

Historia natural de la depresión

Natural history of depression

Nicanor Mori^A, July Caballero^B

RESUMEN

La depresión es un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia, impacto en la calidad de vida, la marcada discapacidad que produce y el incremento en el uso de los servicios de salud. Además la depresión tiene la particularidad de afectar en forma negativa la salud del paciente y aumenta el riesgo de intento de suicidio. La presente revisión tratará aspectos epidemiológicos, la edad de inicio de la enfermedad, curso o historia natural de la enfermedad, pronóstico y mortalidad.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Historia natural, Epidemiología.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud pública y un predictor importante de discapacidad funcional y mortalidad, con consecuencias económicas anuales estimadas en 118 billones de euros en Europa y de 83 mil millones de dólares en los EE.UU.

Esta enfermedad contribuye a una disminución en la calidad de vida, disminución funcional, discapacidad marcada y un incremento en la utilización de servicios así como incremento en la mortalidad por comorbilidad con otras condiciones médicas.

La importancia de la revisión de la historia natural de la enfermedad es que nos aproxima a un mejor entendimiento de esta patología abordando diferentes aspectos de la misma. Aquí se revisarán los estudios de prevalencia, para luego abordar la edad de inicio de la enfermedad, el curso de la depresión, el pronóstico y finalmente el impacto de la depresión en la mortalidad de los pacientes que la padecen.

Prevalencia

La depresión es un problema mayor de salud pública asociada a un aumento de discapacidad funcional y mortalidad.¹ En estudios realizados en comunidad, la depresión mayor definida de acuerdo a los criterios del DSM-IV, tiene una prevalencia puntual de aproximadamente 8 a 10% en mujeres y 3 a 5% en varones, y una prevalencia de vida de aproximadamente el doble de la prevalencia puntual.² La tendencia de aumento en la prevalencia fue ilustrada al compararse prevalencias en EE.UU. de los años 1991–1992 y 2001–2002, observándose que un incremento de 3.33% a 7.06% en las tasas de depresión mayor en adultos americanos. Este incremento fue estadísticamente significativo para las personas de raza blanca, negros e hispanos y en todos los grupos etarios, postulándose como causa probable el uso concomitante de sustancias prohibidas.³

La prevalencia de los trastornos depresivos es similar en los países occidentales y menor en países del lejano oriente, con tasas que

oscilan entre 4 a 20%.⁴ Esto puede reflejar la verdadera variación en los determinantes de la depresión debido a factores culturales o genéticos, sesgos de selección de muestras, tasas de respuesta a la encuesta, características metodológicas de las encuestas, y problemas con la portabilidad cultural de los criterios diagnósticos del DSM-IV.⁵

Al igual que el género, la raza aparentemente juega un papel importante en la prevalencia de depresión, es así que un estudio en EEUU reveló, que la prevalencia de vida para episodio depresivo fue de 17.9% en gente de raza blanca, de 12.9% en los negros caribeños, y 10.4% en los afroamericanos; sin embargo, la depresión mayor era más crónica y se asociaba a mayor deterioro funcional, tanto en los afroamericanos y los negros del Caribe, en comparación con los blancos.⁶

Con respecto a la edad, al realizarse estudios en la comunidad se ha observado que la depresión mayor es menos común en adultos mayores que en jóvenes con una tasa de aproximadamente 1 al 2%,⁷ aunque otros estudios en centros de atención primarios indican que las prevalencias son similares tanto en adultos mayores como en jóvenes.⁸ Al considerar como grupo etario separado a los adultos mayores, la depresión sí está considerada como uno de sus mayores problemas de salud; sin embargo, a pesar de ser una patología altamente tratable, la mayoría de adultos mayores no reciben tratamiento.⁹ Si a esto se añade concomitancia con enfermedades médicas ya sean agudas o crónicas, las tasas de prevalencia son también altas, especialmente si los adultos mayores están en casas de reposo o centros de asistencia.^{10,11}

(A) Fogarty International Clinical Research Scholar, Universidad de Washington 2009 – 2010.

(B) Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi".

