

EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO NO HOSPITAL CENTRAL DE NAMPULA

ANDRÉS VÁZQUEZ MACHADO¹, JULIENNE MUKAMUTARA²

Recibido para publicación: 21-02-2022 - Versión corregida: 25-07-2022 - Aprobado para publicación: 01-05-2023

Vázquez Machado A., Mukamutara J. Epidemiologia da depressão no Hospital Central de Nampula. Arch Med (Manizales). 2023. 23(1):73-82.

<https://doi.org/10.30554/archmed.23.1.4521.2023>

Resumo

A depressão é o transtorno mental mais comum em tudo o mundo e constitui uma causa importante de incapacitação e sofrimento. Foi realizado um estudo descritivo, transversal com o objetivo de descrever as características epidemiológicas dos pacientes com depressão no Hospital Central de Nampula. Variáveis demográficas, hábitos tóxicos, comportamento suicida, história familiar de transtornos mentais, idade de início da depressão, comorbidade psiquiátrica e médica e diagnóstico nosológico foram estudados. Predominaram as pessoas entre os 25 e os 44 anos de idade, o sexo feminino, com parceiro, escolaridade pré-universitária, com emprego e com entre 0 a 2 crianças. O 24,3 % tinha ideias suicidas. O 74,8 % da amostra apresentavam uma história familiar de transtornos mentais, predominantemente de alcoolismo em parentes de primeiro grau. Uma percentagem de 62,5 % dos deprimidos sofria de uma ou mais doenças físicas crônicas, sendo a mais frequente hipertensão, HIV/AIDS e diabetes mellitus. O transtorno distímico, depressão associada com doença física e transtorno de adaptação com humor depressivo foram os diagnósticos nosológicos mais comuns.

Palavras-chave: Depressão; epidemiologia; factores de risco.

Epidemiology of depression in the Nampula Central Hospital

Summary

Depression is the most common mental disorder worldwide and is a major cause of disability and suffering. A descriptive, cross-sectional study was conducted with the objective of to describe the epidemiological characteristics of depressed patients in Nampula Central Hospital. Demographic variables, toxic habits, suicidal behavior, family history of mental disorders, age of the onset of depression, psychiatric and medical

1 Psiquiatra. Mestrado em Psiquiatria Social. Professor assistente. Departamento de Psiquiatria. Policlínica Jimmy Hirzel. Bayamo. Granma. Cuba. E-mail: anvaz@infomed.sld.cu ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8930-3363>

2 Psicóloga Clínica. Mestrado na Educação em Ciências de Saúde. Departamento de Medicina. Hospital Central de Nampula. Nampula. Moçambique. e-mail: mukajulienne@yahoo.fr ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5322-599X>

comorbidity and nosology ical diagnosis were studied. There was a predominance of people between 25 and 44 years of age, female, with a partner, pre-university education, employed, and with between 0 and 2 children. 24.3 % had suicidal ideas. 74.8% of the sample had a family history of mental disorders, predominantly alcoholism in first-degree relatives. A percentage of 62.5 % of depressed people suffered from one or more chronic physical illnesses, the most frequent being hypertension, HIV/AIDS and diabetes mellitus. Dysthymic disorder, depression associated with physical illness, and adjustment disorder with depressive mood were the most common nosological diagnoses.

Key words: Depression; epidemiology; risk factors

Resumen

La depresión es el trastorno mental más común en el mundo y es una causa importante de discapacidad y sufrimiento. Se realizó un estudio descriptivo, transversal con el objetivo de describir las características epidemiológicas de los pacientes deprimidos en el Hospital Central de Nampula. Se estudiaron variables demográficas, hábitos tóxicos, conducta suicida, antecedentes familiares de trastornos mentales, edad de inicio de la depresión, comorbilidad psiquiátrica y médica y diagnóstico nosológico. Predominaron las personas entre 25 y 44 años, el sexo femenino, los que tenían pareja, estudios preuniversitarios, un empleo y entre 0 y 2 hijos. El 24,3 % tenía ideas suicidas y 74,8 % de la muestra tenía antecedentes familiares de trastornos mentales, predominando el alcoholismo en familiares de primer grado. El 62,5 % de las personas deprimidas padecía una o más enfermedades físicas crónicas, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial, el VIH/SIDA y la diabetes mellitus. El trastorno distímico, la depresión asociada a una enfermedad física y el trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo fueron los diagnósticos nosológicos más frecuentes.

