

DEPRESSÃO EM DOENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS GERAIS

Mestrado Integrado em Medicina

Porto 2012/2013

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

Ana Filipa Freitas Teixeira

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

ORIENTADOR

Doutora Margarida Sara Salazar Mendes Moreira

Licenciada em Medicina, Especialização em Psiquiatria

Título: Assistente Hospitalar Graduado

Docente Afiliado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

RESUMO

Introdução: Projeta-se que a patologia depressiva venha a ser a segunda forma de incapacidade no Mundo até 2020. É uma patologia frequente em doentes hospitalizados, especialmente no caso de idosos, doentes oncológicos, com doença cardíaca isquémica, diabetes mellitus, patologia neurológica e outras doenças crónicas ou altamente incapacitantes. Além do referido, esta patologia está ainda associada a resultados adversos durante a hospitalização. Alguns fatores sociodemográficos, como o género, a idade e questões relacionadas com a situação socioeconómica e educacional, são apontados como condicionantes da prevalência de depressão nestes doentes.

Métodos: A presente pesquisa bibliográfica foi realizada através dos arquivos *online* da *Medline*. Este trabalho propõe-se rever a literatura existente nesta matéria em termos de estudos de prevalência de depressão, das condicionantes do seu aparecimento e gravidade, de patologias físicas mais frequentemente associadas à sua ocorrência, e da influência da ocorrência de depressão na evolução do internamento. Foi feito um levantamento dos instrumentos de rastreio e diagnóstico de patologia depressiva/sintomas depressivos, e da validade dos mesmos. Analisou-se a literatura que avalia a deteção e acuidade diagnóstica para a patologia depressiva por parte dos profissionais não-psiquiatras.

Resultados: Os estudos revistos usaram metodologias diversas e indicam taxas de prevalência de depressão muito díspares, variando entre valores próximos de 10% e de mais de 70%, associada a taxas de deteção também variáveis. Em termos de condicionantes sociodemográficas, os estudos são consensuais em indicar o género feminino e os idosos como sendo 'grupos de risco'. A depressão prediz uma evolução desfavorável do internamento. A depressão pode ser um fator de risco para doença cardiovascular. Os acidentes vasculares cerebrais e certas doenças neurodegenerativas têm sido apontados como causas de depressão. Os instrumentos de *screening* são uma mais-valia em ambiente de internamento, porém os seus resultados isoladamente devem ser cautelosamente interpretados e não fazem o diagnóstico. Algumas patologias como o *delirium* e a demência podem ser frequentemente confundidos com depressão pelo que é muito importante a realização do diagnóstico diferencial.

Palavras Chave: Depressão, sintomas depressivos, doentes, internados, hospitais, gerais, doença somática.

ABSTRACT

Introduction: It is projected that depressive disorder may be the second form of disability in the world by 2020. It is a common condition in hospitalized patients, particularly in the case of elderly patients with malignant disease, ischemic heart disease, diabetes, neurological disorders or other chronic or highly disabling. In addition to the above, this condition is also associated with adverse outcomes during hospitalization. Some sociodemographic factors, as gender, age and socio-economic issues and educational status are identified as determinants of prevalence of depression in these patients.

Methods: This literature search was performed using the Medline files online. The present study aimed a review of the recent literature in this area, in terms of prevalence of depression, the conditions of its appearance and severity, of physical illness most commonly associated with its occurrence, and the influence of the occurrence of depression in outcomes of hospitalization. A survey was administered screening and diagnostic instruments for depressive disorder / depressive symptoms, and its validity. This study analyzed the literature that evaluates the detection and accuracy diagnosis for depressive disorder made by non-psychiatrists.

Results: The reviewed studies used different methodologies and indicate widely different prevalence rates of depression, ranging from values close to 10% to more than 70%, associated with detection rates also variable. In terms of socio-demographic conditions, studies are consenting to indicate the female gender and the elderly as 'risk groups'. Depression predicts a poor outcome of hospitalization. Depression may be a risk factor for cardiovascular disease, stroke and certain neurodegenerative diseases have been identified as causes of depression. The screening tools are an asset in an environment of a hospital, but their results should be interpreted cautiously and it does not make the diagnosis. Some disorders such as *delirium* and dementia can often be confused with depression.

Key words: Depression, symptoms, depressed, hospitalized, inpatients, hospitals, general, illness, somatic.

LISTA DE ABREVIATURAS

ADL - Activities of Daily Living	HAMD – Hamilton Depression Scale
AMTS – Abbreviated Mental Test Score	HHA – Eixo Hipotálamo-hipófise-adrenal
AVC – Acidente Vascular Cerebral	HTA – Hipertensão Arterial
AVD – Atividades de vida diária	ICD-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 th edition
BASDEC - The Brief Assessment Schedule Depression Cards	IADL – Instrumental Activities of Daily Living
BDI – Beck Depression Inventory	MADRS – Montgomery
BCDRS – 12 item Brief Carroll Depression Rating Scale	MINI- Mini International Neuropsychiatry Interview
CES-D – Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	NIMH - The National Institute of Mental Health
CIDI-PHC - Composite International Diagnostic Interview, Primary Health Care Version	MHLC- Multidimensional Health Locus of Control
CIRS-G – Cumulative Illness Rating scale	MMSE- Mini Mental State Examination
DAC – Doença Arterial Coronária	PADL – Physical Activities of Daily Living
DCV – Doença Cardiovascular	PHQ-9 – Nine Item Patient Health Questionnaire
DM – Diabetes Mellitus	PSSS- Perceived Social Support Scale
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	SCAN – Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
DSM-III-R - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised	SDS – Self Rating Depression Scale
DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition	SRQ – Self Reporting Questionnaire
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio	SU – Serviço de Urgência
GDS-15 – The 15 item Geriatric Depression Scale	TCE – Traumatismo cranioencefálico
GDS-30 – The 30 item Geriatric Depression Scale	
GHQ-12 – The 12 item General Health Questionnaire	
GMSS - Geriatric Mental state Schedule	
HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale	

ÍNDICE

Resumo e Palavras-chave	3
Lista de Abreviaturas	5
Introdução	7
Desenvolvimento	8
• Prevalência e detecção de depressão/sintomas depressivos	8
• Condicionantes associadas à Ocorrência de Depressão	11
• Depressão e Doença Somática	14
• Consequências no prognóstico da doença somática	19
• Instrumentos de <i>Screening</i> /Diagnóstico	22
• Depressão, <i>Delirium</i> e Demência	24
Conclusão	26
Referências Bibliográficas	28
Anexos	37

INTRODUÇÃO

A patologia depressiva é reconhecidamente um importante problema de saúde pública e projeta-se que venha a ser a segunda causa de incapacidade no Mundo até ao ano de 2020 ¹.

A prevalência de depressão entre os doentes hospitalizados por patologia somática, de acordo com vários estudos realizados, varia entre 15 e 40%. Ou seja, a depressão é uma patologia frequente em doentes hospitalizados, especialmente no caso de idosos, doentes oncológicos, com doença cardíaca isquémica, diabetes mellitus, patologia neurológica e outras doenças crónicas ou altamente incapacitantes. A depressão está associada a resultados adversos durante a hospitalização ².

Há ainda factores sociodemográficos implicados como variáveis na equação que envolve doença somática e depressão. A situação profissional poderá estar associada à prevalência de depressão, tal como o grau de escolaridade, sendo que níveis baixos de escolaridade e inatividade profissional podem associar-se a uma maior prevalência ².

O papel da Psiquiatria de Ligação, no que diz respeito às perturbações depressivas, em contexto de internamento em hospitais gerais, passa pela realização de um diagnóstico da patologia mental nas situações de doença somática, pela formação de outros profissionais de saúde, informando de que modo a depressão se relaciona com a patologia somática e pela decisão sobre o tratamento de doentes com episódios depressivos no contexto de internamento ³.

A gradual integração dos Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais confere uma grande relevância e actualidade a este tema. Esta revisão visa fazer um levantamento da prevalência de depressão em doentes hospitalizados, da eficácia das estratégias que têm vindo a ser implementadas e quais as patologias médico-cirúrgicas mais vezes associadas a quadros depressivos no internamento.

DESENVOLVIMENTO

Prevalência e detecção de depressão/sintomas depressivos

Diversos estudos têm sido desenvolvidos, em todo o mundo, com o objectivo, de determinar a prevalência de depressão ou de sintomatologia associada em doentes internados em hospitais gerais.

McCusker ⁴, num estudo levado a cabo no Canadá em 2005, concluiu que a prevalência de depressão varia de 24 a 52% entre hospitais da mesma área, usando o mesmo desenho de estudo e instrumentos de diagnóstico (entrevista clínica de acordo com os critérios DSM-IV).

Cullum ⁵, num trabalho desenvolvido no Reino Unido, com 617 participantes ≥ 65 anos, usou escalas de *screening* para depressão - *Geriatric Depression Scale* - 15 itens (*GDS-15*), de comorbilidade - *Cumulative Illness Rating Scale - Geriatric* (*CIRSG*), e de função cognitiva - *Abbreviated Mental Test Score* (*AMTS*). A prevalência aproximada de depressão foi de 22%. O mesmo autor, em 2006 ⁶, num trabalho envolvendo 618 doentes ≥ 65 anos, rastreados com *GDS-15*, dos quais 223 foram estratificados pelo *Geriatric Mental State Schedule* (*GMSS*) e diagnosticados de acordo com ICD-10, chegou a um valor de 17,7% de prevalência. Concluindo ainda que o valor de *cut-point* na escala *GDS-15* ideal para doentes hospitalizados é ≥ 7 .

