



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
CALIDAD ASISTENCIAL

# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## ORIGINAL

### Evaluación de síntomas depresivos y resiliencia en pacientes bajo seguimiento farmacoterapéutico



N.C. Gomes<sup>a</sup>, P.H.O. Abrão<sup>a</sup>, M.R. Fernandes<sup>b</sup>, L.A. Beijo<sup>c</sup>  
y L.A.M. Marques<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Ciencias Farmacéuticas, Universidad Federal de Alfenas, Alfenas, Minas Gerais, Brasil

<sup>b</sup> Ambulatorio del Hospital Alzira Velano, Universidad Federal de Alfenas, Alfenas, Minas Gerais, Brasil

<sup>c</sup> Universidad Federal de Alfenas, Alfenas, Minas Gerais, Brasil

Recibido el 23 de julio de 2016; aceptado el 5 de diciembre de 2016

Disponible en Internet el 7 de marzo de 2017

#### PALABRAS CLAVE

Depresión;  
Seguimiento  
farmacoterapéutico;  
Resiliencia

#### KEYWORDS

Depression;  
Pharmaceutical care;  
Resilience

**Resumen** Este estudio tuvo como objetivo realizar el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con depresión y evaluar su impacto en la resiliencia de estos. El seguimiento tuvo una duración de 8 meses. Fueron evaluados los síntomas depresivos, la resiliencia y la necesidad de intervención farmacéutica. Los instrumentos de la investigación fueron: el método Dáder, la escala PHQ-9 y la Escala de Resiliencia. Los datos fueron evaluados a través del software BioStat 5.0 por el test de Wilcoxon y el coeficiente de correlación de Pearson. La puntuación de los síntomas depresivos pasó de 12,9 a 5,2 ( $p < 0,0001$ ) y la resiliencia aumentó de 112,4 a 149,0 ( $p < 0,0001$ ). Fueron efectuadas intervenciones farmacéuticas para solucionar los problemas relacionados con medicamentos a través de comunicación oral farmacéutico-paciente o farmacéutico-paciente-médico. La atención farmacéutica fue efectiva en la disminución de los síntomas depresivos y contribuyó a aumentar la resiliencia de los pacientes.

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

#### Evaluation of depressive symptoms and resilience in patients on pharmacotherapeutic follow-up

**Abstract** This study aimed to carry out the pharmacotherapeutic follow-up of patients with depression and to assess its impact on the resilience of the patients. Patients were followed-up for 8 months. The pharmacist evaluated depressive symptoms, resilience, and the need for pharmaceutical intervention. The measurement tools used were the Dader method, PHQ-9, and a resilience scale. Data were analysed using BioStat 5.0 software and the performing

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lualvesmarques@yahoo.com.br](mailto:lualvesmarques@yahoo.com.br) (L.A.M. Marques).

of the Wilcoxon and Pearson correlation tests. There was a reduction in the rate of depressive symptoms from 12.9 to 5.2 ( $P < .0001$ ), and an increase in the resilience score from 112.4 to 149.0 ( $P < .0001$ ). Pharmaceutical interventions were made to resolve the drug related problems in the form of oral communication between pharmacist-patient or pharmacist-patient-doctor. The pharmaceutical care was effective in decreasing depression and contributed to the increased resilience of patients.

© 2017 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Resiliencia es la capacidad del individuo para, en ciertos momentos y según la causa, reflexionar sobre un problema y superarlo<sup>1</sup>. Sin embargo, eso no significa que el individuo saldrá ileso ni la eliminación del problema, pero sí que adquirirá un nuevo sentido para él<sup>1,2</sup>. Existen muchos factores de riesgo que pueden afectar a la capacidad de resiliencia, por ejemplo, la pobreza, las rupturas en la familia, las vivencias de algún tipo de violencia, las experiencias de enfermedades en el propio individuo o en la familia y las pérdidas importantes. Basándose en el caso de que la mayoría de estos factores son inevitables, es importante resaltar el nivel de exposición y de los límites individuales de cada uno. De esta forma, lo que constituirá o no una condición de estrés es la asimilación y aceptación atribuida al evento estresor. Por tanto, un acontecimiento puede ser afrontado como riesgo para una persona y para otra ser apenas un desafío<sup>1</sup>.