Correspondencia a Nicanor Mori: cemh98@hotmail.com

Cita sugerida: Mori N, Caballero J. Historia natural de la depresión. Rev. peru. epidemiol. 2010; 14 (2) [5 p.]

La depresión menos severa afecta más personas que aquellas con depresión mayor, y cumulativamente es quien da mayor morbilidad funcional. El desorden distímico (humor depresivo por al menos dos años acompañado de síntomas menos severos que en la depresión mayor como, disminución o aumento de apetito, insomnio, baja energía, pobre autoestima, pobre concentración, falta de esperanza) presenta una prevalencia de 3 a 6% en adultos,¹² con una menor prevalencia en los ancianos, de aproximadamente 1 a 2% en algunos estudios.^{8,13} La prevalencia puntual de la depresión menor (aquellos que no exhiben síntomas de cronicidad como en la distimia, pero que tienen varios de los síntomas de la depresión mayor), y la subsindrómica (aquellos con más de cinco síntomas de depresión mayor, aunque los síntomas no están presentes la mayor parte del día, casi todos los días), de acuerdo a los estimados más conservadores es de al menos 5% a 10% con las mayores tasas en las poblaciones con alguna complicación médica.^{14,15}

En nuestro país, el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-HideyoNoguchi” realizó un estudio epidemiológico el 2002 en Lima Metropolitana encontrando prevalencias de vida para episodio depresivo de 18.2% y en el último mes de 6.6%.¹⁶ En la sierra, en las ciudades de Huaraz, Cajamarca y Ayacucho se encontró una prevalencia de vida de episodio depresivo de 16.2 % y en el último mes de 5.8%,¹⁷ mientras que en la selva en las ciudades de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el año 2004, se encontró una prevalencia de vida de 21.4% y en el último mes de 2.1%.¹⁸

Edad de inicio

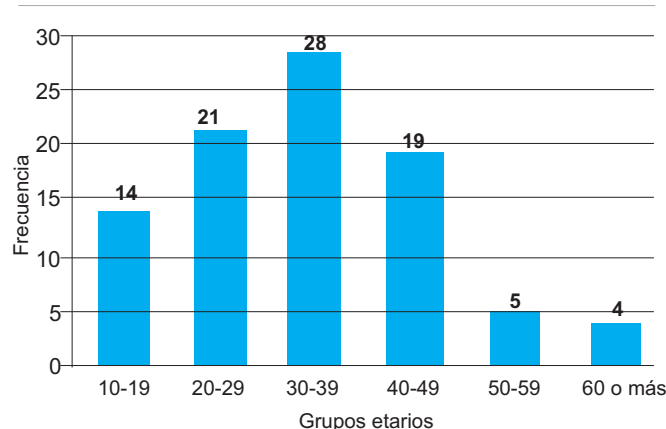
El pico de edad de inicio del desorden depresivo mayor DDM es la cuarta década de vida (Figura 1). Sin embargo, los primeros episodios pueden ocurrir a cualquier edad desde la niñez hasta la senectud, apreciándose que aquellos con depresión menor tienen cinco veces más riesgo de presentar DDM a edades más tempranas que aquellos sin esta sintomatología.^{19,20} Tondo et al²¹ realizó un amplio trabajo en 3014 pacientes con trastorno afectivo mayor, reportando una media de edad de inicio para la depresión de 35.7 años.

Eaton et al²² realizó un estudio en 3481 adultos con un seguimiento aproximado de dos décadas con el fin de reportar las edades de inicio del desorden depresivo mayor, encontrando que la mayoría de casos se presentaban en la cuarta década de la vida y que el sexo femenino, historia previa de abuso de alcohol, drogas, o ataques de pánico incrementaban el riesgo de inicio de esta enfermedad a edades más tempranas.

