

Depresión, ansiedad y estrés en usuarios de cuidados primarios de salud

João Luís Alves Apóstolo¹

Maria Henriqueta Figueiredo²

Aida Cruz Mendes³

Manuel Alves Rodrigues⁴

Los objetivos de este estudio fueron: describir niveles de depresión, ansiedad y estrés de los usuarios de un centro de salud urbana/rural, analizar diferencias de género y la comorbilidad entre depresión, ansiedad y estrés. Se trata de un estudio descriptivo correlacional aplicando una versión portuguesa de la DAS-21 en una muestra consecutiva (n=343). Se constató algún grado de depresión, ansiedad y estrés en 40,52%, 43,48% y 45,06% de los individuos, respectivamente. Se identificaron niveles graves o muy graves de ansiedad en 20,87% de los individuos, de estrés en 22,38% y de depresión en 12,24%. Las mujeres presentaron niveles promedios de depresión, ansiedad y de estrés más elevados. La depresión, la ansiedad y el estrés están fuertemente y positivamente asociados. Se concluye que estos resultados apuntan para una elevada prevalencia – más alta que en otros países – y revelan diferencias de género y comorbilidad. Con base en los hallazgos, se podrá desarrollar una estrategia de intervención local y comunitaria para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad, particularmente de las mujeres.

Descriptores: Depresión; Ansiedad; Atención Primaria de Salud.

¹ Enfermero, Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Investigador, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Domínio de Enfermagem, Coimbra, Portugal. E-mail: apostolo@esenfc.pt.

² Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. E-mail: henriqueta@esenf.pt.

³ Enfermera, Doctor en Educación, Profesor Coordinador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Investigador, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Domínio de Enfermagem, Coimbra, Portugal. E-mail : mrodrigues@esenfc.pt.

⁴ Enfermero, Doctor en Educación, Profesor Coordinador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Investigador, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Domínio de Enfermagem, Coimbra, Portugal. E-mail: amendes@esenfc.pt.

Correspondencia:

João Luís Alves Apóstolo

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Domínio de Enfermagem

Av. Bissaya Barreto

Apartado 7001

CEP: 3046-851 Coimbra, Portugal.

E-mail: apostolo@esenfc.pt

Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde

Os objetivos deste estudo foram descrever níveis de depressão, ansiedade e estresse dos usuários de um centro de saúde urbano/rural, analisar diferenças de sexo e a comorbidade entre depressão, ansiedade e estresse. Este é um estudo descritivo correlacional, aplicando-se uma versão portuguesa da DASS-21, em amostra consecutiva (n=343). Tem-se como resultados que 40,52, 43,48 e 45,06% dos indivíduos apresentam, respetivamente, algum grau de depressão, ansiedade e estresse. Identificaram-se níveis graves ou muito graves de ansiedade em 20,87% dos indivíduos, de estresse em 22,38% e de depressão em 12,24%. As mulheres apresentam níveis médios de depressão, ansiedade e estresse mais elevados. Depressão, ansiedade e estresse estão forte e positivamente associados. Esses resultados apontam para elevada prevalência – mais alta que em outros países – e revelam diferenças de sexo e comorbidade. Com base neles, poder-se-á desenvolver estratégia de intervenção local e comunitária para a promoção da saúde mental e prevenção da doença, particularizando as mulheres.

Descritores: Depressão; Ansiedade; Atenção Primária à Saúde.

Depression, Anxiety and Stress in Primary Health Care Users

Aim: Describe levels of depression, anxiety and stress among users of an urban/rural health centre, analyse sex differences and comorbidity between depression, anxiety and stress. **Method:** Descriptive co-relational study with a Portuguese version of DASS-21; consecutive sample (n=343). **Results:** 40.52%, 43.48% and 45.06% of individuals present some degree of depression, anxiety and of stress, respectively. Severe or very severe levels of disturbance were found in 20.87% (anxiety), 22.38% (stress) and 12.24% (depression) of individuals. Women present higher levels of depression, anxiety and stress. Depression, Anxiety and Stress are strongly and positively associated. **Conclusion:** These results show high point prevalence - higher than in other countries – and reveal differences in sex as well as comorbidity. They may allow for the development of a local and community intervention strategy for mental health promotion and disease prevention, particularly for women.

