

Hábitos alimentarios de un colectivo de ancianos no institucionalizados. Diferencias en función de su estado afectivo

Marta Faci¹

Beatriz Navia¹

José M. Perea

Sánchez¹

Francisco Robles

Agudo²

Ana M. López

Sobaler¹

Rosa M. Ortega Anta¹

¹Departamento de Nutrición
Facultad de Farmacia
Universidad Complutense de Madrid

²Servicio de Geriátría,
Hospital de Cantoblanco-Gregorio Marañón

Resumen

Objetivo: Se han estudiado los hábitos alimentarios de un colectivo de 168 ancianos de vida independiente (que acuden a diversos centros de día en Madrid, para pasar parte de su jornada), para analizar las diferencias existentes en función de su situación afectiva.

Métodos: El estudio dietético se ha llevado a cabo mediante un cuestionario de "Registro de Consumo de Alimentos", durante 7 días, además de la técnica de "Pesada Precisa Individual" (5 días), para controlar los alimentos consumidos a la hora del almuerzo, en el comedor del centro. Para valorar la situación afectiva se aplicó la Geriatric Depression scale of Yesavage (GDS), validada para la población española.

Resultados: Los ancianos con síntomas depresivos (GDS>10) consumieron menos pescados ($p<0.01$) y más alimentos del grupo de "varios" ($p<0.001$), manteniéndose la significación incluso después de eliminar la influencia de la edad. Además, las relaciones encontradas entre los resultados obtenidos en el test y algunos parámetros dietéticos, indican una mayor tendencia a sufrir trastornos depresivos al disminuir el consumo de ácidos grasos mono y poliinsaturados y de ciertas vitaminas y minerales, y aumentar el aporte de los ácidos grasos saturados.

Conclusión: Se plantea la posibilidad de que el seguimiento de dietas más inadecuadas se relacione con una mayor probabilidad de padecer este tipo de trastornos, aunque también la depresión podría condicionar los hábitos alimentarios (que podrían ser más inadecuados y perjudicar a largo plazo la salud).

Palabras clave: Ancianos. Hábitos alimentarios. Depresión. Ácidos grasos. Vitaminas. Minerales

Summary

Objective: The aim of the study was to study the food habits of a group of 168 free-living elderly who attend different day-care centers in Madrid (where they spent some hours each day), and to analyze the differences depending on their affective function.

Methods: The dietetic study was performed using a "Food Record Questionnaire", during 7 days, and a "Precise Weight Technique" (during the 5 labouring days), for those foods consumed during the lunch at the day-care center.

The affective function was evaluated with the Geriatric Depression Scale of Yesavage (GDS), translate and validated for the Spanish population.

Results: Those elders with depression symptoms (GDS>10) consumed less fish ($p<0.01$) and more foods of the group of "various" ($p<0.001$), even when the influence of the age was eliminated. Furthermore, the relationships found between the functional results and some dietetic parameters, indicate a highest score in the depression symptoms with the lowest consumption of monounsaturated and polyunsaturated fatty acids and certain vitamins and minerals, and with the higher increase in saturated fatty acids.

Conclusions: It's probable that the follow-up of less adequate diets is related to a greater probability of suffering this type of disorders, though also the depression would condition the food habits of those elders, so their diets would be less adequate and damage their future health.

Key words: Elderly. Food habits. Depression- Fatty acids. Vitamins. Minerals.

Introducción

La sintomatología depresiva es un hallazgo común en la población anciana. Se trata de una serie de trastornos que pueden llegar a producir un enorme sufrimiento y han sido asociados a una peor calidad de vida, un incremento en el padecimiento de enfermedades físicas e incapacidades y una muerte prematura¹.

Al igual que en otras enfermedades que afectan al sistema nervioso (demencias, enfermedad de Alzheimer...), la nutrición va a jugar un papel importante en el origen y/o evolución de los trastornos afectivos². De hecho, se ha demostrado una relación directa o indirecta de numerosos nutrientes en este tipo de enfermedades³. En concreto, se ha sugerido la implicación de ciertas vitaminas del complejo B, fundamentalmente el ácido fólico y la cianocobalamina, en el mantenimiento de la integridad del sistema neurológico implicado en la regula-

Correspondencia:
Marta Faci Vega
Departamento de Nutrición
y Bromatología I (Nutrición)
Facultad de Farmacia
Avda. Complutense s/n
28040 Madrid
e-mail: mfaciv@yahoo.es

ción del estado afectivo^{4,5}. Asimismo, los bajos niveles de vitaminas antioxidantes (A, C, E) se han relacionado con una mayor prevalencia de estos trastornos⁶.