Los pacientes con edades de inicio tempranas tienen depresión más severa y recurrente, con mayor discapacidad funcional asociada (nunca casarse, pobre calidad de vida, visión negativa de la vida y de sí mismo) y comorbilidad médica y psiquiátrica (visión negativa de la vida y de sí mismo, más episodios depresivos e intentos de suicidio), comparados con aquellos de edad de inicio mayor de trastorno depresivo mayor.²³ Zisook et al²⁴ en un estudio con 1500 participantes con desorden depresivo mayor encontró que aquellos pacientes con inicio en la pre adultez (antes de los 18 años) tenían mayores tasas de historia de depresión e ideación suicida que aquellos con inicio en la adultez. Del mismo modo, Yates et al²⁵ reporta que aquellos pacientes varones con edades de inicio más temprano tienen mayor tendencia a no tener hijos que aquellos con edades de inicio en la adultez.

Los niños con DDM tienen un mayor número de episodios de DDM, mayor duración de los episodios, incremento de ideas suicidas, necesidad de hospitalización y tiempo de tratamiento que aquellos con inicio en la adultez.²⁶ En adolescentes se ha visto que las edades de inicio más tempranas se observan mayormente en mujeres con una relación de 2:1 con respecto a los varones y en un contexto de alteraciones afectivas parentales y baja autoestima.²⁷

FIGURA 1. Prevalencia de depresión de acuerdo a grupos etarios.



Fuente: Arch Gen Psychiatry 2008; 65(5):513-520

En los adultos mayores, la depresión es un desorden común, con consecuencias bien documentadas en el bienestar, funcionamiento diario, mortalidad y utilización de servicios.²⁸ Beekman⁹ realiza un amplio estudio en adultos mayores entre los 55 a 85 años, encontrando una media de edad de 71.8 años, con una severidad constante por encima del percentil 85 en el seguimiento por seis años. También se ha visto en este grupo etario que la depresión se acompaña de disfunción cerebral difusa a comparación de los pacientes más jóvenes con depresión.²⁹ Esto podría deberse a enfermedad vascular, enfermedad de Alzheimer u otro tipo de patología cerebral.

Curso de la depresión

La mayoría de episodios depresivos remite completamente, ya sea espontáneamente (particularmente para los casos leves) o con tratamiento, más no así la enfermedad. En promedio, los episodios pueden durar varios meses a un año.^{31,31} Eaton et al,²² en un seguimiento de 23 años de 3841 adultos, reportan una duración media del episodio depresivo de 12 semanas, con 92 episodios depresivos mayores durante el estudio, en su mayoría mujeres y con mayor tiempo de duración media del evento depresivo. La depresión continuó en 15% de estos 92 pacientes, y se ha reportado tasas de hasta 20% en pacientes de otros estudios. Hay que notar que la data debe ser analizada cuidadosamente ya que los estudios realizados en comunidad muestran depresiones menos severas y crónicas que aquellos pacientes que reciben atención en clínicas psiquiátricas. Del mismo modo, reporta que 50% de pacientes con un primer episodio depresivo no tuvieron recaídas en el seguimiento de 23 años, y de aquellos que se recuperaban, las mujeres tenían más probabilidad de tener un episodio de recurrencia que los varones.

La depresión menor y la sub-umbral también tienden a ser recurrentes y son factores de riesgo importantes para el desarrollo posterior de DDM.³² Judd et al³³ determinaron que la depresión subumbral tenía una alta prevalencia de 4% en la población general y al menos el doble de prevalente del DDM.

Judd y Akiskal,³⁴ mediante estudios polisomnográficos, epidemiológicos y clínicos prospectivos, documentaron que el curso del desorden depresivo mayor se caracteriza por la fluctuación de los síntomas en el cual los subtipos depresivos incluidos en los sistemas de diagnóstico oficial no representan trastornos aislados, sino son etapas a lo largo de un *continuum* dimensional de severidad sintomática. Los síntomas depresivos a nivel de depresión mayor, menor, distimia o depresión subumbral, son todos componentes integrales de la estructura clínica longitudinal del desorden

depresivo mayor con cada nivel sintomático representando una fase diferente de intensidad, actividad y severidad de la enfermedad. Los análisis detallados indican que los pacientes son sintomáticos 60% del tiempo; en gran parte, a nivel de depresión menor, distimia o sub-umbral. Las fases sintomáticas de actividad de la enfermedad son intercaladas esporádicamente con fases inactivas, cuando los pacientes están asintomáticos. Cada nivel de severidad de los síntomas depresivos está asociado con alteración psicosocial significativa, la cual se incrementa progresivamente con cada incremento en la severidad de los síntomas. Es por esto que se considera incierto si la depresión sea una entidad clínica única, cuyo cuadro clínico se caracteriza por diferentes patrones, versus la proposición alterna que los desórdenes depresivos representan un grupo heterogéneo de entidades clínicas individuales cada una con substratos biológicos diferentes y características psicopatológicas.