Helvik ⁷, num estudo em áreas rurais da Noruega, com 484 doentes ≥ 65 anos, aplicou como rastreio para sintomas depressivos a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (*HADS*), a *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (*MADRS*) e o *Mini-Mental State Examination* (*MMSE*), e ainda a *Lawton and Brody's scale for self-maintaining and instrumental activities of daily living*, tendo obtido uma prevalência de depressão (*HADS* ≥ 8) de 10%, dos quais 78% não tinham sido anteriormente diagnosticados.

Frasure-Smith ⁸, numa amostra de 887 pacientes com Enfarte do Miocárdio, utilizou o *Beck Depression Inventory* (*BDI*) e a *Perceived Social Support Scale* (*PSSS*). 32% obtiveram valores de *BDI* ≥ 10 , indicando depressão ligeira a moderada.

Noutro estudo, desenvolvido na Rússia, com 323 doentes internados submetidos a entrevista clínica (*Mini International Neuropsychiatric Interview* (*MINI*) 5.0.0, *DSM-IV*), Pakriev 2009 ⁹, estimou uma prevalência de 20,7%.

Imam ¹⁰, num trabalho realizado no Paquistão em 2007, com 178 doentes com média de idades de $45,2 \pm 19,2$ anos, utilizando o *Self Reporting Questionnaire* (*SRQ*)

obteve resultados de 30,5%, um número sobreponível ao da população geral naquele país.

Numa amostra de 96 doentes cirúrgicos irlandeses ¹¹, com idades médias de 59,6 anos, aplicando a HADS, estimou-se uma prevalência de 12,5%.

Zhang ¹² estudou uma amostra de 322 doentes chineses, com idades entre 18 e 90 anos (mediana 60,32 anos) *Self-Rating Depression Scale (SDS)* e obteve uma prevalência de 78,9%. Apurou uma taxa de deteção de patologia psiquiátrica, por não psiquiatras de 0%.

Noutro estudo realizado na China ¹³, 513 doentes internados em 3 hospitais de diferentes dimensões (2 de classe II - 400camas, e um de classe III – 1400camas), foram submetidos a entrevista clínica, usando-se os critérios de diagnóstico da DSM-IV. A prevalência de patologia depressiva (depressão *major*, perturbação depressiva não especificada, doença bipolar com episódio actual de depressão, perturbação do humor com episódio depressão *major-like* ou com características depressivas devida a condição médica e perturbação do humor com características depressivas devida a uso de substâncias) estimada foi de 16,2%, sendo a prevalência de depressão *major* de 9,4%.

Um trabalho recente realizado no Irão em 2008 ¹⁴, com 91 doentes internados em cirurgia para procedimento eletivo, chegou a um valor de 34% de doentes deprimidos, aplicando o *BDI*.

Num estudo realizado na Nigéria em 2000 ¹⁵, com 106 doentes ≥60 anos, internados em Medicina, Cirurgia e Ginecologia, o *screening* fez-se através do *SRQ*, do *MMSE* e a *Geriatric Mental State Schedule (GMSS)*, e o diagnóstico de acordo com critérios ICD-10. Obteve-se 22,6% de diagnósticos de depressão, constituindo estes 50% das doenças mentais detetadas. Médicos de outras especialidades detetaram 2,8% das patologias psiquiátricas.

No Brasil, Machado ¹⁶ realizou um estudo de comparação da deteção de depressão num Hospital Universitário, nos anos de 1987 e 2002. Em 2002, numa amostra de 299 pacientes, com média de idades de 53,5, internados em Medicina e Cirurgia, foram utilizados o *PRIME-MD* (*um instrumento utilizado no diagnóstico de perturbações mentais, que consta de nove questões no módulo de Humor e obedece a critérios da DSM-IV*) e o *BDI* (ponto de corte: 21).

Estimou-se uma prevalência de 34,6% com o *PRIME-MD* e de 20,1% com o *BDI*, a entrevista clínica apontou uma maior prevalência do que a escala de screening. De 104 doentes diagnosticados pelo *PRIME-MD*, 67 (64,4%) não tinham qualquer registo no processo clínico, 18 (17,3%) tinham sintomas registados e em 19 (18,3%) foi feito o

diagnóstico pelo médico não psiquiatra. Verificou-se uma associação positiva entre diagnóstico pelo PRIME-MD e o registado pelo médico.

Num estudo realizado na Turquia ¹⁷ com 433 pacientes (internados em medicina interna, “doença torácica”, cardiologia, neurologia, medicina física e de reabilitação, infecciologia, cirurgia geral, neurocirurgia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, urologia) de idades entre os 18 e os 93 anos, aplicou-se a HADS-A (≥ 10) e HADS-D (≥ 7), obtendo-se 73,7% de prevalência de depressão e 44,3% de ansiedade.

Numa investigação com 1039 doentes, num hospital em Verona ¹⁸, aplicou-se o *General Health Questionnaire (GHQ-12)* e 298 (28,7%) obtiveram um score alto (≥ 5). 363 pacientes foram entrevistados de acordo com o modelo de entrevista *CIDI-PHC*, obedecendo a critérios da ICD-10. A prevalência de casos de acordo com o ICD-10 foi de 26,1%. Os diagnósticos mais comuns foram depressão atual (12,8%) e perturbação de ansiedade generalizada (10,8%). Os médicos não-psiquiatras identificaram 49,8% dos diagnósticos de doença psiquiátrica.

Uma investigação em Israel ¹⁹ propôs-se determinar a prevalência pontual (1 dia) de sintomas depressivos. O questionário aplicado a 256 doentes incluiu dados sociodemográficos, apoios sociais (*MOS Social Support Scale*), o *Multidimensional Health Locus of Control (MHLC)* e sintomas depressivos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D*). Obteve-se um nível alto de prevalência de sintomas depressivos (média = 21, d.p. = 12). Cerca de 60% dos doentes obtiveram scores acima de 16, o limiar sugerido para psicopatologia.

Numa amostra de 100 doentes (média de idades de 82,1 anos), num hospital geriátrico em Melbourne ²⁰, aplicou-se a *HADS* e a *GMSS*, e realizou-se entrevista clínica (40 a 60 minutos) com resultados analisados pelo programa informático AGE-CAT, no *Tempo 1* - na semana da admissão hospitalar (média 4,5 dias) e no *Tempo 2* - 2 meses depois. Dois meses depois, 36% tinham regressado a casa, 26% permaneceram ou foram readmitidos no mesmo hospital, indicando alto nível de morbilidade, 7% com alta para um hospital de reabilitação e 4% admitidos de urgência. Cerca de 1 em 9 doentes foram enviados para casas de repouso, sendo que destes, 13% para “baixo nível” de cuidados e 6% para “alto nível” de cuidados. À data do segundo contacto, 9 tinham falecido, 5 tinham condição demasiado grave para executar entrevista, 4 não se conseguiu contactar e 2 recusaram nova entrevista, o que resultou em 80% mantidos da amostra inicial. No *Tempo 1*, 60% da amostra tinha sintomas de ansiedade num nível *sub-case* e 16% no *nível-case*. 48% dos participantes tinha depressão no *nível-síndrome*. A escala HADS e a análise pelo

AGECAT foram concordantes no que diz respeito à ansiedade em 78% dos doentes. Mas, a taxa de concordância foi inferior na depressão. O programa AGECAT identificou mais 36 *casos-síndrome* de depressão não rastreados pela HADS. Houve um declínio significativo nas taxas de depressão e ansiedade do *Tempo 1* para o 2. Apesar de baixarem significativamente a curto prazo, os números da prevalência de depressão permanecem altos em relação à população em geral.

Outra investigação, realizada por McCusker²¹ em 2 hospitais de Montreal, teve como objetivos descrever o curso dos sintomas depressivos em doentes de idade ≥ 65 anos, internados com patologia médica e investigar fatores preditores de um curso mais severo destes sintomas. Os indivíduos foram diagnosticados de acordo com os critérios da DSM-IV. 39,2% tinham depressão *major* e 24,6% depressão *minor*. Todos os doentes deprimidos e uma amostra sistemática randomizada de indivíduos não deprimidos participaram no estudo prospetivo. Foi aplicada a *Hamilton Depression Scale (HAMD)* à admissão, e aos 3, 6 e 12 meses após a admissão. Os doentes foram divididos em três grupos: curso mínimo, ligeiro e moderado/severo dos sintomas de depressão. Numa amostra randomizada dos 232 doentes que completaram uma ou mais entrevistas, além da inicial, concluiu-se que o curso da depressão ao longo de 12 meses foi geralmente estável na amostra, e que os doentes que vivenciaram um curso mais severo dos sintomas depressivos são identificados por profissionais não psiquiatras na admissão.

Condicionantes associadas à Ocorrência de Depressão

Muitos dos trabalhos de investigação sobre patologia depressiva, procuram, determinar se existem condicionantes associadas à ocorrência de depressão. Uma das variáveis mais vezes estudadas é o meio de origem dos doentes.