Por todo ello, el objetivo de este trabajo ha sido el estudiar la relación nutrición-depresión en un colectivo de ancianos no institucionalizados, con el fin de descubrir cuáles son las pautas dietéticas más recomendables para evitar la aparición de trastornos depresivos y/o su evolución, y cuáles los desequilibrios más frecuentes en este tipo de pacientes.

Material y métodos

Material

Se ha valorado la situación nutricional y la capacidad afectiva de un colectivo de 168 ancianos de ambos sexos (varones: 59; mujeres: 109), de 65 años o más que viven en la Comunidad de Madrid. Los ancianos fueron seleccionados por el Excmo. Ayuntamiento de Madrid a partir de diversos centros de día, en los cuales estos mayores no institucionalizados pasaban parte de su jornada. El protocolo del estudio fue aprobado por el *Comité de Investigación de la Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid*.

Los criterios de inclusión fueron que los ancianos no padeciesen enfermedades que pudieran afectar a su ingesta (neoplasias, enfermedades hepáticas, renales, diabetes), que no tomaran medicamentos que pudieran modificar el apetito ni estuvieran intentando ganar o perder peso, y que no mostraran deterioro cognitivo manifiesto.

Métodos

Estudio dietético

El control de los alimentos ingeridos se realizó mediante el empleo de un "Registro de Consumo de alimentos", durante 7 días consecutivos. Los ancianos debían anotar en dicho cuestionario, indicando el peso si era posible, o utilizando medidas caseras, todos los alimentos y bebidas consumidas, tanto dentro como fuera del hogar.

Durante el almuerzo de 5 de los días, en los que se realizó el estudio (única comida que los ancianos realizaron en el comedor del centro) se aplicó un método de "Pesada Precisa Individual", en el que primeramente se pesaron todos los ingredientes empleados en la preparación de las comidas, la ración

consumida y los desperdicios que quedaron posteriormente en los platos.

Para todos los alimentos ingeridos, por cada anciano, se calculó el contenido en energía y nutrientes utilizando las Tablas de Composición de Alimentos del Instituto de Nutrición⁷. Para los alimentos/nutrientes no incluidos en estas Tablas, se utilizaron las de Souci *et al.* (1995)⁸ y las de Moreiras *et al.* (2001)⁹.

El cálculo de las Ingestas recomendadas (IR) se llevó a cabo mediante el empleo de las Tablas de Ingestas Recomendadas de Energía y Nutrientes para la población española, teniendo en cuenta la edad y sexo de los ancianos objeto de estudio¹⁰.

Finalmente, la comparación de las ingestas reales con las IR permite enjuiciar si la dieta es adecuada o no en los nutrientes analizados.

Estudio de la capacidad afectiva

La valoración de la capacidad afectiva se realizó utilizando la Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage¹¹, validada por Olea *et al.*¹² y Pérez *et al.*¹³, que es una de las más adecuadas para la evaluación de la depresión en las personas de edad avanzada, ya que es una prueba desarrollada específicamente para este colectivo. Consta de 30 preguntas con dos categorías de respuestas (verdadero/falso; si/no). Se puntúa de 0 a 30 y se considera 10 o menos como normal.

Estudio estadístico

Todos los valores se presentaron como valores medios y desviación típica. Las diferencias en los parámetros dietéticos, teniendo en cuenta el sexo y los resultados obtenidos en la Escala de Depresión de Yesavage (GDS), se establecen mediante análisis de varianza de dos vías. Además, se ha utilizado un análisis de covarianza, para eliminar la influencia de la edad, ya que se encontró una diferencia significativa en esta variable, al dividir el colectivo en función de que la puntuación obtenida en el test fuera o no adecuada. Se consideraron significativas las diferencias con $p < 0,05$ y casi significativas aquellas con $p < 0,1$.