Pronóstico

La depresión está poderosamente asociada con pobres pronósticos en una variedad de situaciones relacionadas a la salud, incluyendo el estatus funcional y de la salud percibida por uno mismo.³⁵ Los síntomas y síndromes depresivos solo tienen por delante a las enfermedades cardiovasculares como las causas principales de discapacidad funcional, y se proyecta que en algunas regiones del mundo serán causa principal de discapacidad en las siguientes décadas. La depresión impacta adversamente el pronóstico de enfermedades comórbidas³⁶ e incrementa el riesgo para el desarrollo subsecuente de enfermedades como ictus,³⁷ enfermedad coronaria³⁸ y diabetes.³⁹

En personas con edades de inicio tempranas de DDM hay una mayor gravedad de los síntomas, mayor cantidad de episodios depresivos, intentos de suicidio, compromiso social y laboral, todo esto aunado a mayor comorbilidad médica y psiquiátrica.²³

En adultos mayores, el estudio de Beekman⁹ reveló que solo 14% de los sujetos estudiados estaba deprimido menos del 20% del tiempo, mientras que 46% estaban deprimidos más del 60% del tiempo. De acuerdo al tipo de curso clínico, solo hubo 23% de remisiones; 12% tuvieron una remisión con recurrencia, 32% tuvieron un curso crónico intermitente, y 32% un curso crónico. También se ha demostrado en este grupo etáreo que la depresión aumenta el riesgo para el subsecuente deterioro cognitivo.⁴⁰

La mayoría de los episodios depresivos remite completamente en un periodo de tres a cinco meses, ya sea de forma espontáneo con tratamiento. Eaton et al²² realizaron un estudio observacional con seguimiento de hasta 23 años, observándose que 92 pacientes con episodio de depresión mayor tenían una duración media de síntomas de 12 semanas. Kessler,⁴¹ en un estudio epidemiológico que comprendió 9090 adultos residentes norteamericanos, encontró que la duración media de episodios fue de 16 semanas. En aquellos con más de un episodio depresivo hay poca o moderada consistencia en la duración de sus episodios.

Mortalidad

La depresión es un fuerte factor de riesgo para todas las causas de mortalidad.⁴² Los hallazgos son confusos de si el riesgo de mortalidad es independiente de la carga de la enfermedad o un factor relacionado. Para algunas condiciones sin embargo, como la enfermedad coronaria, es claro que el riesgo de mortalidad asociado con depresión no es totalmente explicado por la severidad médica de la enfermedad.⁴³ Parakh et al⁴⁴ realizó un estudio en 284 pacientes con infarto de miocardio comprobándose que el infarto de miocardio se asociaba a un incremento en la mortalidad a corto plazo, aunque esta relación no siempre se comprobaba en adultos mayores por no

poder evaluarse la interacción de otras enfermedades concomitantes. Schoevers³⁸ recientemente investigó la asociación entre severidad de la depresión y duración con mortalidad en personas adultas mayores, para lo cual se siguió por diez años a 3746 pacientes sin alteración de funciones superiores encontrándose que la depresión crónica estaba asociado con un 41% más de riesgo de mortalidad en los seis años siguientes de seguimiento comparado con los sujetos sin depresión.