Palabras clave: Depresión, epidemiología, factores de riesgo.

Introdução

A depressão é conhecida desde a antiguidade, mas hoje em dia tornou-se um dos transtornos mais incapacitantes na maioria dos países desenvolvidos e naqueles que estão em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde calcula que existam no mundo cerca de 300 milhões de pessoas deprimidas e estima-se que este número irá aumentar, até se converter na segunda causa de incapacidade, só superada pelas doenças cardiovasculares [1-4].

As cifras de prevalência são desiguais; alguns estudos mostram frequências de 21,3 % no Nepal [5], 15,1 % na Índia [6] e 10 % em França [7]. Relativamente ao transtorno depressivo reportam-se frequências de 33,6 % em Karachi,

Paquistão [8], e de 7,4 % no Iraque [9]. Em 2011, 7,4 % da população geral finlandesa tinham um transtorno depressivo maior (TDM) e 4,4 % um transtorno distímico (TD) [10].

Em 2017, um valor estimado de 17,6 milhões de pessoas de 18 anos e mais nos Estados Unidos tinha pelo menos um episódio depressivo maior (EDM), no último ano. Esta cifra representa 7,1 % dos adultos no país [11].

No continente africano são reportadas frequências da depressão de 6,5 % em Dar es Salaam (Tanzania) [12], 12,3 % na Ghana [13], 9,8 % na África do Sul [14] e 27,9 % em Sebeta, na Etiópia [15]. Em Moçambique, a pesquisa sobre depressão é escassa. Um estudo nas províncias de Manica e Sofala

relatou que 19,1 % da amostra apresentava sintomas depressivos [16]. Outro estudo com mulheres da Zambézia relatou uma frequência de depressão de 14 % [17].

A depressão ocorre em todas as raças e culturas, sendo mais frequente em mulheres e à medida que a idade avança. Alguns estudos sugerem que o status marital, história familiar de depressão, alcoolismo e suicídio, assim como alguns traços específicos da personalidade (introversão, dependência, dificuldades nas relações interpessoais), perda e luto, são fatores de risco para a doença [1,10,12,17]. Outros apontam que o desemprego, baixa renda, baixo nível escolar, estatuto de doméstica e a existência de doenças físicas crônicas são frequentemente associados com a presença de depressão [8,11,13].

A depressão é uma doença que causa muito sofrimento; a maioria dos pacientes chega, em primeiro lugar, aos médicos de atenção primária, falando de sintomas físicos, por isso, muitas vezes é subdiagnosticada e subtratada. A nosologia psiquiátrica adquire grande importância no paciente deprimido, já que determinar o tipo de depressão tem influência no prognóstico, pois permite estimar a possível evolução, indicar a medicação antidepressiva certa, a dose adequada e a duração do tratamento; também é importante para determinar a modalidade psicoterapêutica que o paciente precisa.

Em Nampula não existem estudos publicados sobre a depressão. O objetivo desta pesquisa é descrever as características epidemiológicas dos pacientes com depressão tratados neste hospital.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com pacientes deprimidos que foram atendidos em HCN, província de Nampula, Moçambique.

Universo e amostra. A população do estudo foi composta por todos os pacientes deprimi-

dos atendidos no hospital. Foi escolhida uma amostra não probabilística, composta por 326 pacientes deprimidos que foram atendidos em consulta externa de psiquiatria e diabetes, serviço de emergência e salas de internamento que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Concordar em participar com consentimento prévio informado.
- Estado físico e mental permitiu-lhes fornecer as informações necessárias para os objetivos da pesquisa.