No *European multi-centre ODIN Study*²², demonstrou-se marcada incidência de depressão em mulheres de zonas urbanas no Reino Unido e Irlanda. Partindo de uma população de 12 702 indivíduos (não hospitalizados) entre os 18 e os 64 anos, residentes em áreas urbanas e rurais de 4 países europeus: Finlândia, Irlanda, Noruega e Reino Unido, sendo rastreada a amostra através do *BDI*. Os indivíduos com valor limite *BDI* <12 e 5% dos restantes selecionados aleatoriamente, foram submetidos a entrevista clínica, incluindo *SCAN (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)* e completaram uma bateria de outros instrumentos diagnósticos. A prevalência a 1 mês estimada globalmente foi de 9%, tendo as mulheres de zonas urbanas do Reino Unido e Irlanda obtido valores marcadamente superiores,

comparativamente à zona urbana finlandesa, que obteve o valor mais baixo de prevalência nas zonas urbanas.

Noutro estudo desenvolvido em Taiwan ²³, com indivíduos de idade ≥ 65 anos, não internados, dos quais 678 residentes em zonas urbanas e 327 em zonas rurais, foi aplicada a *GDS-15*. Verificou-se uma prevalência de depressão em zonas urbanas de 20,1% e de 12,8% nas zonas rurais. Doença crónica e limitações na escala *ADL (Activities of Daily Living)* estavam associadas a depressão. Doenças cardiovasculares e fratura da anca surgiram como fatores preditores de depressão no grupo urbano. Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) foram preditivos de depressão na população rural (maiores dificuldades de acesso a cuidados). O facto de viver só não afeta significativamente a saúde mental do idoso nas zonas rurais mas, o mesmo não acontece nas áreas urbanas. Mulheres viúvas nas zonas rurais têm mais depressão, podendo este facto dever-se não só à solidão como também a dificuldades económicas.

Outro estudo, ainda em idosos não internados, realizado na Itália ²⁴, comparou zonas rurais e urbanas. Foram selecionados 317 idosos, aleatoriamente de uma área urbana e duas zonas rurais e foram submetidos a entrevista clínica semiestruturada, tendo sido também aplicados o *Social Adjustment Scale* e *BDI*. Observou-se uma maior prevalência de depressão nas mulheres na área urbana. Viuvez, ausência de companhia, baixas habilitações educativas e dificuldades financeiras demonstraram uma correlação significativa com a incidência de depressão, mas apenas no grupo de idosos residentes na área urbana. A incapacidade física e a coexistência de doença somática eram também factores associados a ocorrência de depressão.

Helvik ⁷ num estudo com idosos provenientes de zonas rurais, tentou verificar se as diferenças observadas em meio urbano vs. meio rural, nos estudos com indivíduos saudáveis e idosos não internados, eram transponíveis para a população de doentes internados com doença física. Verificou que a incapacidade física e as comorbilidades somáticas têm uma associação positiva com a depressão. Idosos previamente independentes nas atividades de vida diárias têm risco diminuído de sofrer de depressão. O risco de depressão baixa nas mulheres com 80 anos ou mais e aumenta mais de 3 vezes nos homens com a mesma idade. Estimou numa população rural uma prevalência de 10% de depressão, bastante inferior à que é relatada na literatura para zonas urbanas. Noutro estudo mais recente do mesmo autor ²², também em zonas rurais da Noruega, a prevalência estimada de depressão (*HAD-D* ≥ 8) em 365 indivíduos idosos internados, foi cerca de 10% inicialmente e 8% no follow-up após um ano.

Apenas dois dos estudos revistos^{13,17} apontam para uma prevalência de depressão superior em indivíduos provenientes do meio rural.

Existe uma ideia generalizada de que a depressão é mais frequente nas mulheres, idosos, doentes de nível socioeconómico baixo, e níveis inferiores de habilitações académicas. Muitos dos estudos revistos procuraram determinar a influência de tais variáveis sociodemográficas na prevalência de depressão em doentes internados.

Um dos estudos previamente descritos¹⁷ encontrou prevalências superiores de depressão no género feminino, em indivíduos entre os 75 e os 93 anos, nos viúvos e divorciados, em pessoas com nível educacional e socioeconómico mais baixo, nas mulheres que trabalham em casa e nos indivíduos residentes em áreas rurais.

McCusker⁴, no estudo descrito anteriormente, e após ajuste de variáveis por hospital, concluiu que as mesmas características - história de depressão, incapacidade nas 'AVD's, disfunção cognitiva, noção de um apoio adequado e visitas de amigos - revelaram uma associação com depressão *minor* e *major* (menos força na associação a depressão *minor*). As características mais importantes para o sexo feminino são incapacidade, história de depressão e a adequação do apoio emocional recebido. Nos homens, as variáveis mais importantes são a história de depressão, a disfunção cognitiva e a adequação do apoio emocional.

Bryant²⁰ chegou a conclusões que confirmam os achados de outros estudos, verificando uma maior prevalência de depressão em indivíduos idosos e com doença física, e Cullum⁵ verificou resultados concordantes. Um *score* alto na *GDS-15* associa-se a um *score* baixo na escala da função cognitiva e a uma pontuação alta na escala de comorbilidade aplicada (CIRS-G).

Imam¹⁰ não encontrou evidência de relação com idade, género, estado civil, número de filhos, rendimentos, apoios económicos sociais. Apenas verificou que as mulheres que trabalham em casa têm maior incidência de depressão, bem como indivíduos com baixas habilitações literárias. Não verificou qualquer influência da duração do internamento na ocorrência de depressão. Contrariamente, Verbovsky²⁶ encontrou forte evidência de relação entre o número de dias de internamento e a ocorrência de depressão.

Pakriev⁹ concluiu que a depressão é mais comum em mulheres, viúvas ou divorciadas, com baixos rendimentos e más relações familiares, e nos participantes com doença crónica.

Dos dois estudos realizados na China, um deles¹³ não encontrou evidência de associação com género ou idade, sendo as variáveis correlacionadas com a incidência

de depressão neste estudo foram maior dimensão do hospital (1400 vs. 400 camas), divórcio/viuvez/separação, baixos rendimentos, doença crónica, não possuir seguro de saúde, habitar em zona rural, doença severa e história de múltiplas hospitalizações. Em outro estudo ⁹ não se verificaram diferenças na prevalência de acordo com o género, idade, habilitações literárias, estado civil ou mesmo a fase da doença crónica em curso.

No estudo de Martucci ¹⁸, a maior prevalência de casos foi encontrada nos serviços de Medicina, em mulheres, em doentes com idade superior a 24 anos, desempregados, separados/divorciados. A ocorrência de mais do que dois *life-events* (de acordo com a *List of Threatening Experiences – LTE* que contém 12 categorias de *life events*) revelou influência na patologia psiquiátrica, bem como no número de dias de incapacidade.

Soskolne ¹⁹ observou *scores CES-D* significativamente mais altos no sexo feminino. Contudo, não observou associação entre sintomas depressivos e idade, educação, estado civil, apoios sociais, tipo de admissão, serviço ou tempo de internamento.

McCusker ²¹, após ajuste de variáveis, identificou como características iniciais preditivas de um curso mais severo o *score* inicial na *HAMD* mais alto, sintomas *core* (humor deprimido e perda do interesse) da depressão com duração igual ou superior a 6 meses, e género feminino. A história passada de depressão não influencia o curso dos sintomas e as variáveis sociodemográficas não são preditivas.

Depressão e Doença Somática

Doenças somáticas nas quais se tem estudado prevalência de depressão

Nos diversos estudos nos quais se analisou a incidência e condicionantes da depressão relacionada com doença somática, os indivíduos envolvidos apresentam uma grande variedade de patologias, desde cancro, a patologia cirúrgica, ginecológica, doença pulmonar, endócrina e cardiovascular, entre outras.

Estudos descrevem uma prevalência de depressão entre 15 e 20% na doença cardíaca isquémica ²⁷.

A diabetes mellitus é altamente prevalente em países desenvolvidos e cuja incidência tem aumentado nos países em desenvolvimento, e a prevalência da depressão nestes doentes foi estimada entre 12 e 18% ^{28,29}. Egede, na sua revisão em 2010 ³⁰, encontrou taxas de prevalência de depressão em doentes diabéticos variando entre 8 e mais de 70%, em diferentes estudos levado a cabo em diversos países do mundo.

Refere-se uma prevalência até 50% em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e asma^{31,32}.

Unsal¹⁷ estudou doentes internados em serviços de medicina interna, “doença torácica”, cardiologia, neurologia, medicina física e de reabilitação, infecciologia, cirurgia geral, neurocirurgia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, urologia. Observou prevalência de ansiedade e depressão superior nos doentes internados em enfermarias de Medicina Interna, e maior prevalência de depressão no grupo com experiência prévia de hospitalização.

Um trabalho de Zhang¹² dividiu 322 doentes em 3 grupos: doença pulmonar, cardiovascular (HTA e DAC) e DM, não observando diferenças na incidência total de depressão entre os 3 grupos.

Imam¹⁰ não encontrou associação significativa entre depressão e a doença primária em causa (HTA, doença cardíaca isquémica, DM, outras doenças endócrinas, asma/DPOC, outras...), nem com o tipo de admissão (urgência ou eletiva), duração da hospitalização ou número de hospitalizações prévias. Porém verificou associação a doença psiquiátrica pré-existente; Patriev⁹ concluiu que a depressão estava mais vezes associada a doença orgânica e ansiedade.

Depressão como causa de doença somática?

A doença cardiovascular (DCV) tem sido talvez a doença somática cuja associação à patologia depressiva foi mais explorada na literatura científica ao longo dos anos. Relatos de 1937³³ sugeriram que os doentes mentais institucionalizados tinham uma mortalidade 8 vezes superior à da população em geral, sendo que as “doenças do coração” representavam quase 40% destas mortes.