Existen también factores de protección para intentar mantener la resiliencia. Según Pesce et al., pueden ser divididos en 3 tipos: 1) factores individuales: autoestima positiva, autocontrol, autonomía, características de temperamento afectuoso y flexible; 2) factores familiares: cohesión, estabilidad, respeto mutuo, apoyo/soprote, y 3) factores relacionados con el apoyo del medio ambiente: buena relación con amigos, profesores o personas significativas<sup>1</sup>. Así, ayudar a la persona a percibir, aceptar y confirmar sus capacidades hace que mejore su resiliencia y confianza para afrontar los acontecimientos del día a día por más difíciles que sean<sup>3</sup>.

La resiliencia es un atributo asociado a la capacidad de tener una autoestima positiva. Esto significa tener actitudes de aprobación de sí mismo, considerarse capaz y una persona de valor<sup>4</sup>. En este aspecto la depresión puede influir negativamente, pues el individuo en crisis posee una visión pesimista de la vida y experimenta sentimientos de culpa, inutilidad y sensación de fracaso<sup>5</sup>.

La resiliencia también es considerada un factor protector contra los trastornos psiquiátricos como la depresión<sup>6</sup>. Según Taboada et al., una de las grandes apuestas para el próximo milenio será volver a las personas más resilientes y prepararlas para una cierta invulnerabilidad, permitiendo así que resistan situaciones adversas que la vida proporciona<sup>7</sup>.

El cuidado farmacéutico, también denominado de atención farmacéutica, «es un modelo de práctica farmacéutica,

desarrollado en el contexto de la Asistencia Farmacéutica. Comprende actitudes, valores éticos, comportamientos, habilidades, compromisos y corresponsabilidades en la prevención de enfermedades y la promoción y la recuperación de la salud, de forma integrada con el equipo de salud. Es la interacción directa del farmacéutico con el usuario, visando una farmacoterapia racional y la obtención de resultados definidos y medibles, orientados a la mejora de la calidad de vida. Esta interacción también debe tener en cuenta las creencias de las personas, respetadas las especificidades biopsicosociales, sobre la óptica de la integralidad de las acciones de salud»<sup>8</sup>.

Bajo esta perspectiva, el objetivo de este estudio fue realizar el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con depresión y evaluar su impacto en la resiliencia.

## Pacientes y métodos

### Tipo de estudio y periodo de selección

Estudio clínico no controlado y no aleatorizado. Los participantes fueron seleccionados en el periodo comprendido entre enero de 2014 y septiembre de 2014.

### Ubicación del estudio

El estudio fue realizado en el Ambulatorio del Hospital Alzira Velano, UNIFENAS, localizado en el barrio Vila Esperanza, ciudad de Alfenas, provincia de Minas Gerais (Brasil).

### Participantes

Fueron seleccionados pacientes con diagnóstico de depresión, con una edad superior a los 18 años, de ambos sexos, residentes en la zona urbana y que presentaban un primer episodio de depresión o que ya habían presentado varios episodios, pero estaban siendo tratados con un nuevo medicamento (inserción o sustitución).

Fueron excluidas las personas menores de 18 años y los pacientes con problemas de salud física que perjudicasen la cumplimentación de los cuestionarios.

## Procedimientos

Fueron seleccionados 25 pacientes con diagnóstico de depresión que respondieron a los siguientes instrumentos: método Dáder, *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) y Escala de Resiliencia. Todos los instrumentos fueron completados por el investigador. Cinco pacientes no fueron incluidos en la investigación pues no residían en zona urbana. Los 20 pacientes invitados aceptaron participar en el estudio y completaron lo mismo.

Se dio inicio al acompañamiento farmacoterapéutico a través de citas en días y horarios compatibles con el investigador y el paciente. Los seguimientos fueron a domicilio. La primera, tercera, quinta y séptima visitas fueron presenciales. En la primera y última visita fueron aplicados los siguientes instrumentos: PHQ-9, y Escala de Resiliencia. Los demás contactos (en el segundo, cuarto y sexto mes) fueron realizados por teléfono. Las llamadas duraron aproximadamente 5 min y los pacientes fueron preguntados sobre su estado de salud, si tenían algún problema relacionado con el medicamento, si tenían alguna duda referente a la enfermedad o el tratamiento y si estaban utilizando el medicamento de forma regular (adhesión).