Otro tipo de enfermedades crónicas como la insuficiencia renal se ha visto complicada por la depresión que desarrollan los pacientes que la padecen, observándose que es bastante común y que se asocia a una disminución en la calidad de vida y un incremento en la mortalidad de los pacientes.⁴⁵

En enfermedades como el cáncer, Spiegel et al⁴⁶ identifican tres razones por la cual la depresión podría incrementar el riesgo de mortalidad en pacientes con cáncer. Primero, la depresión puede tener un efecto fisiopatológico vía neuroendocrina e inmunológica por una disregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, especialmente en la variación diurna de cortisol y melatonina. Segundo, los pacientes deprimidos pueden tener menos adherencia a procedimientos de tamizaje preventivos, tratamientos de cáncer o recomendaciones para mantener su salud. Tercero, mucho de los síntomas de cáncer y los efectos adversos de su tratamiento son similares a aquellos de la depresión como los síntomas vegetativos de sueño y trastorno del apetito, fatiga y dificultad en la concentración. Junto con esto los síntomas depresivos aparentemente son más prevalentes en estados avanzados de la enfermedad que en los estadios más tempranos.⁴⁷ Con estos antecedentes se debería verificar rutinariamente el diagnóstico de depresión y los pacientes deberían ser referidos a especialistas en salud mental, con el fin de mejorar su calidad de vida y de esta manera extender el tiempo de sobrevida en estos pacientes.⁴⁸

En depresión, la mortalidad adicional también es debida al suicidio, especialmente en aquellos que han tenido una depresión mayor inadecuadamente tratada.⁴⁹ Las personas jóvenes y adultos jóvenes que mueren por suicidio también tienen altas tasas de depresión, a menudo conjuntamente con otra alteración psiquiátrica como dependencia al alcohol.⁵⁰