Resultados

Los resultados de la prueba de depresión en el colectivo estudiado se recogen en la Figura 1. La puntuación media obtenida en dicha prueba fue de $9,1 \pm 5,7$, observándose una diferencia significativa en función del sexo (varones: $7,4 \pm 5,3$; mujeres: $9,9 \pm 5,7$) ($p < 0,01$). No se han encontrado, sin embargo, di-

Tabla 1.
Consumo de alimentos.
Diferencias en función de
los resultados obtenidos
en la Escala de Depresión
Geriatrica (GDS) y del
sexo (g/día) (X±DS)

		GDS≤10		GDS>10		COV
		Varones n = 43	Mujeres n = 62	Varones n = 16	Mujeres n = 47	
Gramos totales	S	1662±390	1539±330	1655±316	1421±331	NS
Gramos comestibles	S	1473±337	1364±287	1493±311	1282±289	NS
Cereales	S	201,6±95,9	116,8±60,7	183,3±76,1	115,8±60,0	NS
Lácteos		330,0±187,4	334,9±134,7	343,4±190,6	344,3±127,5	NS
Huevos		20,1±19,0	24,5±18,4	28,4±26,8	28,6±20,5	NP
Azúcares	So	9,9±10,8	7,4±13,9	11,0±15,4	5,1±6,6	NS
Aceites	S	26,6±13,3	25,5±13,1	29,8±12,4	21,1±11,6	NS
Verduras		233,1±104,3	255,6±138,0	234,8±110,3	221,2±98,9	NS
Legumbres	⊗	18,2±14,4	20,0±19,8	28,2±35,2	16,4±10,9	NS
Frutas		389,3±206,8	391,1±216,9	411,4±212,4	330,0±203,2	NS
Carnes		137,2±67,5	131,4±69,0	101,5±59,8	125,5±69,9	NS
Pescados	G	118,0±78,8	100,8±64,8	82,4±82,7	64,9±51,0	P<0.01
Bebidas sin alcohol	S	62,9±151,9	99,7±120,9	96,1±128,4	94,6±88,6	NS
Bebidas alcohólicas		85,4±137,5	9,9±23,0	53,6±87,9	7,0±19,1	NS
Varios	G	21,8±37,7	15,9±23,7	42,6±50,8	38,2±38,9	P<0.001
Precocinados		7,9±14,6	9,0±17,6	9,0±11,5	8,9±20,8	NS

G (Diferencia en función de los resultados obtenidos en el GDS); **S** (Diferencia obtenida en función del sexo); **⊗** Interacción entre resultados del test y el sexo (P<0.05), **o** p<0.1 (casi significativo) por aplicación de ANOVA; COV: Analisis de Covarianza ajustando en función de la edad (NS: No significativo, NP: No paralelo)

ferencias significativas en este parámetro en función de la edad.

Los ancianos con mejores resultados en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS≤10) presentaron un mayor consumo total de alimentos, de cereales y pescados, si bien sólo se encontraron diferencias significativas para estos últimos. Asimismo, tuvieron ingestas significativamente inferiores de los alimentos del grupo de "varios" (Tabla 1).

En el colectivo estudiado se han encontrado algunas relaciones significativas entre las puntuaciones obtenidas en el test de depresión y algunos parámetros dietéticos relacionados con la ingesta grasa o con el consumo de micronutrientes (Tabla 2).

Discusión

El resultado de la prueba de depresión en el colectivo de ancianos estudiado fue superior al encontrado por otros autores^{14,15} lo que significa que una mayor porcentaje de ancianos padece o se encuentra próximo al padecimiento de depresión (Figura 1).

Al dividir el colectivo en función del sexo, se ha observado que las mujeres presentaron valores significativamente superiores que los varones (Figura 1). Este hecho ha sido también indicado por otros autores que han indicado una mayor prevalencia de síntomas depresivos en el sexo femenino^{16,17}.

Respecto a la edad, se ha encontrado que los ancianos más jóvenes (<70 años) presentaron valores inferiores en esta prueba (8,4±5,4) que los de edades superiores (≥70 años) (9,5±5,6) (Figura 1), coincidiendo este dato con la correlación existente entre la puntuación obtenida en esta escala y dicha variable (r=0,1929; p<0,05). Tal y como se ha observado en nuestro estudio, otros autores han indicado un aumento de los síntomas depresivos en las personas mayores, conformen envejecen¹⁸.