Descriptors: Depression; Anxiety; Primary Health Care.

Introducción

Los problemas de salud mental son una de las principales causas de morbilidad en las sociedades actuales, con las subsecuentes limitaciones. De los 870 millones de personas que viven en la región europea, se estima que aproximadamente 100 millones sufren de ansiedad y depresión. La depresión es responsable por 6,2% de la morbilidad en la región europea de la Organización Mundial de Salud (OMS). El informe de la Conferencia Ministerial Europea de la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁾ refiere un estudio efectuado en Inglaterra que estima los costos totales de la depresión en el adulto, en 15,46 mil millones de Euros, en el año de 2002. La mayor parte de estos costos resultan de la pérdida de empleo debido al ausentismo y a la mortalidad prematura.

Por lo tanto, el área de la salud mental constituye una prioridad en salud pública, exigiendo respuestas cada vez más precoces y creativas por parte de los servicios de salud, el involucramiento de los Cuidados de Salud Primarios (CSP) y la articulación entre sectores⁽²⁻³⁾, de acuerdo con las directrices de la OMS. La gestión y el tratamiento de las perturbaciones mentales en el contexto de los CSP constituye un paso esencial para permitir que un mayor número de personas obtenga acceso a los servicios – debe ser reconocido que muchas personas procuran ya este tipo de ayuda. Eso significaría una mejor prestación de cuidados y también una reducción en los costos con exámenes no adecuados y desnecesarios, así como con tratamientos inespecíficos⁽⁴⁻⁵⁾. Si el acceso al tratamiento se generaliza,

los costos indirectos sufrirán una reducción drástica, al paso que los costos directos aumentaran ligeramente. Únicamente a través de diagnósticos ajustados, basados en estudios epidemiológicos, se podrán delinear intervenciones adecuadas, reduciendo el peso de las perturbaciones psiquiátricas y el consumo de medicación psiquiátrica, particularmente de antidepresivos^(3,6).

Las perturbaciones mentales, especialmente las del tipo depresivo, son comunes entre los usuarios de los CSP, a pesar de que pueden no ser siempre reconocidas o ser inadecuadamente tratadas, no existiendo consenso en cuanto a la tasa de morbilidad no detectada^(1,6-8). Diferentes filtros van ocurriendo hasta que el enfermo tenga acceso a los cuidados especializados, siendo los CSP uno de los más importantes⁽⁹⁾.

Los profesionales de salud, en los CSP, pueden no conseguir reconocer los síntomas y seguir las recomendaciones de las buenas prácticas porque pueden no disponer de tiempo o recursos para providenciar tratamientos basados en la evidencia⁽⁴⁾. Los síntomas psiquiátricos son muchas veces disimulados por síntomas somáticos⁽¹⁰⁾. En la atención primaria, los síntomas somáticos desempeñan un papel importante en la manifestación de disturbios depresivos⁽¹¹⁾. Por este papel haber sido subestimado, el análisis de casos clínicos no constituye una metodología adecuada para determinar las tasas de prevalencia de las enfermedades mentales en estos contextos.

La falta de estudios epidemiológicos de base poblacional sobre la prevalencia de perturbaciones mentales está bien presente en la literatura, particularmente en Portugal. En los E.U.A., fueron relatadas estimativas de prevalencia puntual entre 4,8% y 8,6%^(8,12). Un estudio transcultural⁽⁴⁾ en 15 ciudades de varios países, no incluyendo a Portugal, presentó la siguiente prevalencia de perturbaciones psiquiátricas en los CSP: 10,4% de depresión, oscilando entre 2,6% y 29,5%, y 7,9% de ansiedad generalizada, oscilando entre 0,9% y 22,6%.