Conclusiones

- La depresión es altamente prevalente, con una prevalencia de vida de aproximadamente 17%.
- La prevalencia puntual es mayor en mujeres que en varones en todos los grupos etarios.
- El pico de edad de inicio de la depresión es en la cuarta década de la vida, aunque esta se puede presentar en un amplio rango de edades, desde muy jóvenes hasta adultos mayores.
- La mayoría de episodios depresivos generalmente duran 3 a 5 meses y pueden remitir espontáneamente; sin embargo, en los casos no tratados hay una mayor tasa de recurrencia y recaídas.
- Si bien la depresión es menos común en adultos mayores que en jóvenes, para los primeros constituye un problema importante de salud, el cual ensombrece su pronóstico cuando se ve acompañado de otras enfermedades tanto agudas como crónicas.
- La depresión afecta de forma negativa la salud de los pacientes, y está asociada con un aumento de mortalidad e intento de suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KESSLER D, LLOYD K, LEWIS G, GRAY DP. CROSS SECTIONAL STUDY OF SYMPTOM ATTRIBUTION AND RECOGNITION OF DEPRESSION AND ANXIETY IN PRIMARY CARE. *BMJ (CLINICAL RESEARCH ED 1999)*;318(7181):436-439
2. KESSLER RC, CHIU WT, DEMLER O, MERIKANGAS KR, WALTERS EE. PREVALENCE, SEVERITY, AND COMORBIDITY OF 12-MONTH DSM-IV DISORDERS IN THE NATIONAL COMORBIDITY SURVEY REPLICATION. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY 2005*;62(6):617-627
3. COMPTON WM, CONWAY KP, STINSON FS, GRANT BF. CHANGES IN THE PREVALENCE OF MAJOR DEPRESSION AND COMORBID SUBSTANCE USE DISORDERS IN THE UNITED STATES BETWEEN 1991-1992 AND 2001-2002. *THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY 2006*;163(12):2141-2147
4. ANDRADE L, CARAVEO-ANDUAGA JJ, BERGLUND P, ET AL. THE EPIDEMIOLOGY OF MAJOR DEPRESSIVE EPISODES: RESULTS FROM THE INTERNATIONAL CONSORTIUM OF PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY (ICPE) SURVEYS. *INTERNATIONAL JOURNAL OF METHODS IN PSYCHIATRIC RESEARCH 2003*;12(1):3-21
5. GUREJE O, KOLA L, AFOLABI E. EPIDEMIOLOGY OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN ELDERLY NIGERIANS IN THE IBADAN STUDY OF AGEING: A COMMUNITY-BASED SURVEY. *LANCET 2007*;370(9591):957-964
6. WILLIAMS DR, GONZALEZ HM, NEIGHBORS H, ET AL. PREVALENCE AND DISTRIBUTION OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN AFRICAN AMERICANS, CARIBBEAN BLACKS, AND NON-HISPANIC WHITES: RESULTS FROM THE NATIONAL SURVEY OF AMERICAN LIFE. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY 2007*;64(3):305-315
7. STEFFENS DC, FISHER GG, LANGA KM, POTTER GG, PLESSMAN BL. PREVALENCE OF DEPRESSION AMONG OLDER AMERICANS: THE AGING, DEMOGRAPHICS AND MEMORY STUDY. *INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRICS / IPA 2009*;21(5):879-888
8. LYNNESS JM, CAINE ED, KING DA, COX C, YOEDJONO Z. PSYCHIATRIC DISORDERS IN OLDER PRIMARY CARE PATIENTS. *JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE 1999*;14(4):249-254
9. BEEKMAN AT, GEERLINGS SW, DEEG DJ, ET AL. THE NATURAL HISTORY OF LATE-LIFE DEPRESSION: A 6-YEAR PROSPECTIVE STUDY IN THE COMMUNITY. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY 2002*;59(7):605-611
10. LYNNESS JM, NICULESCU A, TU X, REYNOLDS CF, 3RD, CAINE ED. THE RELATIONSHIP OF MEDICAL COMORBIDITY AND DEPRESSION IN OLDER, PRIMARY CARE PATIENTS. *PSYCHOSOMATICS 2006*;47(5):435-439
11. CHARNEY DS, REYNOLDS CF, 3RD, LEWIS L, ET AL. DEPRESSION AND BIPOLAR SUPPORT ALLIANCE CONSENSUS STATEMENT ON THE UNMET NEEDS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MOOD DISORDERS IN LATE LIFE. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY 2003*;60(7):664-672
12. STEINER M, BELL B, BROWNE G, ET AL. PREVALENCE OF DYSTHYMIC DISORDER IN PRIMARY CARE. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS 1999*;54(3):303-308
