu Fabra).

Fecha: 11/01/2019.

ANEXO 1. Tabla de resumen de los hallazgos

Autor(es): Darío López Gallegos
Fecha: 11/01/2018
Pregunta: En población general, ¿seguir una dieta mediterránea reduce el riesgo de padecer depresión?
Bibliografía: Lassale C, Batty GD, Baghdadli A, Jacka F, Sánchez-Villegas A, Kivimäki M, Akbaraly T. Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Mol Psychiatry 2018.[4]

Certeza							Número de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	**Diseño de estudio**	**Riesgo de sesgo**	**Inconsistencia**	**Evidencia indirecta**	**Imprecisión**	**Otras consideraciones**	**Con dieta mediterránea**	**Sin dieta mediterránea**	**Relativo (95% CI)**	**Absoluto (95% CI)**		
Depresión (evaluado mediante valoración profesional, acceso a la historia clínica o autorreporte diagnóstico)/ síntomas depresivos (valorado mediante escalas y cuestionarios validados). Seguimiento mínimo de 4,4, máximo de 12,6 años en los estudios de cohortes.												
6	estudios observacionales [a]	serio [b]	no es seria [c]	no es seria	no es seria [d]	ninguna	62 por 1.000	88 por 1.000 [e]	**OR 0,69** (0,59 a 0,82)	**26 menos por 1.000** [e] (de 15 menos a 34 menos)	⊕◯◯◯ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; **OR:** Odds ratio
a. Estudios de cohortes (n=4) y transversales (n=2).
b. El riesgo de sesgo es serio debido al diseño observacional, al sesgo de selección, control inadecuado de los factores de confusión.
c. Heterogeneidad baja (I^2 de 34,4%; p=0,166) e intervalos de confianza de los estudios se superponen entre sí.
d. Intervalos de confianza relativamente estrechos y número de participantes elevado (41.289).
e. Riesgo basal obtenido a partir de los datos del estudio de Sánchez Villegas 2015 realizado en población española (Sánchez-Villegas A, Henríquez-Sánchez P, Ruiz-Canela M, Lahortiga F, Molero P, Toledo E, et al. A longitudinal analysis of diet quality scores and the risk of incident depression in the SUN Project. BMC Med. 2015; 13:197).[1]