A literatura mais recente propõe uma relação bidireccional entre DCV e depressão³⁴. Vários estudos clínicos e epidemiológicos investigando esta associação sugeriram que a depressão aumenta o risco de DCV subsequente em média 1,5 vezes^{35, 36} e que os doentes com doença arterial coronária (DAC) e depressão teriam um risco 2 a 3 vezes aumentado de sofrerem futuro evento cardíaco fatal ou não-fatal^{27,37, 38}. A depressão mostrou ainda ser um preditor de pior prognóstico após evento isquémico^{36, 39}.

Hipóteses plausíveis de mecanismos fisiopatológicos que podem ligar estas duas condições incluem a disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), a ação de citocinas pró-inflamatórias, o aumento do tónus simpático, a disfunção plaquetária, alterações da elasticidade vascular e da função endotelial^{40,41,42,43,44,45}. A desregulação imunitária, incluindo a ativação infamatória e o aumento do *stress*

oxidativo e nitrosativo, tem sido implicada na patogénese da depressão e comorbilidades médicas, incluindo a DM e a obesidade ⁴⁶.

Os mediadores inflamatórios, agindo conjuntamente com a dislipidemia e outros fatores de risco, podem acelerar o processo de aterosclerose, podendo ainda aumentar a predisposição para a trombose. A desregulação do eixo HHA, para além de contribuir para uma hiper-reatividade simpatoadrenal através das vias centrais ^{43,47}, pode produzir um feedback positivo num eixo neuroimune já alterado ³⁷. As consequências do aumento do tónus simpático incluem vasoconstrição, aumento da frequência cardíaca e ativação plaquetária, contribuindo para a aterosclerose, arritmias e trombose, respetivamente ^{43,47}. A disfunção endotelial, incluindo perda de capacidade de dilatação arterial em resposta ao fluxo ou outros estímulos, bem como um aumento na adesão de moléculas e quimiocinas, pode contribuir para a aterosclerose, trombose e vasoespasmo ⁴⁸.

Caraterísticas clínicas da depressão, como a duração da doença, a idade de início, a gravidade dos sintomas e o número de episódios, são geralmente vistas como importantes determinantes no tratamento e no prognóstico da doença a longo prazo. Contudo, poucos trabalhos têm considerado estas variáveis nas suas análises, permanecendo pouco claro se o risco aumentado de DCV em caso de depressão varia em magnitude de acordo com a gravidade dos sintomas depressivos, número de episódios ou outras caraterísticas da depressão.

Doença somática como causa de depressão?

Algumas disfunções induzidas por patologia médica podem revelar-se mecanismos causadores de depressão ⁴⁹.

A degeneração de núcleos serotoninérgicos e noradrenérgicos que se observa em alguns indivíduos com Doença de Alzheimer tem sido associada à depressão ⁴⁹. A depressão pós-AVC tem sido atribuída a lesões que rompem as vias monoaminérgicas ou outros circuitos neuronais ⁵⁰. A doença cerebrovascular pode predispor, precipitar e perpetuar a depressão no final da vida ^{51,52}.

A disrupção das vias frontoestriadas é um mecanismo proposto para a “depressão vascular” ^{51,53}. Estudos sugerem que a “depressão vascular” se caracteriza por uma redução do interesse em atividades, lentificação psicomotora, perda de *insight* mas escasso sentimento de culpa ^{51,52}.

O *stress* psicológico causado pela doença somática, incapacidade funcional e mudanças nas atividades de vida, próprios da doença crónica podem precipitar depressão em indivíduos suscetíveis ^{54,55}. Padrões causais recíprocos são comuns na depressão em final de vida associada a comorbilidade médica. A dor crónica é um

exemplo disto. A depressão amplifica a percepção da dor e a dor persistente a depressão. A insónia, sintoma comum na depressão e na dor crónica pode contribuir para a relação entre as duas. O tratamento tanto da depressão como da dor é indispensável à obtenção de melhores resultados. Antidepressivos, em especial aqueles com atividade noradrenérgica, aliviam a dor neuropática, mesmo em doentes sem depressão ⁵⁶. Assim, o alívio da dor com antidepressivos não implica que a dor seja exclusivamente devida a uma percepção alterada pela depressão nem que seja a depressão exclusivamente causada pela dor.

A depressão intensifica os sintomas físicos e reduz a auto-avaliação que o doente faz em termos de saúde mais do que o previsto, de acordo com a caracterização objetiva da sua condição física ^{57,58,59,60,61}. O tratamento eficaz da depressão reduz os sintomas somáticos e leva a uma percepção de maior saúde, mesmo que não haja alteração objetiva na condição médica ^{62,63,64}.

A depressão pode interferir com a adesão do doente ao tratamento da sua doença física. Comparativamente com pacientes não deprimidos, a probabilidade de não cumprimento de medicação, exercício, dieta, comportamentos saudáveis, vacinas e consultas, é 3 vezes superior em doentes com doença física e deprimidos⁶⁵. A depressão pode ser particularmente prejudicial em pacientes com patologias médicas coexistentes, cujo prognóstico depende de uma participação ativa do doente no tratamento (ex.: DPOC) ⁴⁹.

Depressão e Patologia Oncológica

A prevalência de depressão tem sido descrita como sendo elevada em doentes com cancro, especialmente aqueles cuja doença se encontra num estadio mais avançado⁶⁶.

Num estudo realizado aplicando a *SDS*, verificou-se que a prevalência de depressão era superior nos doentes submetidos unicamente a cuidados paliativos, em comparação com aqueles que realizaram quimioterapia. Doentes com progressão para estadios terminais obtiveram valores mais altos na escala ⁶⁶.

Num estudo ⁶⁷ com 544 doentes internados no qual se aplicou a *HADS* e o *Needs Evaluation Questionnaire*, encontraram-se 20,8% de casos prováveis de depressão. As variáveis sociodemográficas e clínicas têm pouca influência na depressão e ansiedade, mas as necessidades frequentemente se associaram a estas variáveis. As necessidades também se associam com maior ansiedade e depressão.

Toshiko Matsushita ⁶⁸ desenvolveu um trabalho com 85 doentes internados para cirurgia a cancro gástrico primário e 26 controlos hospitalizados para tratamento

cirúrgico de outras patologias gástricas que não cancro. Após confirmar que os doentes não tinham outra patologia psiquiátrica (através de entrevista clínica, critérios da DSM-IV), aplicou a HADS e SDS (score médio considerado normal para japoneses é 35) antes da cirurgia, antes da alta e 6 meses depois da alta. Os sintomas de ansiedade e depressão foram significativamente superiores no grupo de doentes em estadiamento mais avançado, aumentaram do pré para o pós-operatório, e do pós-operatório para o pós-alta. A depressão foi mais prevalente nos doentes dos grupos 'com equipamento para tratamento médico' (sonda de nutrição parentérica, por exemplo), nos submetidos a quimioterapia e naqueles com um longo tempo de hospitalização.

Um trabalho realizado por Vanger no Brasil ⁶⁹ analisou depressão e comportamentos suicidários em doentes oncológicos. Foram rastreados 5357 doentes ao longo de 13 meses, dos quais 826 com cancro. Foram aplicados a HADS (score > 8 na HADS-D = depressão) e entrevista clínica de acordo com critérios da DSM-IV, e realizou-se uma análise univariada com ajuste para sexo e faixa etária. 675 doentes com cancro (média de idades 56,4) completaram a entrevista. A prevalência de depressão foi de 18,3% e o risco estimado de suicídio 4,7%. A prevalência de depressão foi superior nos doentes com cancro em relação aos demais pacientes internados (13,2% para estes últimos). Associam-se a depressão o sexo feminino (23% vs. 15,4%), a menor escolaridade, maior tempo de doença, presença de dor, uso de psicofármacos e risco de suicídio. Associaram -se a risco de suicídio a dor e a depressão.

Porém, outro estudo ⁷⁰, desenvolvido numa população de 517 doentes, na qual se aplicou o GHQ-12 e a HADS, e 200 pacientes foram submetidos a entrevista clínica (CIDI) para estabelecer o diagnóstico de acordo com a DSM-IV. Concluiu que a prevalência de doença mental em doentes com cancro é sobreponível à da população em geral. Contudo, observa uma prevalência superior de depressão *minor nestes* doentes.

Outros trabalhos concluíram que a patologia psiquiátrica nos doentes oncológicos é sobreponível à da população em geral ^{70,71,72}, mas mais um estudo verificou que a prevalência de depressão era superior ⁷³. Vanger ⁶⁹, ao contrário de outros estudos ^{72,74,75} não inclui diferentes tipos de cancro, estadiamento e gravidade de eventuais complicações como variáveis independentes, nem realizou entrevista clínica para confirmar o diagnóstico de depressão.

É frequente a dificuldade dos profissionais em detetar depressão em doentes oncológicos, já que esta se pode manifestar com sintomas somáticos que podem ser atribuídos ao processo maligno subjacente. Alguns médicos podem assumir com naturalidade que os doentes com cancro estão "compreensivelmente deprimidos" ⁷⁶.

Rasic ⁷⁴ determinou a prevalência de depressão usando entrevista clínica de acordo com os critérios da *DSM-IV*, e verificou que o cancro está associado a prevalência aumentada de depressão *major* apenas no grupo com idades entre os 15 e os 54 anos, mesmo após ajuste para variáveis sociodemográficas, sendo dos poucos estudos que chega a uma prevalência superior em indivíduos mais jovens. Indivíduos mais jovens terão mais dificuldade em aceitar a doença oncológica, uma vez que não é esperado nesta fase do ciclo de vida.