13. BEEKMAN AT, DEEG DJ, SMIT JH, ET AL. DYSTHYMIA IN LATER LIFE: A STUDY IN THE COMMUNITY. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS 2004*;81(3):191-199
14. LAVRETSKY H, KUMAR A. CLINICALLY SIGNIFICANT NON-MAJOR DEPRESSION: OLD CONCEPTS, NEW INSIGHTS. *AM J GERIATR PSYCHIATRY 2002*;10(3):239-255
15. JUDD LL, AKISKAL HS. THE CLINICAL AND PUBLIC HEALTH RELEVANCE OF CURRENT RESEARCH ON SUBTHRESHOLD DEPRESSIVE SYMPTOMS TO ELDERLY PATIENTS. *AM J GERIATR PSYCHIATRY 2002*;10(3):233-238
16. INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYONOGUCHI". ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO METROPOLITANO EN SALUD MENTAL 2002. INFORME GENERAL. LIMA: IESM HD-HN; 2002
17. INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYONOGUCHI". ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO EN SALUD MENTAL EN LA SIERRA PERUANA 2003. LIMA: IESM HDHN; 2003.
18. INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYONOGUCHI". ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO EN SALUD MENTAL EN LA SELVA PERUANA 2004. LIMA: IESM HD-HN; 2004.
19. FOGEL J, EATON WW, FORD DE. MINOR DEPRESSION AS A PREDICTOR OF THE FIRST ONSET OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER OVER A 15-YEAR FOLLOW-UP. *ACTAPSYCHIATRICA SCANDINAVICA 2006*;113(1):36-43
20. FLEISHER WP, KATZ LY. EARLY ONSET MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. *PAEDIATRICS & CHILD HEALTH 2001*;6(7):444-448
21. TONDO L, LEPRI B, CRUZ N, BALDESSARINI RJ. AGE AT ONSET IN 3014 SARDINIAN BIPOLAR AND MAJOR DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS. *ACTAPSYCHIATRICA SCANDINAVICA 2010*;121:446-452
22. EATON WW, SHAO H, NESTADT G, ET AL. POPULATION-BASED STUDY OF FIRST ONSET AND CHRONICITY IN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY 2008*;65(5):513-520
23. ZISOOK S, LESSER I, STEWART JW, ET AL. EFFECT OF AGE AT ONSET ON THE COURSE OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. *THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY 2007*;164(10):1539-1546
24. ZISOOK S, RUSH AJ, LESSER I, ET AL. PREADULT ONSET VS. ADULT ONSET OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: A REPLICATION STUDY. *ACTAPSYCHIATRICA SCANDINAVICA 2007*;115(3):196-205
25. YATES WR, MELLER WH, LUND BC, THURBER S, GRAMBSCH PL. EARLY-ONSET MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN MEN IS ASSOCIATED WITH CHILDLESSNESS. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*;124(1-2):187-190
26. KORCZAK DJ, GOLDSTEIN BI. CHILDHOOD ONSET MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: COURSE OF ILLNESS AND PSYCHIATRIC COMORBIDITY IN A COMMUNITY SAMPLE. *THE JOURNAL OF PEDIATRICS 2009*;155(1):118-123
27. HOFFMANN JP, BALDWIN SA, CERBONE FG. ONSET OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER AMONG ADOLESCENTS. *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY 2003*;42(2):217-224
28. SCHOEVERS RA, GEERLINGS MI, DEEG DJ, ET AL. DEPRESSION AND EXCESS MORTALITY: EVIDENCE FOR A DOSE RESPONSE RELATION IN COMMUNITY LIVING ELDERLY. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY 2009*;24(2):169-176
29. LEBOWITZ BD, PEARSON JL, SCHNEIDER LS, ET AL. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEPRESSION IN LATE LIFE. CONSENSUS STATEMENT UPDATE. *JAMA 1997*;278(14):1186-1190
30. YIEND J, PAYKEL E, MERRITT R, ET AL. LONG TERM OUTCOME OF PRIMARY CARE DEPRESSION. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS 2009*;118(1-3):79-86
31. JUDD LL, AKISKAL HS, MASER JD, ET AL. A PROSPECTIVE 12-YEAR STUDY OF SUBSYNDROMAL AND SYNDROMAL DEPRESSIVE SYMPTOMS IN UNIPOLAR MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY 1998*;55(8):694-700
32. BROADHEAD WE, BLAZER DG, GEORGE LK, TSE CK. DEPRESSION, DISABILITY DAYS, AND DAYS LOST FROM WORK IN A PROSPECTIVE EPIDEMIOLOGIC SURVEY. *JAMA 1990*;264(19):2524-2528