Foram excluídos os pacientes que não falavam português, apenas língua local.

Variáveis

A fonte de informação foi a entrevista psiquiátrica feita a cada paciente. Foram estudadas algumas características demográficas, idade de início (idade em que teve o primeiro quadro depressivo), comportamento suicida, hábitos tóxicos, história familiar de distúrbios mentais, comorbidade médica e psiquiátrica; assim como o diagnóstico nosológico de acordo com os critérios do CID 10.

Técnicas e procedimentos

Todos os pacientes deprimidos foram avaliados por meio de entrevistas, conduzidas por um psiquiatra e um psicólogo (autores) em local adequado, atendendo às normas de privacidade.

Após a entrevista psicológica com todos os pacientes, foi solicitado seu consentimento verbal para participar do estudo. Uma vez obtida a sua disposição, foram identificadas as variáveis que deram origem aos objetivos. Quando não foram obtidos todos os dados, foi realizada outra avaliação, se viável (na próxima consulta em pacientes atendidos no ambulatório, ou em outro dia caso a internação fosse prolongada). Uma vez que o paciente forneceu todas as informações, ele passou a fazer parte da amostra. Todos os pacientes foram avaliados pelo psiquiatra para o diagnóstico nosológico.

Processamento de dados e análise estatística

As informações obtidas por meio das entrevistas foram levadas para um banco de dados feito em planilha eletrônica Excel (Microsoft). Foram criadas tabelas unidimensionais e bidimensionais para distribuição de frequências absolutas e relativas. Para a análise dos dados, recorreu-se à análise estatística, utilizando percentagens, razão e intervalos.

Procedimentos éticos

Contou-se com a aprovação do Comité Científico da Instituição e foi usado o anonimato no tratamento das informações relacionadas com cada paciente.

Resultados

A depressão estava representada em 22,4 % dos pacientes atendidos em consultas ex-

Tabela 1. Características demográficas de pacientes com depressão. HCN.

Características demográficas	Feminino		Masculino		Total	
	n° (n=217)	%	n° (n=116)	%	n° (n=333)	%
Grupos de idades						
15 – 24 anos	36	16,6	12	10,3	48	14,4
25 – 34 anos	53	24,4	34	29,3	87	26,1
35 – 44 anos	62	28,6	21	18,1	83	24,9
45 – 54 anos	38	17,5	26	22,4	64	19,2
55 – 64 anos	21	9,7	15	12,9	36	10,8
65 ou mais anos	7	3,2	8	6,9	15	4,5
Estado conjugal						
Com parceiro	123	56,7	77	66,4	200	60,1
Divorciado	41	18,9	21	18,1	62	18,6
Solteiro	33	15,2	14	12,1	47	14,1
Viúvo	20	9,2	4	3,4	24	7,2
Escolaridade						
Analfabeto	14	6,4	7	6,0	21	6,3
Primária	46	21,2	24	20,7	70	21,0
Secundária	51	23,5	23	19,8	74	22,2
Pré-universitário	73	33,6	45	38,8	118	35,4
Universitário	33	15,2	17	14,6	50	15,0
Ocupação						
Doméstica	98	45,2	-	-	98	29,4
Com emprego	70	32,3	66	56,9	136	40,8
Estudante	21	9,7	4	3,4	25	7,5
Desempregado	10	4,6	26	22,4	36	10,8
Camponês	6	2,8	7	6,0	13	3,9
Reformado	4	1,8	10	8,6	14	4,2
Nenhuma	3	1,4	1	0,9	4	1,2
Número de filhos						
0 – 2	114	52,5	53	45,7	167	50,2
3 – 4	42	19,4	27	23,3	69	20,7
5 ou mais	61	28,1	36	31,0	97	29,1

Fonte: auto feito

ternas e 4,6 % das salas de internamento e urgências.