Son escasos los estudios que presentan resultados relativos a la realidad portuguesa. Un estudio realizado en un Centro de Salud (CS), n=927, en 1.989⁽¹³⁾, identificó 50,9% de los usuarios de atención primaria como presentando síntomas de depresión/ansiedad. Otro estudio desarrollado en 2005⁽¹⁴⁾ (n=179) demostró que 38% de las mujeres sufrían de algún tipo de perturbación depresiva. También, reveló niveles de depresión más elevados en el intervalo de 45 a 54 años y presentó una relación entre escolaridad elevada y menor riesgo de depresión, a pesar de que apenas para mujeres con edad inferior a 53 años. Otro estudio⁽¹⁵⁾ recientemente desarrollado en un CS en una pequeña ciudad (n=192) demostró que entre 50%

y 62% de los individuos presentaban niveles "normales" a "ligeros" de estrés, ansiedad y depresión, 16% a 21% niveles "moderados", y 20% a 29% niveles "graves" o "muy graves".

Las evidencias demuestran una mayor prevalencia de perturbaciones depresivas y de ansiedad entre las mujeres⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, con una proporción que varía entre 1.5:1 y 2:1⁽⁴⁾. En Portugal existen pocas evidencias de esta tendencia, a pesar de que dos estudios recientes sugieren que las mujeres son más susceptibles a este tipo de perturbaciones. Sin embargo, estos estudios todavía no son consistentes^(15,19).

La comorbilidad entre depresión y ansiedad es muy clara implicando gravedad de síntomas. Estudios desarrollados en Portugal registraron una fuerte correlación entre depresión, ansiedad y estrés^(15,20-21).

A pesar de los resultados arriba presentados, no existen estudios epidemiológicos en el ámbito poblacional que permitan una sólida evaluación de este problema de salud pública en Portugal, siendo que una simple revisión de casos clínicos no constituye una metodología adecuada para determinar las tasas de prevalencia de depresión⁽⁶⁾.

El diagnóstico de los estados afectivos emocionales de las poblaciones, así como la detección precoz de casos de enfermedad en la comunidad y la promoción de la salud mental surgen como objetivos importantes en el contexto de los CSP, de modo a implementar las políticas de no institucionalización previstas⁽³⁻⁵⁾. De esta forma, este estudio pretende llenar los vacíos existentes y contribuir para una mayor comprensión de esta realidad, promoviendo, de esta forma, una mayor capacidad de respuesta por parte de los servicios de salud.

Objetivos

Analizar la prevalencia puntual de depresión, ansiedad y estrés en usuarios de un CS de una ciudad del norte de Portugal; analizar las diferencias de género y la relación entre depresión, ansiedad y estrés.

Metodología

Se trata de un estudio de tipo descriptivo correlacional. Después de la aprobación de la Comisión de Ética de la respetiva Unidad de Salud Local, el proyecto de investigación fue formalmente aprobado por el Consejo de Administración.

Después que los participantes firmaron el consentimiento informado, los cuestionarios fueron autoadministrados; se solicitó que indicasen cuánto cada enunciado se aplicó a sí mismo durante los últimos días. A aquellos que mostraron alguna dificultad en el llenado

de los cuestionarios, el equipo de investigación, les proporciono ayuda. Fueron seleccionados los individuos que accedieron a las consultas en el CS durante la segunda semana de Diciembre de 2.009, que aceptaron participar voluntariamente del estudio y demostraron capacidad para hacerlo.

Muestra y Contexto

Fue escogido ese CS por servir a una población rural y urbana, o sea, abarcaba las diferentes características de la población portuguesa. Los usuarios inscritos en el CS eran: 41.000. El cálculo de la dimensión de la muestra fue de $n=(pq/error^2)\times 1,96^2$. Con base en resultados anteriores⁽¹⁵⁾, $p \approx 0,3$; $n=331$.

Participaron en el estudio 343 usuarios. El promedio de edad fue de 43,82 años con $DE=16,75$; mínimo 18 años; máximo 99 años; 72,89% eran mujeres y 27,11% hombres; 54,76% eran casados o vivían en unión consensual, 26,19% solteros, 11,01% divorciados o separados y 8,04% viudos. Con relación a los años de escolaridad, 29,61% tenían 4, 28,10% entre 5 y 9, 24,47% entre 10 y 12 y 17,82% enseñanza superior.