Walker ⁷⁷ publicou uma revisão em 2013, na qual apenas incluiu estudos em que o diagnóstico foi feito através de entrevista clínica e de acordo com critérios da *DSM-IV* ou *ICD-10*. Em estudos em cuidados paliativos a prevalência de depressão encontra-se entre 7 e 49% (3 estudos), sendo de 4 a 14% em doentes internados, 4 a 11% em amostras mistas de doentes internados e doentes de ambulatório e 5 a 16% em doentes em tratamento ambulatório.

Consequências no prognóstico da doença somática

Vários autores associam a depressão a um pior Estado Global de Saúde e eficácia reduzida do tratamento.

Covinsky ⁷⁸, num estudo com 572 doentes de idade ≥ 70 anos, verificou que doentes com mais sintomas de depressão têm um estado global de saúde pior e uma maior probabilidade de degradar o seu estado, ao invés de melhorar, durante e após o internamento, independentemente da severidade da doença somática. Alexopoulos ⁴⁹ também associou depressão a um pior estado global de saúde e à perceção de um estado mais grave por parte do doente.

Ladwig ⁷⁹, no estudo supracitado, e Frasure-Smith ⁸, na análise de uma amostra de 560 sobreviventes a EAM, após follow-up de 6 meses, referem que a depressão leva a uma redução da eficácia do tratamento da doença somática, nomeadamente pós-EAM.

Cullum ⁵ é um dos autores que refere uma taxa de mortalidade superior nos doentes com sintomas depressivos; e questiona se a depressão refletirá uma incapacidade subjacente do organismo recuperar de doença física severa, aumentando desta forma a probabilidade de morte e/ou necessidade de serviços de reabilitação, ou se as equipas hospitalares confundem depressão com uma recuperação mais lenta da doença somática e, como tal, recomendam reabilitação quando deveriam recomendar o tratamento da depressão em seu lugar. O termo 'fragilidade' descreve uma variedade de condições presentes em indivíduos mais

velhos, incluindo uma debilidade geral e uma disfunção cognitiva. Os resultados deste estudo sugerem que os sintomas depressivos podem ser indicadores de 'fragilidade'. Se os sintomas depressivos são um indicador de 'fragilidade', coloca-se a questão: irá o tratamento da depressão ter algum impacto na evolução do estado de saúde – mental ou física? Investigações levadas a cabo em cuidados primários concluíram que sim^{80,81,82}. Contudo, a evidência da eficácia do tratamento da depressão em doentes internados em hospitais gerais é menos clara^{83,84,85}.

Baldwin⁸⁶, avaliou a efetividade de uma enfermaria de psiquiatria de ligação, num estudo com 153 indivíduos com 65 ou mais anos, sofrendo de doença física e com *score* acima do limiar para depressão e/ou disfunção cognitiva, e concluiu que os indivíduos randomizados para o grupo de intervenção tiveram pontuações significativamente inferiores na *GDS* no *follow-up* do que aqueles que receberam o tratamento convencional.

Koenig⁸⁷ estudou uma amostra de 41 indivíduos com depressão major emparelhados por idade, estado funcional, tipo, gravidade e curso da doença somática, com controlos sem depressão; e avaliou a sobrevivência e a taxa de utilização de serviços de saúde durante 5 meses em média. Nos indivíduos com depressão, a taxa de mortalidade foi significativamente superior aos controlos, o mesmo não se verificando após a alta. O mesmo autor⁸⁸ no *follow-up* de 1001 indivíduos previamente internados usou o *12-item Brief Carroll Depression Rating Scale (BCDRS)* e verificou que o aumento de um ponto nesta escala associa-se a um aumento de 10% do risco de mortalidade.

von Ammon⁸⁹, na análise de 241 doentes com média de idades de 49,9 anos, entrevistados para o diagnóstico de depressão de acordo com a DSM-IV, encontrou uma relação entre depressão *major* e aumento da mortalidade, independente da doença somática em causa e sua gravidade, mas não da mortalidade com variáveis sociodemográficas (género, idade, educação, raça, estado civil). A depressão prediz uma maior taxa de mortalidade independentemente de ocorrer antes ou depois do início da doença física.

Frasure-Smith⁸ identificou a depressão pós-EAM como fator preditor de mortalidade a 1 ano.

Holmes⁹⁰ num estudo com 731 idosos sujeitos a cirurgia após fratura da anca, determinou 13% de prevalência de depressão, através da *GMSS*. Mas ao contrário dos autores anteriores concluiu que a depressão não se associa a um aumento da mortalidade.

Vários autores dedicaram-se ao estudo da depressão e sua relação com o tempo de internamento, necessidade de readmissão e condições do doente no momento da alta.

Cullum, no estudo anteriormente descrito ⁵, concluiu que a ocorrência de depressão não se associa a um prolongamento da hospitalização; Di-Iorio ⁹¹, estudando 402 participantes internados em unidade de geriatria, através da escala GDS e; Bertozzi ⁹² numa amostra de 295 idosos, usando a mesma escala, verificaram que, após ajuste de fatores confundidores (tais como as comorbilidades, estado funcional, disfunção cognitiva), a incidência de depressão não leva a um prolongamento do internamento.

Koenig ⁹³, num estudo de 542 doentes com idade ≥ 60 anos, usando a *CES-D*, a *HAMD*, e entrevista clínica (*NIMH Diagnostic Interview Schedule*) de acordo com critérios da *DSM-IV*, aplicados por um psiquiatra, e após rever a utilização de serviços de saúde nos 3 meses anteriores, concluiu que os doentes com depressão tinham maior frequência de consultas e internamentos do que os doentes sem depressão. Porém, novamente, após ajuste para os factores confundidores, concluiu que a incidência de depressão não leva a um prolongamento do internamento.

Goreishizadeh ¹⁴ concluiu que no grupo de doentes deprimidos, a duração do internamento era significativamente superior.

Koenig ⁸⁸, avaliou uma amostra de 542 doentes idosos, 160 com depressão e 171 sem depressão, durante uma média de 47 semanas após a alta, concluindo que os doentes com depressão tinham maiores taxas de re-hospitalização e estadias em casas de repouso, mesmo após controlo da doença física 'primária'. 113 doentes permaneceram com disfunção física e mental no período de *follow-up*, e verificou-se que visitaram mais vezes os cuidados de saúde primários, mas não os especializados em doença mental, comparativamente com aqueles que recuperaram física e mentalmente. O mesmo autor ⁸⁷, num estudo previamente descrito, concluiu que a depressão estava associada a um prolongamento do internamento e a maior uso dos cuidados de saúde após alta. Noutro estudo ainda deste autor ⁹³ encontrou-se uma associação positiva entre ocorrência de depressão no internamento e a probabilidade de readmissão.

Ingold ⁹⁴, num estudo realizado numa zona rural da Suíça, com 196 doentes com idade ≥ 75 anos, verificou que os sintomas depressivos se associam a 'dias inadequados de internamento' ou mesmo 'internamento inadequado' nos respetivos doentes.

Holmes ⁹⁰ concluiu que a depressão se associada a um prolongamento do internamento e Bula ⁹⁵, num trabalho desenvolvido na Suíça com 401 doentes com 75

anos ou mais observou que a presença de sintomas depressivos influencia a permanência no internamento e aumentou a probabilidade de readmissão.

Kartha ⁹⁶, num trabalho com 144 adultos internados pelo menos uma vez nos 6 meses anteriores, mediu a taxa de re-hospitalização nos 90 dias subsequentes ao primeiro internamento, tendo concluído que os doentes deprimidos (através do *Nine Item Patient Health Questionnaire – PHQ-9*) tinham uma probabilidade 3 vezes superior de re-internamento.

Cullum ⁵ verificou uma associação de depressão com maior taxa de internamentos em hospitais comunitários de reabilitação; e Bula ⁹⁶ chegou a conclusões semelhantes.

Instrumentos de *Screening*/Diagnóstico

Foram desenvolvidos inúmeros instrumentos de rastreio/diagnóstico de depressão, que deveriam ser utilizados para completar a abrangência da acuidade diagnóstica em pacientes com doença física e não só, mas que têm sido usados quase exclusivamente em estudos de investigação ¹⁶. Habitualmente estes instrumentos são longos e obrigam a treino para a sua aplicação e interpretação dos resultados, o que tem dificultado a transposição para a rotina médica habitual.

Os instrumentos de *screening* mais utilizados na literatura revista no presente trabalho foram a HADS e a GDS, tendo sido aplicados em 9 dos estudos nos quais é descrita a metodologia e prevalência de depressão/sintomas depressivos, seja como instrumento único ou em conjunto com outras escalas/critérios de diagnóstico.

A HADS foi aplicada como único instrumento em 4 dos 9 estudos, e foi aplicada juntamente com os critérios da DSM-IV num dos estudos.

Dos 9 trabalhos em que a GDS foi aplicada, usou-se apenas este método de *screening* em 7, e aplicaram-se os critérios do ICD-10 em dois.

Os critérios de diagnóstico mais utilizados nos trabalhos referenciados foram os da DSM-IV, aplicados em 13 estudos (DSM-III-R num deles), quer sozinhos (em 7 trabalhos) ou após aplicação de escalas de *screening*. Os critérios da ICD-10 foram aplicados em 4 dos estudos descritos; em 2 deles após rastreio com a GDS-15, num deles após aplicação da SRQ e da GMSS, e noutro com a GHQ-12.