Predominaram neste estudo as pessoas entre os 25 e os 44 anos de idade (média: 39,5 anos; intervalos 14 e 79 anos), o sexo feminino, com parceiro, escolaridade pré-universitária, com emprego e com entre 0 a 2 crianças. Quando relacionamos sexo com a idade, prevaleceu em homens com entre 25 e 34 anos de idade, seguido por mulheres com idades entre os 35 a os 44 anos. Entre as mulheres destacou-se um elevado número de domésticas. A razão mulher/homem foi de 1,9 (vide tabela 1).

A idade de início dos quadros depressivos é variável, com uma média de 34,5 anos.

Quase ¼ dos deprimidos tinha ideias suicidas; o índice de tentativas de suicídio (actual ou anterior) e de consumo de substâncias foram baixas nestes sujeitos (vide tabela 2).

Tabela 2. Hábitos tóxicos e comportamento suicida em pacientes com depressão. HCN.

Hábitos tóxicos	nº	%
Álcool	33	9,9
Cigarro	25	7,5
Drogas ilegais	9	2,7
Comportamento suicida		
Ideias suicidas*	81	24,3
Tentativa de suicídio actual ou anterior**	31	9,3

* em 324 pacientes - **em 321 pacientes

Fonte: auto feito

Três quartos ($\frac{3}{4}$) dos sujeitos da amostra apresentavam uma história familiar de transtornos mentais (74.8 %), predominantemente de alcoolismo em parentes de primeiro grau (vide tabela 3).

Uma percentagem de 62,5 % dos deprimidos sofria de uma ou mais doenças físicas crónicas, sendo a mais frequente hipertensão, HIV/AIDS e diabetes mellitus (vide tabela 4).

Tabela 4. Doenças crónicas em pacientes com depressão. HCN.

Doenças crónicas	nº	%
Hipertensão arterial	90	27,0
HIV/SIDA	65	19,5
Diabetes mellitus	62	18,6
AVE	9	2,7
Cancro	6	1,8
Asma bronquial	3	0,9
Doença reumática	3	0,9
Doença tiroideia	2	0,6
Epilepsia	2	0,6
Doença cardiovascular	2	0,6
Outras	2	0,6

Fonte: auto feito

O transtorno distímico (TD), depressão associada com doença física e transtorno de adaptação com humor depressivo foram os diagnósticos nosológicos mais comuns e estavam presentes em 70,3 % da amostra. O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) foi a mais comum desordem mental comórbida (vide tabela 5).

Tabela 3. Antecedentes psiquiátricos em familiares de pacientes com depressão. HCN.

Antecedentes familiares	Familiares em primeiro grau		Familiares em segundo grau	
	nº	%	nº	%
Alcoolismo	132	39,6	94	28,2
Psicose	33	9,9	50	15,0
Tentativa de suicídio	16	4,8	14	4,2
Suicídio	5	1,5	43	12,9

Fonte: auto feito

Tabela 5. Diagnósticos nosológicos de acordo com o CID 10. HCN.

Diagnóstico nosológico*	n°	%
Transtorno distímico	102	30,6
Depressão associada a doença física	76	22,8
Transtorno de ajustamento com humor deprimido	56	16,8
Transtorno de personalidade	29	8,7
Transtorno depressivo maior	27	8,1
Luto patológico	7	2,1
Transtorno depressivo menor	6	1,8
Depressão puerperal	3	0,9
Depressão induzida por substâncias	3	0,9
Depressão dupla	2	0,6
Comorbidade		
Transtorno de ansiedade generalizado	9	2,7
Transtorno por somatização	8	2,4
Transtorno por dor	1	0,3

*em 311 pacientes

Fonte: auto feito

Discussão

A frequência da depressão nas consultas externas é elevada, o que corresponde à informação disponível na literatura; considera-se que essa frequência aumenta em pacientes hospitalizados [18], mas este último não foi corroborado neste estudo, dado que foi menor entre os pacientes avaliados nas salas de internamento e serviços de emergência. Isso pode ser explicado pela forma de coleta das informações; neste estudo o diagnóstico de depressão foi feito por um especialista devidamente treinado, utilizando critérios diagnósticos; enquanto a maioria dos estudos publicados utiliza inventários de depressão que exploram sintomas depressivos, o que aumenta a probabilidade de vieses ao fazer o diagnóstico.