El instrumento utilizado fue el DAS-21, versión portuguesa⁽²⁰⁾ – que es un cuestionario compuesto por preguntas sociodemográficas y clínicas (correspondientes a las variables en estudio).

La DAS-21 es constituida por un conjunto de tres subescalas tipo Likert, de cuatro puntos. Cada subescala consiste en siete ítems que evalúan las perturbaciones depresión, ansiedad y estrés. La depresión es caracterizada por baja afectividad positiva, reducida autoestima, reducido incentivo y desesperación; por otro lado una hiper estimulación fisiológica revela la ansiedad (la escala de Ansiedad de la DAS es la que mejor corresponde, aproximadamente, a los criterios de síntomas del DSM IV para las varias Perturbaciones de Ansiedad, con excepción de la Perturbación de la Ansiedad Generalizada – PAG); el estrés está asociado a tensión persistente, irritabilidad y a un bajo umbral para quedar perturbado o frustrado⁽²²⁾. La versión portuguesa de la DAS-21 demostró propiedades psicométricas aceptables en un estudio con una muestra clínica (fuerte confiabilidad, validez de criterio y validez de constructo), a pesar de la estructura de tres factores propuesta por el autor original de la DAS no ser claramente relevada, ya que la organización de los ítems relativos a la ansiedad y al estrés es más adecuada al modelo de factor único⁽²⁰⁾. Sin embargo, en otro estudio desarrollado con una muestra no clínica, el análisis factorial reveló una estructura de tres factores (depresión, ansiedad y

estrés), igual a la versión original, explicando 56,41% de la variancia total⁽²¹⁾.

Se calcularon los valores de la DAS-21 para cada subescala y se multiplicó por dos. Para cada uno de los tres estados se utilizó la siguiente clasificación: *normal*, *leve*, *moderado*, *grave* y *muy grave*⁽²²⁾.

Para la muestra en estudio, la DAS-21 presentó valores de correlación, corregidos, de cada ítem con el valor de cada subescala y con el valor total superiores a 0,50, así como valores de alfa de Cronbach de cada subescala y total entre 0,82 y 0,94.

Las medidas estadísticas utilizadas en este estudio fueron: prueba de Mann-Whitney, correlación de Spearman, estadísticas de resumen y frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables ansiedad, depresión y estrés presentan una distribución asimétrica, por lo que optamos por el uso de pruebas no paramétricas.

Resultados

Como se puede ver en la Tabla 1, en relación a la gravedad de los estados afectivos emocionales de los individuos, 40,52% de los individuos presentaban algún grado de depresión, 12,24% revelando niveles graves o muy graves; 43,48% presentaban algún grado de ansiedad, 20,87% revelaron niveles graves o muy graves; 45,06% presentaban algún grado de estrés, y 22,28% revelaron niveles graves o muy graves.

Tabla 1 – Gravedad de los estados afectivos emocionales de los individuos (n=343)

Variables	Normal	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
Depresión	59,48%	11,08%	17,20%	6,12%	6,12%
Ansiedad	56,52%	6,67%	15,94%	7,25%	13,62%
Estrés	54,94%	11,92%	10,76%	13,08%	9,30%

En relación a las diferencias de género, las mujeres presentan niveles más elevados de ansiedad, depresión y estrés que los hombres (Tabla 2).

Tabla 2 – Diferencias en los estados afectivos emocionales de los individuos de acuerdo con el sexo (n=343)

	Sexo	N	Mediana	Promedio de puestos	z	p
Depresión	Mujer	251	3,00	178,50	-2,021	0,043
	Hombre	92	2,50	154,27		
Ansiedad	Mujer	251	3,00	180,08	-2,516	0,012
	Hombre	92	2,00	149,96		
Estrés	Mujer	251	7,85	183,30	-3,493	0,000
	Hombre	92	6,00	141,17		

Se verifica una fuerte correlación entre depresión, ansiedad y estrés (Tabla 3). Las correlaciones entre las dimensiones de la DAS-21 revelan valores elevados y positivos, variando entre 0,72 y 0,74.