Por otro lado, numerosos autores han estudiado la importancia de una correcta alimentación en el origen y evolución de los trastornos depresivos². En concreto se ha señalado la existencia de una relación entre aumento en el consumo de pescado y menor prevalencia de esta enfermedad¹⁹. En este sentido, en el colectivo estudiado se ha encontrado que los ancianos que no presentaron depresión (GDS Yesavage≤10) tuvieron ingestas de este grupo de alimentos significativamente superiores (varones: 118,0±78,8 g/día; mujeres: 100,8±64,8 g/día), respecto a los que padecieron esta enfermedad (GDS Yesavage>10) (varones: 82,4±82,7 g/día; mujeres: 64,9±51,0 g/día) (p<0,01), manteniéndose dicha significación tras considerar la influencia de la edad (Tabla 1). Estos resultados pueden ser debidos al alto contenido en ácido docosahexaenoico (DHA) que presenta este tipo de alimentos²⁰, ya que se ha demostrado que los ácidos grasos poliinsaturados ω-3 actúan como agentes protectores frente al desarrollo de los trastornos depresivos²¹⁻²³.

Además, también se ha observado que los ancianos con peores resultados en la escala de depresión (GDS Yesavage >10) consumieron mayores cantidades de alimentos del grupo de varios (fundamentalmente chocolate, pastas de té y pasteles), que el resto (GDS ≤ 10) ($p < 0,01$) ($p < 0,001$, al considerarse la influencia de la edad) (Tabla 1). En relación a este tema, algunos autores han indicado que las personas con síntomas depresivos presentan una mayor tendencia al consumo de chocolates y dulces en general, como reflejo de deficiencias neuroquímicas en el cerebro (disminución de la serotonina cerebral). Al comer este tipo de alimentos, se activan reacciones que incrementan los niveles de serotonina mejorando transitoriamente el estado de ánimo y la conducta²⁴.

Por otra parte, algunos investigadores han sugerido que una de las causas de la creciente prevalencia de los trastornos depresivos en las sociedades occidentales son los cambios producidos en los hábitos alimentarios, fundamentalmente aquéllos relacionados con la ingesta grasa. En concreto, se ha observado que en las últimas décadas se ha producido un notable aumento del consumo de ácidos grasos saturados y aceites vegetales (ricos en ácido linoleico), a expensas de un detrimento en el consumo de ácidos grasos monoinsaturados y alimentos ricos en ácido linoléico (como los pescados)²⁵. En el colectivo estudiado se constata que la puntuación de la escala GDS aumenta, indicando una mayor tendencia a los trastornos depresivos, conforme se incrementa el aporte de AGS, y/o disminuye el consumo de AGM y AGP (Tabla 2).

Además, en lo que se refiere a la posible influencia del consumo de vitaminas y minerales en los síntomas depresivos, algunos autores han indicado que un estado deficitario general en estos micronutrientes se relaciona con una mayor prevalencia de depresión²⁶. De hecho, en nuestra población se han encontrado asociaciones negativas entre la ingesta de tiamina, niacina y hierro, indicando un aumento de los síntomas depresivos conforme empeora la situación dietética de dichos micronutrientes (Tabla 2).

Conclusiones

Los datos obtenidos en el colectivo estudiado confirman la importancia de la alimentación en la incidencia y la prevalencia de los trastornos depresivos. En concreto, los ancianos con síntomas depresivos presentan dietas más inadecuadas, con mayor contenido en grasa, fundamentalmente saturada, y un con-

	Valores de r
Parámetros relacionados con la ingesta de ácidos grasos:	
Acidos grasos monoinsaturados	- 0,1731*
Acidos grasos poliinsaturados	- 0,1594**
Acidos grasos saturados	0,1683 *
Parámetros relacionados con la ingesta de micronutrientes:	
Tiamina	- 0,1679*
Niacina	- 0,1708 *
Hierro	- 0,1548 °

* $p < 0,05$; ** $p < 0,1$

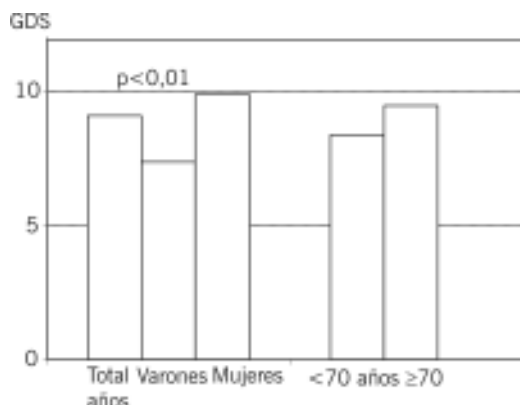


Tabla 2. Coeficientes de correlación significativos encontrados entre los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica y algunos parámetros dietéticos

Figura 1. Resultados de la escala de Depresión Geriátrica (GDS). Diferencias en función del sexo y la edad

sumo insuficiente de alimentos como los pescados (ricos en ácidos grasos poliinsaturados ω -3 y de diversos micronutrientes).