As características demográficas estão associadas à depressão. A maioria dos estudos relata que as taxas nas mulheres são pelo menos duas vezes mais comuns do que nos homens [1-3,6,7,11,15]. Isto pode ser explicado porque elas tem diferentes condições biológicas que as tornam mais propensas para se deprimirem; os homens são mais relutan-

tes em procurar ajuda médica, a aceitar que estão psicologicamente doentes e as suas manifestações depressivas são caracterizadas frequentemente por sintomas atípicos, como irritabilidade, sintomas psicopáticos e consumo de substâncias [1].

Os grupos de idade coincidem com alguns autores que argumentam que a depressão é mais comum em pessoas com menos de 50 anos [5,9,10,13,15]; mas diferem de outros que relataram que a prevalência é maior à medida que aumenta a idade [7,16,19]. Nos Estados Unidos, de acordo com dados do National Survey on Drug Use and Health, as tendências na prevalência de EDM são maiores em pessoas com menos de 50 anos [11].

A prevalência de depressão é baixa entre os que têm parceiros [13,15,16,19], o que contradiz as conclusões deste estudo, embora coincida com outros pesquisadores que encontraram uma baixa prevalência de pessoas solteiras e divorciadas na sua amostra [5,6,12,17].

Os dados contraditórios com outras investigações, quanto à idade e estado civil, podem ser explicados pelo tamanho e formas de escolha das amostras; bem como as características culturais e a localização geográfica dos estudos. É necessário realizar estudos com amostras probabilísticas e tamanhos maiores para corroborar os resultados..

A frequência elevada de depressão em mulheres domésticas coincide com outros estudos [8,20,21]. Isso encontra sua explicação porque além dos factores biológicos relacionados ao sexo, são adicionados alguns factores psicossociais do micro-meio familiar (vida rotineira, sobrecarga de tarefas domésticas, conflitos nas relações com o parceiro, dependência económica) que as tornam mais propensas para sofrer de quadros depressivos.

Uma constatação deste estudo que contradiz o relatado na literatura é o número de filhos; alguns relatórios de pesquisa indicam que ter 5 ou mais descendentes é um factor

gerador de estresse relacionado com a depressão [20]. Na população moçambicana ter muitas crianças é comum, então quando uma pessoa tem menos de 3 pode ser reflexo de algum evento que a impede de ter mais filhos, por exemplo ter HIV/AIDS limita a quantidade de descendentes pelo risco de transmissão vertical e, neste caso, torna-se um factor gerador de estresse.

A idade de início da depressão também contradiz os relatórios de alguns estudos que indicam que os quadros depressivos começam em idades mais jovens [9,10,22]. De acordo com o Inquérito de Saúde Mental Mundial, a média de idades de início da EDM é 22,7 anos nos Estados Unidos, 24,2 anos na Nova Zelândia, 30,1 e 30 anos em Espanha e Japão, respectivamente. Em países de baixo e médio rendimento encontramos Shenzhen, na China (18,8), África do Sul (22,3), Ucrânia (27,8) e Índia (31,9) [23].

O intervalo da idade de início da depressão é amplo e depende do tipo de depressão estudado; o TD tem uma idade precoce de início, geralmente antes dos 20 anos; o EDM começa um pouco mais tarde; e as depressões que ocorrem em pessoas com transtornos de personalidade e transtornos adaptativos começam em qualquer idade.

A frequência de ideias suicidas na amostra reflete o alto risco de suicídio que têm os pacientes; a depressão é o principal factor de risco suicida e as ideias suicidas estão presentes com alta frequência em pacientes deprimidos. A visão pessimista que eles têm do futuro e as frequentes distorções da realidade causam nestes pacientes a percepção de que o seu sofrimento não vai acabar nunca e que não há nenhuma opção para melhorar o seu humor, pelo que a morte é encarada como a única maneira de acabar com o seu sofrimento e desespero. As tentativas de suicídio elevam o risco de suicídio neles e, se estão associados ao consumo de substâncias, a possibilidade de morte por suicídio é maior [24].