Tabla 3 – Correlaciones entre las subescalas de la DAS-21 (n=343)

Dimensiones de la DAS	Ansiedad		Estrés	
	rs	p	rs	p
Depresión	0,74	0,00	0,72	0,00
Ansiedad	-	-	0,73	0,00

Discusión

Los resultados obtenidos para la prevalencia puntual de las perturbaciones afectivas emocionales (depresión, ansiedad o estrés) son semejantes a los encontrados en otros estudios realizados en Portugal⁽¹³⁻¹⁵⁾, siendo más elevados que los encontrados en otros países^(4,8,12,23). Esta diferencia en la prevalencia puntual puede resultar del hecho de que las muestras portuguesas, generalmente, presentan una mayor proporción de mujeres, siendo que los estudios apuntan niveles más elevados de perturbaciones afectivas emocionales en las mujeres, como discutiremos más adelante. El hecho de que la muestra fue mayoritariamente compuesta por mujeres podrá constituir una limitación de este estudio. Sin embargo, una vez que la población de los usuarios de los CSP en Portugal es predominantemente femenina, el método de recolección de datos en atención primaria sufre frecuentemente este sesgo.

Fueron encontrados valores aproximados de gravedad de ansiedad y estrés en un estudio con una muestra portuguesa de características semejantes⁽¹⁵⁾. Sin embargo, en relación a la depresión, esos autores encontraron valores más elevados, con 20% de los individuos presentando niveles graves y muy graves de depresión.

Fueron encontradas diferencias entre el sexo en varios estudios internacionales^(4,16-18,24). Algunos estudios portugueses, a pesar de que todavía no de una forma sólidamente consistente, apuntan para una mayor susceptibilidad de las mujeres para desarrollar perturbaciones afectivas emocionales. En una investigación con estudiantes⁽¹⁹⁾, las mujeres registraron niveles más elevados de ansiedad, estrés y afectividad negativa; en un estudio, con usuarios de CSP⁽¹⁵⁾, las mujeres relataron niveles más elevados de ansiedad y depresión, pero no se verificaron diferencias relacionadas al estrés.

La fuerte asociación entre depresión, ansiedad y estrés es también evidenciada en este trabajo de investigación, en consonancia con resultados anteriores^(15,20-21). Estos autores discuten y comparan sus resultados, presentando

argumentos que sustentan la creencia de que la depresión, la ansiedad y el estrés pueden ser puntos diferentes del mismo *continuum*, manifestaciones alternativas de una diátesis, o mismo síndromas heterogéneos que están asociados por compartir algunos subtipos de síntomas. De acuerdo con el modelo tripartito⁽²⁵⁾, las personas ansiosas y deprimidas comparten una estructura básica: afectividad negativa o *angustia* general. Estos serán responsables por la asociación entre las mediciones de ansiedad y depresión.

Estos resultados pueden justificar el desarrollo de una estrategia de intervención precoz en el ámbito de los cuidados de salud en la comunidad, prestando especial atención a las mujeres y a los más ancianos. Esa acción servirá el propósito de promover la Salud Mental y prevenir la enfermedad, tal como aboga la OMS y los Planos Nacionales de Salud, teniendo implicaciones positivas en términos de economía y de mejorías para la salud de la población⁽¹⁻⁵⁾. No obstante, la investigación sobre las perturbaciones afectivas y emocionales en usuarios de CSP deberá tener continuidad, con muestras representativas de otras regiones del país.

Conclusión

Este estudio revela que entre 40% a 45% de los individuos encuestados presentan algún grado de perturbación afectiva y emocional. Se debe destacar que cerca de 20% presentaban niveles de ansiedad y estrés graves o muy graves y que cerca de 12% presentaban niveles graves o muy graves de depresión.