Bibliografía

1. Agüera LF, Hernán I. Psiquiatría geriátrica. In: Barcia D, ed. *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Arán, 2000;889-906.
2. Mago R, Bilker W, Ten-Have T, et al. Clinical laboratory measures in relation to depression, disability, and cognitive impairment in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8:327-32.
3. Wahlquist ML, Savige GS. Interventions aimed at dietary and lifestyle changes to promote healthy aging. *Eur J Clin Nutr* 2000;54:S148-S156.
4. Abalan F. Primer in folic acid: folates and neuropsychiatry. *Nutr* 1999;15:595-8.
5. Penninx B, Guralnik JM, Ferrucci L, Fried LP, Allen RH, Stabler SP. Vitamin B12 deficiency and depression in physically disabled older women: Epidemiologic

- evidence from the women's health and aging study. *Am J Psychiatr* 2000;157:715-21.
6. Maes M, Van der Vyvere J, Vandoolaeghe E, et al. Alterations in iron metabolism and the erythron in major depression: Further evidence for a chronic inflammatory process. *J Affect Disord* 1996;40:23-33.
 7. Instituto de Nutrición (CSIC). *Tablas de Composición de alimentos*. Madrid, 1994.
 8. Souci SW, Fachmenn W, Krauth H. *Food composition and nutrition tables 1989-1990*. 4th Revised and completed edition. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1995.
 9. Moreiras O, Carbajal A, Cabrera ML, Cuadrado C. *Tablas de composición de alimentos*. Madrid: Pirámide eds, 2001.
 10. Departamento de Nutrición. *Ingestas de Energía y Nutrientes Recomendadas para la población española*. Universidad Complutense. Madrid, 1994.
 11. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17:37-49.
 12. Olea MJ, Montero I, Prieto JF. Avance sobre la validación de una escala para el despistaje de la depresión en la población geriátrica española (Geriatric Depression scale de Yesavage). *Jornadas Internacionales de la Sociedad Castellano-Leonesa de Geriátrica y Gerontología*. Ciudad Rodrigo. Octubre de 1988.
 13. Pérez E, González MA, Moraleda P, Szuker S, González JA. La geriatric Depression Escala (GDS) como instrumento para la evaluación de la depresión: bases de la misma. Modificaciones introducidas y adaptación a la realidad psicogeriatrica española. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990;25:173-80.
 14. Jiménez AV. La situación en folatos y cianocobalamina como condicionante de la capacidad funcional, mental y afectiva de un colectivo de personas de edad avanzada. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia. UCM. Madrid, 1997.
 15. Ortega RM, Requejo AM, Andrés P, et al. Dietary intake and cognitive function in a group of elderly people. *Am J Clin Nutr* 1997;66:803-9.
 16. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001;158:1091-8.
 17. Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM. Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychol Med* 2001;31:593-604.
 18. Mirowsky J, Ross CE. Age and the effect of economic hardship on depression. *J Health Soc Behav* 2001; 42:132-50.
 19. Bosch X. Fish consumption and depression. *Lancet* 1998;352(9121):71-2.
 20. Horrocks LA, Yeo YK. Health effects of docosahexaenoic acid (DHA). *Pharmacol Res* 1999;40(3):211-25.
 21. Bruinsma KA. The association between essential fatty acid intake, body self image, and depression among women (thesis). University of Arizona, 1999.
 22. Hibbeln JR, Umhau JC, George DT, Salem N. Do plasma polyunsaturates predict hostility and depression?. *World Rev Nutr Diet* 1997;82:175-86.
 23. Hibbeln JR. Fish consumption and major depression. *Lancet* 1998;351:1213.
 24. Wurtman RJ, Wurtman JJ. Brain serotonin, carbohydrate-craving, obesity and depression. *Obes Res* 1995; 3:477S-80S.
 25. Adams PB. Arachidonic acid to eicosapentaenoic acid ratio in blood correlates positively with clinical symptoms of depression. *Lipids* 1996;31:S157-S61.
 26. Benton D, Donohoe RT. The effects of nutrients on mood. *Public Health Nutr* 1999;2(3A):403-9.