Cerca de 60 a 80 % das vítimas de suicídio têm depressão. De acordo com Fountoulakis, as tentativas de suicídio no paciente deprimido aumentam quando a depressão ocorre em pessoas com transtornos de personalidade e abuso de substâncias [1].

Al - Hamzawi e colaboradores relataram que 7,6 % dos pacientes que tiveram um EDM no ano passado apresentou ideias suicidas no mesmo período de tempo e 2,6 % fizeram tentativas de suicídio [9]. Em Tanzania, Moledina e colaboradores verificaram que 24 % dos deprimidos teve pensamentos suicidas [12].

As doenças físicas frequentemente coexistem com a depressão e a depressão tem um profundo impacto negativo no curso da doença somática [1]. Esta comorbidade pode explicar-se por vários mecanismos: a depressão pode ser resultado da adaptação à doença, o seu curso crónico e as suas complicações, ou ser secundária à doença física. Além disso, a depressão pode levar ao surgimento de doenças, agravar o curso delas e interferir com o tratamento [18].

A maioria concorda que as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e cancro são as mais frequentemente associadas à depressão [2,5,18]. Outros assinalam as doença cerebrovascular, infecção com HIV, epilepsia, desordens auto-imunes e hipotireoidismo [7]. Uma revisão de Li e colaboradores [25] concorda com nossos resultados. A depressão é muito comum entre pessoas com cancro, diabetes, doenças cardíacas e derrame na China e nos Estados Unidos. Um estudo multicêntrico europeu detectou uma frequência de hipertensão comórbida menor do que a do presente estudo, embora também seja alta [26]. Um meta-análise de Ogunsakin e colaboradores [27] relatou que a comorbidade entre depressão e diabetes mellitus na África é comum, com frequências mais altas do que em outras regiões do mundo.

Ter familiares com transtornos mentais é considerado um factor de risco de sofrer

de depressão; embora o antecedente mais mencionado seja a presença de transtornos afetivos em familiares de primeiro grau, também a história de alcoolismo, suicídio e psicose aparece frequentemente nesses pacientes [6,12,15]. Alguns estudos indicam que a existência de transtornos mentais na família aumenta o risco de ter quadros depressivos [5,10,18].

Fazer um diagnóstico nosológico permite identificar a fisiopatologia da doença, que é importante para o prognóstico e o tipo de tratamento que se vai estabelecer (psicofarmacológico, psicológico ou ambos), as doses das drogas, a duração do tratamento e para a gestão da comorbidade, também com fins estatísticos e de pesquisa. Numa depressão que aparece de forma reactiva num paciente com transtorno da personalidade, a psicoterapia adquire um papel fundamental pela necessidade de lidar com as reações desadaptativas, a gestão da frustração, os mecanismos inadequados para enfrentar a doença e as atitudes disfuncionais que estão presentes nesses pacientes. Nas depressões endógenas o tratamento psicofarmacológico é o mais importante. Os transtornos adaptativos às vezes podem ser tratados apenas com psicoterapia e, em todos os casos, a duração é curta. Os TD requerem uma combinação de psicoterapia e antidepressivos, muitas vezes de longa duração. Na depressão associada à doença física, o tratamento do transtorno somático é essencial para o sucesso da terapia psicológica.

Embora neste estudo a frequência tenha sido baixa, vários autores consideram que a comorbidade de depressão com transtornos

de ansiedade é comum [1,10,28]; isto contribui para agravar o quadro de desconforto e sofrimento que experimenta o paciente deprimido e, muitas vezes, interfere com um resultado satisfatório do tratamento antidepressivo.

Um estudo realizado no Iraque informou que 31,1 % dos pacientes com EDM tinha um TAG comórbido [9]. As diferenças podem ser explicadas por características culturais da depressão; mas outros estudos são necessários para confirmar isso.