Fueron encontradas diferencias entre los géneros, con las mujeres que presentaron niveles más elevados de ansiedad, depresión y estrés que los hombres, y se verificó una alta comorbilidad entre depresión, ansiedad y estrés. Estos resultados están, en general, de acuerdo con los obtenidos con otras muestras, nacionales e internacionales, en lo que se refiere a la comorbilidad y a las diferencias de género. En cuanto a la prevalencia puntual de las perturbaciones afectivas emocionales, estos resultados están de acuerdo, globalmente, con los obtenidos en muestras portuguesas y son más elevados que los registrados en otros países.

Agradecimientos

Agradecemos a los estudiantes de licenciatura de la Escuela Superior de Enfermería del Porto y a los enfermeros del Centro de Salud de Matosinhos que participaron en el proceso de recolección de datos; también a Inés Castro, becada de la UICISA-dE, por la colaboración en la elaboración de este artículo.

Referencias

1. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference [internet]. 2005. [acesso 23 ago 2007]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>
2. Ministério da Saúde (PT). Direcção-Geral da Saúde. Plano nacional de saúde 2004-2010 [internet]. 2004. [acesso 10 nov 2006]. v. 2. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf
3. Resolução do Conselho de Ministros n. 49/2008 (PT). Dispõe sobre o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). Diário da República I Série de 6 mar 2008.
4. World Health Organization. The world health report 2001 - Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
5. World Health Organization. The world health report 2008. Primary health care – now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
6. Gusmão RM, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Almeida JM. O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. Acta Méd Port. 2005;18(2):129-46.
7. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. J Clin Psychiatry. 2002;63 Suppl 8:24-34.
8. MacMillan HL, Patterson CJS, Wathen CN, The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ [internet]. 2005;172(1):33-5.
9. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. Epidemiol Rev. 1995;17(1):182-90.
10. Fabião C, Barbosa A, Fleming M, Silva C. Rastreamento de perturbação de somatização nos cuidados primários de saúde. Resultados de um estudo piloto. Acta Méd Port. 2008;21(4):319-28.
11. Barkow K, Heun R, Ustün TB, Berger M, Bermejo I, Gaebel W, et al. Identification of somatic and anxiety symptoms which contribute to the detection of depression in primary health care. Eur Psychiatry. 2004;19(5):250-7.
12. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression: recommendations from the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002;136:765-76.
13. Resina T, Pinhão A, Neto L, Leitão A, Martins J, Augusto M. Depressão e ansiedade na consulta de clínica geral/médico de família. Acta Méd Port. 1989;2(1):7-10.
14. Gonçalves B, Fagulha T, Ferreira, A. A depressão nas mulheres de meia idade: estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários. Psicologia. 2005;19:39-56.
15. Apóstolo J, Ventura A, Caetano C, Costa S. Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários (Depression, Anxiety and Stress in Primary Care Settings). Referência. 2008;Série 2(8):45-9.
16. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, et al. Gender differences in chronic major and double depression. J Affect Disord. 2000;60(1):1-11.
17. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci. 2002;252(5):201-9.
18. Dew MA, Lynn MM, Hall M. Depression: epidemiology and risk factors. In: Potokar J, Thase ME. Advances in the management and treatment of depression [internet]. London: Taylor & Francis; 2003. [acesso 29 out 2006]; p. 1-39. Disponível em: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=10437&loc=9>
19. Apóstolo JLA, Rodrigues MA, Olvera JP. Evaluacion de los estados emocionales de estudiantes de enfermería. Index Enferm. 2007;56:26-9.
20. Apóstolo JLA, Mendes AC, Azeredo ZA. Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006;14(6):863-71.
21. Apóstolo JLA. O conforto pelas imagens mentais na depressão ansiedade e stresse. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
22. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. 2.ed. Sydney: Psychology Foundation; 1995.
23. Feliciano AB, Moraes SA. Demand for chronic-degenerative diseases among adults attended in a basic health unit at the city of São Carlos-SP. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [internet]. 1999 [acesso 1 jun 2010];7(3):41-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300007&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11691999000300007
24. Jacques HAK, Mash EJ. A test of the tripartite model of anxiety and depression in elementary and