O BDI foi aplicado em 3 estudos, dos quais um utilizou também os critérios de diagnóstico da DSM-IV. O SDS foi aplicado em 3 estudos, em 2 deles como único instrumento, e noutro em conjunto com a HADS e a DSM-IV. A GMSS foi escolhida para 3 dos trabalhos descritos, um deles em conjunto com a SRQ e os critérios da ICD-10, noutro juntamente com a HADS e noutro como único instrumento. A GHQ-12

foi o instrumento de screening escolhido em 2 dos trabalhos referenciados, sendo que num deles em conjunto com a HADS e os critérios de diagnóstico DSM-IV, e no outro com os critérios da ICD-10.

A CES-D foi aplicada em 2 estudos, num dos quais em conjunto com a HAMD e os critérios DSM-IV.

A HAMD foi aplicada em 2 estudos, um deles em conjunto com DSM-IV e outro em conjunto com CES-D e os critérios da DSM-IV.

O PHQ-9, o BCDRS e a MARDS foram aplicados num estudo cada um, sendo que a MADRS foi usada em conjunto com a HAD-S.

A HADS é o instrumento de *screening* mais utilizado em estudos europeus em doentes oncológicos, embora seja menos usada nos EUA e Canadá ⁷². Evita sintomas somáticos para diminuir falsos positivos ⁹⁷. Esta escala ⁹⁷ é um instrumento breve de auto-preenchimento, bidimensional, originalmente desenvolvido para rastrear sintomas de depressão e ansiedade clinicamente significativos em doentes na consulta de medicina. Era importante evitar os efeitos confundidores dos sintomas físicos, portanto os itens somáticos foram excluídos, o que torna esta escala particularmente adequada para doentes com doença física. Consiste em duas sub-escalas separadas, para depressão e ansiedade, com 7 itens cada, com *score* que vai de 0 a 21 pontos. Um *score* entre 0 e 7 é considerado normal, 8 a 10 indica depressão/ansiedade ligeira, e pontuações acima de 11 são consideradas como ponto de diferenciação entre casos e *não-casos*. Depressão ou ansiedade moderada são consideradas para pontuações entre 11 e 14. Scores entre 15 e 21 identificam depressão/ansiedade severa.

A *Geriatric Depression Scale* (GDS), nas suas formas longa (30 questões) e curta (15 questões), é um instrumento simples, de resposta “sim” ou “não”. Tal simplicidade permite que seja facilmente aplicada em indivíduos com incapacidade cognitiva. Uma pontuação superior a 5 pontos na versão curta sugere depressão; na versão longa, uma pontuação de 0 a 9 é considerada normal, 10 a 19 traduz depressão ligeira e entre 20 e 30 pontos é considerada depressão severa ^{99,100,101}.

Segundo a revisão feita por Dennis ¹⁰², apenas a *GDS*, na versão de 15 e 30 itens, foi convenientemente estudada, com uma sensibilidade entre 66 e 88% e especificidade entre 64 e 91%. É o instrumento atualmente mais validado. A *Brief Assessment Schedule Depression Cards* (BASDEC) poderá ter resultados promissores, é utilizado apenas em dois estudos desta revisão, com uma sensibilidade de 80 e especificidade de 86%.

Os instrumentos de screening/diagnóstico aplicados nos trabalhos referenciados encontram-se em anexo.

Depressão, *Delirium* e Demência

Apesar de a grande maioria dos trabalhos de investigação sobre o assunto apontar para um subdiagnóstico da depressão/sintomas depressivos nos doentes hospitalizados por doença somática, alguns estudos contrapõem esta opinião.

Na realidade, de acordo com a revisão de Walker de 2013 ⁷⁷ sobre a prevalência de depressão em doentes com cancro, que incluiu apenas estudos com amostras de 100 ou mais indivíduos, e nos quais foi aplicada entrevista clínica, a execução da entrevista por especialista (psiquiatra ou psicólogo clínico), resulta na obtenção de valores mais baixos de prevalência de depressão *major*.

Wasteson ⁷² e Hotopf ¹⁰³ referem que o uso de escalas de *screening* como instrumentos de diagnóstico pode levar à obtenção de taxas prevalência de depressão falsamente elevadas.

Por outro lado, na maioria dos trabalhos revistos, os doentes com disfunção cognitiva e doença física muito severa são sistematicamente excluídos dos estudos, o que pode resultar num viés de seleção. Os resultados obtidos não podem, portanto, ser generalizados para estes doentes.

Boland ¹⁰⁴ estudou uma amostra de 4396 doentes de dois hospitais, referenciados para consulta de psiquiatria, categorizados de acordo com o motivo de referência e pelo diagnóstico final dado pelo psiquiatra. O motivo mais frequente de referência para psiquiatria foi a “avaliação/tratamento de depressão”. Em ambos os hospitais, cerca de 40% dos indivíduos referenciados como tendo depressão, não tiveram este diagnóstico confirmado segundo o psiquiatra. Num dos hospitais, dos doentes referenciados por depressão e considerados não deprimidos, 52% tinham *delirium* ou demência. No outro hospital, a maioria dos casos erradamente referenciados como depressão tinham perturbações de ansiedade.

Armstrong ¹⁰⁵ publicou um trabalho em que refere 46% de incorreção diagnóstica do *delirium*, sendo que uma grande parte, principalmente do género feminino, é classificada pelos médicos como sofrendo de depressão.

Yamada ¹⁰⁶ analisou uma amostra de 172 doentes geriátricos referenciados para Psiquiatria de Ligação. Foi realizada uma entrevista clínica (critérios de diagnóstico ICD-10) e os psiquiatras diagnosticaram 12 casos de *delirium* e 4 casos de uso de substâncias psicoativas, em 23 dos casos referenciados como depressão.

Alguns trabalhos propõem novos desafios para rastreio de sintomas depressivos na doença somática. Hoyer¹⁰⁷ realizou o *screening* de depressão em dois Serviços de Urgência (SU) de acordo com os 9 sintomas dos critérios da DSM-IV. Foram rastreados 505 doentes, obtendo-se em 109 (21,6%) critérios para depressão, e uma prevalência semelhante nos dois locais. Kumar¹⁰⁸ desenvolveu também um estudo no SU, no qual rastreou sintomas de depressão nos últimos 12 meses em 539 doentes. Obtendo em 30% destes relatos de sintomas de depressão nos 12 meses anteriores. Comparativamente com os não deprimidos, os doentes deprimidos tinham maior probabilidade de ser mulheres, de meia-idade e de um nível socioeconómico inferior.

CONCLUSÃO

A literatura revista neste trabalho revela uma grande diversidade no que diz respeito a metodologias e objetivos de estudo, instrumentos de screening/critérios de diagnóstico aplicados, dimensões e características das amostras analisadas, bem como das variáveis estudadas, sejam estas de natureza clínica ou sociodemográfica, o que torna a difícil uma comparação entre estudos e respectivos resultados obtidos.

Existe uma relação bidirecional entre depressão e doença somática. Algumas patologias somáticas podem ser causa direta de ocorrência de depressão, permanecendo por determinar o exato contributo de outras, embora seja inegável a associação. A depressão pode ser um dos fatores de risco, a acrescentar a outros sobejamente reconhecidos, para a ocorrência de determinadas patologias somáticas como sendo a doença cardiovascular.

Apesar de haver resultados discordantes, a maioria dos estudos aponta para uma prevalência superior de depressão nos indivíduos com doença somática, particularmente aqueles em ambiente de internamento, em relação à população em geral. Género feminino e idade igual ou superior a 65 anos parecem ser fatores de risco para depressão na maioria dos estudos revistos. Não há consenso em relação ao contributo das restantes variáveis sociodemográficas para a ocorrência de depressão.

Um número considerável de trabalhos aponta para uma associação entre a ocorrência de depressão/sintomas depressivos e uma maior mortalidade, morbilidade mais acentuada e um pior estado global de saúde, incluindo piores condições na data da alta.

A prevalência de depressão em doentes internados, determinada pelos diferentes trabalhos revistos varia entre valores próximos dos 10% e dos 70%. A taxa de deteção por não-psiquiatras chega a ser referida como nula num dos estudos, sendo que na sua generalidade todos apontam para uma baixa eficácia de diagnóstico. Geralmente, os valores de prevalência obtidos pela aplicação de instrumentos de *screening* é superior àqueles a que se chega utilizando entrevista clínica estruturada de acordo com critérios de diagnóstico. Apesar disto, num dos estudos, a escala de screening aplicada 'deixou escapar' uma percentagem dos diagnósticos feitos através da entrevista clínica.

Apesar do grande número de estudos existentes, não há consenso acerca da prevalência de depressão em doentes oncológicos. Uma revisão recente, com critérios de inclusão bastante rígidos, concluiu que a prevalência de depressão nestes doentes é próxima da população geral.

É conveniente ter em atenção que outras patologias podem ser confundidas com depressão e isto pode ser particularmente grave no caso do *delirium*, uma vez que é uma reconhecida causa de mortalidade. Acrescentar à conclusão de que a depressão é muitas vezes subdiagnosticada, há alguns estudos que afirmam a existência de uma considerável incorreção nos diagnósticos feitos pelos médicos não psiquiatras. Muitos dos doentes referenciados a psiquiatria com o diagnóstico de depressão, revelam na realidade ter outras patologias.