Conclusões

A assistência de pacientes com depressão é frequente nas consultas externas, predominando na terceira década de vida e no sexo feminino, em pessoas que têm parceiro, emprego, um nível de escolaridade alta e 0, 1 ou 2 filhos. Os quadros depressivos tem o seu início com uma média de 34,5 anos, comportam um risco elevado de suicídio e uma baixa percentagem de consumo de substâncias. As doenças físicas frequentemente coexistem com a depressão e os pacientes deprimidos frequentemente têm uma história familiar de alcoolismo. O diagnóstico nosológico é essencial para fornecer assistência adequada para o paciente deprimido e o mais comum é o transtorno distímico. A comorbidade psiquiátrica é baixa nesses pacientes.

Agradecimentos: à professora Ana Caterina Mateus pela revisão deste artigo.

Conflitos de interesse: Não há conflito de interesse.

Fontes de financiamento: Não houve fontes de financiamento. Foi feito com recursos próprios.

Referências

1. Fountoulakis KN. The emerging modern face of mood disorders: a didactic editorial with a detailed presentation of data and definitions. *Ann Gen Psychiatry* 2010; 9: 14-36. doi: 10.1186/1744-859X-9-14.
2. Iloh GU, Aguocha GU, Amadi AN, Chukwuonye ME. Depression among ambulatory adult patients in a primary care clinic in southeastern Nigeria. *Niger Postgrad Med J [serial online]* 2018 [cited 2021 Nov 7]; 25: 204–212. doi: 10.4103/npmj.npmj_107_18.
3. World Health Organization. Depression. Fact Sheet [Online] 2021 [cited August 2021] Available from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
4. Endomba FT, Mazou TN, Bigna JJ. Epidemiology of depressive disorders in people living with hypertension in Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2020; 10: e037975. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037975.
5. Lam MS, Fitzpatrick AL, Shrestha A, Karmacharya BM, Koju R, Rao D. Determining the Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms among Adults in Nepal. *Int J Noncommun Dis* 2017; 2 (1): 18–26. doi: 10.4103/jncd.jncd_34_16.
6. Gandhi PA, Kishore J. Prevalence of depression and the associated factors among the software professionals in Delhi: A cross-sectional study. *Indian J Public Health [serial online]* 2020 [cited 2021 Nov 8]; 64: 413–6. doi: 10.4103/ijph.IJPH_568_519.
7. Fond G, Lancon C, Auquier P, Boyer L. Prevalence of major depression in France in the general population and in specific populations from 2000 to 2018: A systematic review of the literature. *Presse Med* 2019; 48 (4): 365–375. doi: 10.1016/j.lpm.2018.12.004.
8. Raza L, Ali TM, Hasnain A. Dietary practices and severity of depression. Comparative study among housewives and working women in Karachi. *J Pak Med Assoc* 2017; 67 (6): 869–872. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28585584/>
9. Al-Hamzawi AO, Bruffaerts R, Bromet EJ, AlKhafaji AM, Kessler RC. The Epidemiology of Major Depressive Episode in the Iraqi General Population. *PLoS ONE* 2015;10(7): e0131937. doi: 10.1371/journal.pone.0131937.
10. Markkula N. Prevalence, predictors and prognosis of depressive disorders in the general population: a longitudinal population study. Helsinki: University of Helsinki, 2016. 125 p. (Dissertationes Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis; 24/2016).
11. Voelker J, Kuvadia H, Cai Q, Wang K, Daly E, Pesa J, et al. United States national trends in prevalence of major depressive episode and co-occurring suicidal ideation and treatment resistance among adults. *J Affect Dis Rep* 2021; 5: 100172. doi: 10.1016/j.jadr.2021.100172.
12. Moledina SM, Bhimji KM, Manji KP. Prevalence and Associated Factors of Depression in an Asian Community in Dar es Salaam, Tanzania. *Psychiatry J.* 2018; 2018: 9548471. doi: 10.1155/2018/9548471.
13. Adu MK, Wallace LJ, Lartey KF, Arthur J, Oteng KF, Dwomoh S, et al. Prevalence and Correlates of Likely Major Depressive Disorder among the Adult Population in Ghana during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18 (13): 7106. doi: 10.3390/ijerph18137106.
14. Cuadros DF, Tomita A, Vandormael A, Slotow R, Burns JK, Tanser F. Spatial structure of depression in South Africa: A longitudinal panel survey of a nationally representative sample of households. *Sci Reports* 2019; 9 (979). doi: 10.1038/s41598-018-37791-1
15. Haile K, Tadesse Sahile A. Depressive symptoms in primary health care attendees in Sebeta Town, Ethiopia: Prevalence, associated factors, and detection by health workers. *Sci Progress* 2021; 104 (3). doi: 10.1177/00368504211034304.
16. Halsted S, Ásbjörnsdóttir KH, Wagenaar BH, Cumbe V, Augusto O, Gimbel S, et al. Depressive symptoms, suicidal ideation, and mental health care-seeking in central Mozambique. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019; 54 (12): 1519–1533. doi: 10.1007/s00127-019-01746-2.
17. Audet CM, Wainberg ML, Oquendo MA, Yu Q, Peratikos MB, Duarte CS, et al. Depression among female heads-of-household in rural Mozambique: A cross-sectional population-based survey. *J Affect Dis* 2018; 227: 48–55. doi: 10.1016/j.jad.2017.10.022.
18. Motlathledi K, Molebatsi K, Wambua GN. Prevalence of depressive symptoms in urban primary care settings: Botswana. *Afr J Prm Health Care Fam Med.* 2021; 13 (1), a2822. doi:10.4102/phcfm.v13i1.2822.
19. Onuh JC, Mbah PO, Ajaero CK, Orjiakor CT, Igboeli EE, Ayogu CK. Rural-urban appraisal of the prevalence and factors of depression status in South Africa. *J Affect Disord Rep* 2021; 4: 100082. doi: 10.1016/j.jadr.2021.100082.