33. JUDD LL, RAPAPORT MH, PAULUS MP, BROWN JL. SUBSYNDROMAL SYMPTOMATIC DEPRESSION: A NEW MOOD DISORDER? *THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY 1994*;55 SUPPL:18-28
34. JUDD LL, AKISKAL HS. DELINEATING THE LONGITUDINAL STRUCTURE OF DEPRESSIVE ILLNESS: BEYOND CLINICAL SUBTYPES AND DURATION THRESHOLDS. *PHARMACOPSYCHIATRY 2000*;33(1):3-7
35. TEH CF, REYNOLDS CF, 3RD, CLEARY PD. QUALITY OF DEPRESSION CARE FOR PEOPLE WITH COINCIDENT CHRONIC MEDICAL CONDITIONS. *GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY 2008*;30(6):528-535
36. JACKSON JL, DEZEE K, BERBANO E. CAN TREATING DEPRESSION IMPROVE DISEASE OUTCOMES? *ANNALS OF INTERNAL MEDICINE 2004*;140(12):1054-1056
37. KRISHNAN KR. DEPRESSION AS A CONTRIBUTING FACTOR IN CEREBROVASCULAR DISEASE. *AMERICAN HEART JOURNAL 2000*;140(4 SUPPL):70-76
38. RUDISCH B, NEMEROFF CB. EPIDEMIOLOGY OF COMORBID CORONARY ARTERY DISEASE AND DEPRESSION. *BIOLOGICAL PSYCHIATRY 2003*;54(3):227-240
39. CARNETHON MR, BIGGS ML, BARZILAY JI, ET AL. LONGITUDINAL ASSOCIATION BETWEEN DEPRESSIVE SYMPTOMS AND INCIDENT TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN OLDER ADULTS: THE CARDIOVASCULAR HEALTH STUDY. *ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE 2007*;167(8):802-807
40. CUI X, LYNNESS JM, TU X, KING DA, CAINE ED. DOES DEPRESSION PRECEDE OR FOLLOW EXECUTIVE DYSFUNCTION? OUTCOMES IN OLDER PRIMARY CARE PATIENTS. *THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY 2007*;164(8):1221-1228
41. KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O, ET AL. THE EPIDEMIOLOGY OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: RESULTS FROM THE NATIONAL COMORBIDITY SURVEY REPLICATION (NCS-R). *JAMA 2003*;289(23):3095-3105
42. GALLO JJ, BOGNER HR, MORALES KH, ET AL. DEPRESSION, CARDIOVASCULAR DISEASE, DIABETES, AND TWO-YEAR MORTALITY AMONG OLDER, PRIMARY-CARE PATIENTS. *AM J GERIATR PSYCHIATRY 2005*;13(9):748-755
43. CARNEY RM, FREEDLAND KE, JAFFE AS, ET AL. DEPRESSION AS A RISK FACTOR FOR POST-MI MORTALITY. *JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY 2004*;44(2):472; AUTHOR REPLY 473-474
44. PARAKH K, THOMBS BD, FAUERBACH JA, BUSH DE, ZIEGELSTEIN RC. EFFECT OF DEPRESSION ON LATE (8 YEARS) MORTALITY AFTER MYOCARDIAL INFARCTION. *THE AMERICAN JOURNAL OF CARDIOLOGY 2008*;101(5):602-606
45. DRAYER RA, PIRAINO B, REYNOLDS CF, 3RD, ET AL. CHARACTERISTICS OF DEPRESSION IN HEMODIALYSIS PATIENTS: SYMPTOMS, QUALITY OF LIFE AND MORTALITY RISK. *GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY 2006*;28(4):306-312
46. SPIEGEL D, GIESE-DAVIS J. DEPRESSION AND CANCER: MECHANISMS AND DISEASE PROGRESSION. *BIOLOGICAL PSYCHIATRY 2003*;54(3):269-282
47. PINQUART M, DUBERSTEIN PR. DEPRESSION AND CANCER MORTALITY: A META-ANALYSIS. *PSYCHOLOGICAL MEDICINE*:1-14
48. SATIN JR, LINDEN W, PHILLIPS MJ. DEPRESSION AS A PREDICTOR OF DISEASE PROGRESSION AND

MORTALITY IN CANCER PATIENTS: A META-ANALYSIS.
CANCER 2009;115(22):5349-5361

49. CONWELL Y, DUBERSTEIN PR, CAINE ED. RISK
FACTORS FOR SUICIDE IN LATER LIFE. BIOLOGICAL

PSYCHIATRY 2002;52(3):193-204

50. MURPHY JM, BURKE JD, JR., MONSON RR, ET AL.
MORTALITY ASSOCIATED WITH DEPRESSION: A FORTY-
YEAR PERSPECTIVE FROM THE STIRLING COUNTY

STUDY. SOCIAL PSYCHIATRY AND PSYCHIATRIC
EPIDEMIOLOGY 2008;43(8):594-601

ABSTRACT

Depression is a major public health problem because of its high prevalence and its impact on quality of life, as well as by the disability that cause and the increased use of health services. Furthermore, depression has the distinction of having negative effects on patient health and increases the risk of attempted suicide. This review will describe the epidemiology aspects, age of onset, natural history, prognosis and mortality of this disease.

KEY WORDS: Depression, Natural history, Epidemiology.