Conclui-se que a patologia depressiva, ou pelo menos a ocorrência de sintomas depressivos, no contexto do internamento, ainda não é eficazmente detetada pelos profissionais dos serviços de internamento. Considerando que a depressão conduz a prognósticos adversos no curso da doença somática, o não reconhecimento dos sintomas depressivos pode trazer consequências graves para o doente. Por outro lado, os doentes internados estão particularmente suscetíveis a sofrer depressão.

Os instrumentos de *screening* referidos, inquestionavelmente contribuem para a deteção desta patologia, contudo, a interpretação dos seus resultados deve ser cautelosa, ressaltando-se que um despiste positivo de sintomas de depressão não é sinónimo de diagnóstico de depressão/patologia depressiva.

Alguns estudos introduziram o uso de instrumentos de screening para sintomas depressivos mesmo no SU.

Referências Bibliográficas

1. Murray CJL, Lopez AD. WHO & World Bank. The global burden of disease. Published by Harvard School of Public Health of behalf of WHO and World Bank: Cambridge, MA 1996
2. Gaspar KC, Santos AJ, Azevedo RCS, Mauro MLF, Botega NJ. Depression in general hospital inpatients: challenges for consultation-liaison psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011 Sep;33(3):305-7
3. Strain JJ, Blumefield M, Challenges for Consultation-Liaison Psychiatry in the 21st century. *Psychosomatics.* 2008; 49(2):93-96
4. McCusker J, Cole M, Dufouil C, Dendukuri N, Latimer E, Windholz S, Elie M. The prevalence and correlates of major and minor depression in older medical inpatients. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Aug;53(8):1344-53.
5. Cullum S, Metcalfe C, Todd C, Brayne C. Does depression predict adverse outcomes for older medical inpatients? A prospective cohort study of individuals screened for a trial. *Age Ageing.* 2008 Nov;37(6):690-5.
6. Cullum S, Tucker S, Tood C, Brayne C. Screening for depression in older medical inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 469-76.
7. Helvik AS, Skancke RH, Selbaek G. Screening for depression in elderly medical inpatients from rural area of Norway: prevalence and associated factors. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010 Feb;25(2):150-9.
8. Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation.* 2000 Apr 25;101(16):1919-24.
9. Pakriev S, Kovalev J, Mozhaev M. Prevalence of depression in a general hospital in Izhevsk, Russia. *Nord J Psychiatry.* 2009 Nov;63(6):469-74.
10. Imam SZ, Hashmi SH, Islam MG, Hussain MA, Iqbal F, Ilyas M, Hussain I, Naqvi SH, Khan MM. Liaison psychiatry and depression in medical inpatients. *J Pak Med Assoc.* 2007 Mar;57(3):159-62.
11. Ni Mhaolain AM, Butler JS, Magill PF, Wood AE, Sheehan J. The increased need for liaison psychiatry in surgical patients due to the high prevalence of undiagnosed anxiety and depression. *Ir J Med Sci.* 2008 Sep;177(3):211-5.
12. Zhang J, Ye M, Huang H, Li L, Yang A. Depression of chronic medical inpatients in China. *Arch Psychiatr Nurs.* 2008 Feb;22(1):39-49.

13. Zhong BL, Chen HH, Zhang JF, Xu HM, Zhou C, Yang F, Song J, Tang J, Xu Y, Zhang S, Zhang Y, Zhou L. Prevalence, correlates and recognition of depression among inpatients of general hospitals in Wuhan, China. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 May-Jun;32(3):268-75.
14. Ghoreishizadeh MA, Salimi Namin M, Moosavi Torshizi SA. Depression among General Hospital Surgical Inpatients and its Effect on the Length of Hospital Stay. *Research Journal of Biological Sciences* 2008; 3: 1018-1021.
15. Uwakwe R. Psychiatric morbidity in elderly patients admitted to non-psychiatric wards in a general/teaching hospital in Nigeria. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000 Apr;15(4):346-54.
16. Machado S CEP, Goldim JR, Fleck MPA, Eizirik CL. Detecção de Depressão em Hospital Geral Universitário: uma comparação entre 1987 e 2002. *Ver Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)* 2003(ago);24(2):209-14.
17. Unsal A, Unaldi C, Baytemir C. Anxiety and depression levels of inpatients in the city centre of Kirşehir in Turkey. *Int J Nurs Pract*. 2011 Aug;17(4):411-8.
18. Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L, De Francesco M, Marinoni MG, Mosciaro C, Piccinelli M, Vaccari L, Tansella M. Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychol Med*. 1999 Jul;29(4):823-32.
19. Soskolne V, Bonne O, Denour AK, Shalev AY. Depressive symptoms in hospitalized patients: A cross-sectional survey. *Int J Psychiatry Med*. 1996;26(3):271-85.
20. Bryant C, Jackson H, Ames D. Depression and anxiety in medically unwell older adults: prevalence and short-term course. *Int Psychogeriatr*. 2009 Aug;21(4):754-63.
21. McCusker J, Cole M, Ciampi A, Latimer E, Windholz S, Elie M, Belzile E. Twelve-month course of depressive symptoms in older medical inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 May;22(5):411-7.
22. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G; ODIN Group. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2001 Oct;179:308-16.
23. Chiu HC, Chen CM, Huang CJ, Mau LW. Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: a comparison of urban and rural elders in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Jul;20(7):635-44.
24. Carpiello B, Carta MG, Rudas N. Depression among elderly people. A psychosocial study of urban and rural populations. *Acta Psychiatr Scand*. 1989 Nov;80(5):445-50.

25. Helvik AS, Engedal K, Selbaek G. Depressive symptoms among the medically hospitalized older individuals - a 1-year follow-up study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013 Feb;28(2):199-207.
26. Verbosky LA, Franco KN, Zrull JP. The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient. *J Clin Psychiatry*. 1993 May;54(5):177-81.
27. Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry*. 2003 Aug 1;54(3):227-40.
28. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001 Jun;24(6):1069-78.
29. Katon W, von Korff M, Ciechanowski P, Russo J, Lin E, Simon G, Ludman E, Walker E, Bush T, Young B. Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*. 2004 Apr;27(4):914-20.
30. Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: global perspectives. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010 Mar;87(3):302-12.
31. Goldney RD, Ruffin R, Fisher LJ, Wilson DH. Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: a population survey. *Med J Aust*. 2003 May 5;178(9):437-41.
32. Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage KB. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry*. 2004;58(1):65-70.
33. Malzberg B. Mortality among patients with evolutionary melancholia. *Am Psychiatry* 1937; 93(5):1231-8.
34. Baune BT, Stuart M, Gilmour A, Wersching H, Arolt V, Berger K. Moderators of the relationship between depression and cardiovascular disorders: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Sep;34(5):478-92.
35. Thombs BD, Bass EB, Ford DE, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel U, et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 2006;21(1):30-8.
36. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J* 2006;27(23):2763-74.

37. Goldston K, Bailie AJ. Depression and coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clin Psychol Rev* 2008;28(2):288-306.
38. Frasure-Smith N, Lespérance F. Depression and cardiac risk: present status and future directions. *Heart*. 2010 Feb;96(3):173-6.
39. Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Thombs BD, van Melle Jp, de Jonge P. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33(3):203-16.
40. Baune BT, Stuart M, Gilmour A, Wersching H, Heindel W, Arolt V, et al. The relationship between subtypes of depression and cardiovascular disease: a systematic review of biological models. *Transl Psychiatry* 2012;2:e92; 2,4,6,12-20.
41. Grippo AJ, Johnson AK. Biological mechanisms in the relationship between depression and heart disease. *Neurosci Biobehav Rev* 2002; 26(8):941-62.
42. Lippi G, Montagna M, Facaloro E, Franchini M. Mental depression and cardiovascular disease: a multifaceted, bidirectional association. *Semin Thromb Hemost* 2009;35(3):325-36.
43. Joynt KE, Wheelan DJ, O'Connor CM. Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):248-61.
44. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nature* 2008;9:46-57.
45. Brown ES, Varghese FP, McEwen BS. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? *Biol Psychiatry* 2004; 55(1):1-9.
46. Stuart MJ, Baune BT. Depression and type 2 diabetes: inflammatory mechanisms of a psychoneuroendocrine com-morbidity. *Neurosci Biobehav Rev* 2012;36(1):658-76.
47. Malpas Sc. Sympathetic nervous system overactivity and its role in the development of cardiovascular disease. *Physiol Rev* 2010;90(2):513-57.
48. Sherwood A, Hinderliter AL, Watkins LL, Waught RA, Blumenthal JA. Impaired endothelial function in coronary heart disease patients with depressive symptomatology. *J Am Coll Cardiol* 2005;46(4):656-9.
49. Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, Devanand DP, Mulsant BH, Olin JT, Oslin DW. Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry*. 2002 Aug 1;52(3):164-74.
50. Robinson RG, Paradiso S (1999): Psychiatric aspects of cerebral

vascular disorders. In Robinson RG, Yates WR, editors. *Psychiatric Treatment of the Medically Ill*. Marcel Dekker, New York: pp 299–338.

51. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Oct;54(10):915-22.

52. Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry*. 1997 Apr;154(4):497-501.

53. Beblo T, Wallesch CW, Herrmann M. The crucial role of frontostriatal circuits for depressive disorders in the postacute stage after stroke. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 1999 Oct;12(4):236-46.

54. Bruce ML, Seeman TE, Merrill SS, Blazer DG. The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *Am J Public Health*. 1994 Nov;84(11):1796-9.