20. Vázquez-Machado A. Los factores psicosociales y la depresión. MULTIMED [revista en Internet]. 2016 [citado 20 Nov 2021]; 20 (3) :[aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/202>
21. Urvashi, Girdhar S, Chaudhary A. Socio-demographic co-relates of depression among housewives in rural area of district Ludhiana. Int J Community Med Public Health 2019; 6 (5): 2147–2151. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20191835.
22. Bogren M, Brådvik L, Holmstrand C, Nöbbelin L, Mattisson C. Gender differences in subtypes of depression by first incidence and age of onset: a follow-up of the Lundby population. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2018; 268: 179–189. doi: 10.1007/s00406-017-0778-x.
23. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. Annu Rev Public Health 2013; 34: 119-138. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409.
24. Basha EA, Mengistu BT, Engidaw NA, Wubetu AD, Haile AB. Suicidal Ideation and Its Associated Factors Among Patients with Major Depressive Disorder at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. Neuropsychiatr Dis Treat. 2021; 17: 1571-1577. doi: 10.2147/NDT.S311514.
25. Li H, Song G, Greene B, Dunbar-Jacob J. Depression in the context of chronic diseases in the United States and China. Int J Nurs Sci 2019; 6 (1): 117–122. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.11.007.
26. Fugger G, Dold M, Bartova L, Kautzky A, Souery D, Mendlewicz J, et al. Comorbid hypertension in patients with major depressive disorder – Results from a European multicenter study. Eur Neuropsychopharmacol 2019; 29 (6): 777–785. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.03.005.
27. Ogunsakin RE, Olugbara OO, Moyo S, Israel C. Meta-analysis of studies on depression prevalence among diabetes mellitus patients in Africa. Heliyon 2021; 7 (5): e07085. doi: 10.1016/j.heliyon.2021.e07085.
28. Kalin NH. The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. Am J Psychiatry 2020; 177 (5): 365–367 doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20030305.