55. Kukull WA, Koepsell TD, Inui TS, Borson S, Okimoto J, Raskind MA, Gale JL. Depression and physical illness among elderly general medical clinic patients. *J Affect Disord*. 1986 Mar-Apr;10(2):153-62.

56. Lynch ME. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. *J Psychiatry Neurosci*. 2001 Jan;26(1):30-6.

57. Foelker GA Jr, Shewchuk RM. Somatic complaints and the CES-D. *J Am Geriatr Soc*. 1992 Mar;40(3):259-62.

58. Lyness JM, King DA, Conwell Y, Cox C, Caine ED. "Somatic worry" and medical illness in depressed inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 1993; b(1):288–295.

59. Mulsant BH, Sweet RA, Rifai AH, Pasternak RE, McEachran A, Zubenko GS. The use of the Hamilton rating scale for depression in elderly patients with cognitive impairment and physical illness. *Am J Geriatr Psychiatry* 1994 (2):220–229.

60. Mulsant BH, Ganguli M, Seaberg EC. The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*. 1997 Aug;45(8):954-8.

61. Schulberg HC, Mulsant B, Schulz R, Rollman BL, Houck PR, Reynolds CF 3rd. Characteristics and course of major depression in older primary care patients. *Int J Psychiatry Med*. 1998;28(4):421-36.

62. Borson S, McDonald GJ, Gayle T, Deffebach M, Lakshminarayan S, VanTuinen C. Improvement in mood, physical symptoms, and function with nortriptyline for depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychosomatics*. 1992 Spring;33(2):190-201.

63. Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, Mulsant BH, Rollman BL, Dew MA, Schulz R, Reynolds CF 3rd. The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001 Spring;9(2):113-35.
64. Miller MD, Schulz R, Paradis C, Houck PR, Mazumdar S, Frank E, Dew MA, Reynolds CF 3rd. Changes in perceived health status of depressed elderly patients treated until remission. *Am J Psychiatry*. 1996 Oct;153(10):1350-2.
65. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*. 2000 Jul 24;160(14):2101-7.
66. Ina K, Sugiyama A, Yuasa S, Koga C, Yamazaki E, Katayama Y, Nagaoka M, Nagao S. [Depression screening test for patients with metastatic gastric and colorectal cancer]. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2010 Jun;37(6):1059-63.
67. Annunziata MA, Muzzatti B, Bidoli E, Veronesi A. Emotional distress and needs in Italian cancer patients: prevalence and associations with socio-demographic and clinical factors. *Tumori*. 2012 Jan-Feb;98(1):119-25. doi: 10.1700/1053.11510.
68. Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Oct;59(5):576-83.
69. Fanger PC, Azevedo RC, Mauro ML, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, Nascimento WT, Botega NJ. [Depression and suicidal behavior of cancer inpatients: prevalence and associated factors]. *Rev Assoc Med Bras*. 2010 Mar-Apr;56(2):173-8.
70. Härter M, Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburg A, Weis J. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer*. 2001 Jul;37(11):1385-93.
71. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer*. 2005 Dec 15;104(12):2872-81.
72. Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, Hotopf M, Lloyd-Williams M, Kaasa S, Loge JH; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliat Med*. 2009 Dec;23(8):739-53.
73. van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med*. 1997 May-Jun;59(3):280-93.

74. Rasic DT, Belik SL, Bolton JM, Chochinov HM, Sareen J. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology*. 2008 Jul;17(7):660-7.
Chochinov HM. Depression in cancer patients. *Lancet Oncol*. 2001 Aug;2(8):499-505.
75. Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*. 2009 Jul-Aug;50(4):383-91. Chochinov HM. Depression in cancer patients. *Lancet Oncol*. 2001 Aug;2(8):499-505.
76. Chochinov HM. Depression in cancer patients. *Lancet Oncol*. 2001 Aug;2(8):499-505.
77. Walker J, Holm Hansen C, Martin P, Sawhney A, Thekkumpurath P, Beale C, Symeonides S, Wall L, Murray G, Sharpe M. Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Ann Oncol*. 2013 Apr;24(4):895-900. doi: 10.1093/annonc/mds575. Epub 2012 Nov 21.
78. Covinsky KE, Fortinsky RH, Palmer RM, Kresevic DM, Landefeld CS. Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. *Ann Intern Med*. 1997 Mar 15;126(6):417-25.
79. Ladwig KH, Kieser M, König J, Breithardt G, Borggrefe M. Affective disorders and survival after acute myocardial infarction. Results from the post-infarction late potential study. *Eur Heart J*. 1991 Sep;12(9):959-64.
80. Unützer J et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Dec 11;288(22):2836-45.
81. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004 Mar 3;291(9):1081-91.
82. Lin EH et al. Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003 Nov 12;290(18):2428-9.
83. Cullum S, Tucker S, Todd C, Brayne C. Effectiveness of liaison psychiatric nursing in older medical inpatients with depression: a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2007 Jul;36(4):436-42.
84. Tan RS, Barlow RJ, Abel C, Reddy S, Palmer AJ, Fletcher AE, Nicholl CG, Pitt BM, Bulpitt CJ. The effect of low dose lofepramine in depressed elderly patients in general medical wards. *Br J Clin Pharmacol*. 1994 Apr;37(4):321-4.

85. Shah A, Odutoye K, De T. Depression in acutely medically ill elderly inpatients: a pilot study of early identification and intervention by formal psychogeriatric consultation. *J Affect Disord.* 2001 Feb;62(3):233-40.
86. Baldwin R, Pratt H, Goring H, Marriott A, Roberts C. Does a nurse-led mental health liaison service for older people reduce psychiatric morbidity in acute general medical wards? A randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2004 Sep;33(5):472-8.
87. Koenig HG, Shelp F, Goli V, Cohen HJ, Blazer DG. Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. *J Am Geriatr Soc.* 1989 Jul;37(7):599-606.
88. Koenig HG, George LK, Larson DB, McCullough ME, Branch PS, Kuchibhatla M. Depressive symptoms and nine-year survival of 1,001 male veterans hospitalized with medical illness. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1999 Spring;7(2):124-31.
89. von Ammon Cavanaugh S, Furlanetto LM, Creech SD, Powell LH. Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality. *Am J Psychiatry.* 2001 Jan;158(1):43-8.
90. Holmes J, House A. Psychiatric illness predicts poor outcome after surgery for hip fracture: a prospective cohort study. *Psychol Med.* 2000 Jul;30(4):921-9.
91. Di Iorio A, Longo A, Mitidieri Costanza A, Palmerio T, Benvenuti E, Giardini S, Bavazzano A, Guizzarda G, Senin U, Bandinelli S, Ferrucci L, Abate G. Factors related to the length of in-hospital stay of geriatric patients. *Aging (Milano).* 1999 Jun;11(3):150-4.
92. Bertozzi B, Barbisoni P, Franzoni S, Rozzini R, Frisoni GB, Trabucchi M. Factors related to length of stay in a geriatric evaluation and rehabilitation unit. *Aging (Milano).* 1996 Jun;8(3):170-5.
93. Koenig HG, Kuchibhatla M. Use of health services by hospitalized medically ill depressed elderly patients. *Am J Psychiatry.* 1998 Jul;155(7):871-7.
94. Ingold BB, Yersin B, Wietlisbach V, Burckhardt P, Bumand B, Büla CJ. Characteristics associated with inappropriate hospital use in elderly patients admitted to a general internal medicine service. *Aging (Milano).* 2000 Dec;12(6):430-8.
95. Büla CJ, Wietlisbach V, Burnand B, Yersin B. Depressive symptoms as a predictor of 6-month outcomes and services utilization in elderly medical inpatients. *Arch Intern Med.* 2001 Nov 26;161(21):2609-15.
96. Kartha A, Anthony D, Manasseh CS, Greenwald JL, Chetty VK, Burgess JF, Culpepper L, Jack BW. Depression is a risk factor for rehospitalization in medical inpatients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007;9(4):256-62.

97. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun;67(6):361-70.
98. Annunziata MA, Muzzatti B, Altoè G. Defining hospital anxiety and depression scale (HADS) structure by confirmatory factor analysis: a contribution to validation for oncological settings. *Ann Oncol.* 2011 Oct;22(10):2330-3.
99. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17(1):37-49.
100. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.* 1986 June;5(1/2):165-173.
101. Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale--Short Form among inpatients. *J Clin Psychol.* 1994 Mar;50(2):256-60.
102. Dennis M, Kadri A, Coffey J. Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age Ageing.* 2012 Mar;41(2):148-54.
103. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med.* 2002 Mar;16(2):81-97.
104. Boland RJ, Diaz S, Lamdan RM, Ramchandani D, McCartney JR. Overdiagnosis of depression in the general hospital. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996 Jan;18(1):28-35.
105. Armstrong SC, Cozza KL, Watanabe KS. The misdiagnosis of delirium. *Psychosomatics.* 1997 Sep-Oct;38(5):433-9.
106. Yamada K, Hosoda M, Nakashima S, Furuta K, Awata S. Psychiatric diagnosis in the elderly referred to a consultation-liaison psychiatry service in a general geriatric hospital in Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 2012 Apr;12(2):304-9.
107. Hoyer D, David E. Screening for depression in emergency department patients. *J Emerg Med.* 2012 Nov;43(5):786-9.
108. Kumar A, Clark S, Boudreaux ED, Camargo CA Jr. A multicenter study of depression among emergency department patients. *Acad Emerg Med.* 2004 Dec;11(12):1284-9.

ANEXOS