## Instrumentos

### Método Dáder

El método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico<sup>9</sup> fue desarrollado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (España). Este método involucra la elaboración de la historia farmacoterapéutica del paciente con base en las informaciones acerca de problemas de salud y medicamentos utilizados por él. A partir de las informaciones recogidas, el farmacéutico elabora el estado situacional del paciente con el objetivo de alcanzar resultados positivos a través de la farmacoterapia. Como resultado del análisis el farmacéutico puede identificar problemas relacionados con el uso de medicamentos, como no adhesión, reacciones adversas e interacciones medicamentosas, entre otras, que pueden impactar negativamente sobre la clínica del paciente. Después de la identificación de estos problemas, el farmacéutico elabora un plan de acción con el objetivo de alcanzar resultados positivos y definidos en la salud del paciente.

El método fue aplicado por 2 estudiantes de Farmacia que fueron capacitados por un investigador que posee larga experiencia en la aplicación del método. La capacitación tuvo una duración de 45 h.

### Escala de depresión PHQ-9

El PHQ-9, adaptación del *Primary Care Evaluation of Mental Disorder*, es utilizado para diagnosticar trastornos mentales, aplicados en los servicios primarios de salud<sup>10</sup>. La escala permite rastrear señales y síntomas de depresión mayor actual y la clasificación de niveles de gravedad, presentes en las últimas 2 semanas.

El PHQ-9 está formado por 9 ítems y cada uno presenta un determinado nivel de gravedad: 0 = ninguna vez, 1 = varios días, 2 = más de la mitad de los días, 3 = casi todos los días<sup>11</sup>. La suma de los ítems puede variar de 0 a 27. Se considera un

indicador positivo de depresión mayor los valores mayores o iguales a 10<sup>12,13</sup>.

De acuerdo con los puntos en la escala, se verifica la siguiente clasificación: a) ausencia de indicadores de depresión mayor: de 0 a 5; b) indicadores de depresión mayor leve: de 6 a 9; c) indicadores de depresión mayor moderada: de 10 a 14; d) indicadores de depresión mayor moderada-severa: de 15 a 19, y e) indicadores de depresión mayor severa: mayor de 20.

### Escala de Resiliencia

El cuestionario fue adaptado transculturalmente y validado por Pesce et al.<sup>14</sup>. Evalúa el nivel de resiliencia individual que es entendido como la característica favorable de la personalidad y está directamente relacionado con el aumento de la capacidad de adaptación del ser humano. Está compuesto por 25 ítems, siendo todos medidos en una escala de 7 puntos, oscilando de 1 = desacuerdo completamente, hasta 7 = acuerdo completamente. Los resultados varían de 25 a 175: a) mayor resiliencia: próximo a 175, y b) menor resiliencia: próximo a 25.

## Análisis estadístico

Para describir las características de la muestra se utilizó estadística descriptiva. Para establecer diferencias estadísticas en relación con el PHQ-9 y la Escala de Resiliencia fue usado el test de Wilcoxon (datos no paramétricos). Para evaluar la correlación entre síntomas depresivos y resiliencia fue usado el coeficiente de correlación de Pearson. El nivel de significación considerado fue de 5% y los datos fueron analizados a través del software BioStat 5.0.

## Aspectos éticos

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de Alfenas. Cada paciente fue informado del carácter voluntario de su participación en el estudio, la libertad de interrumpir el estudio en cualquier momento, sin perder la atención médica ofrecida por el ambulatorio del hospital, de los procedimientos a ser realizados, de los riesgos involucrados y del uso confidencial de las informaciones que serían recogidas. Las personas que estaban de acuerdo en participar firmaron el correspondiente consentimiento informado.

## Resultados

En la [tabla 1](#) se presentan los datos de los 20 pacientes seleccionados e incluidos en el estudio.

Las intervenciones farmacéuticas durante el acompañamiento consistieron principalmente en orientación para estimular la adhesión al tratamiento, sobre efectos adversos y sobre cómo manejarlos y sobre el cumplimiento de la duración del tratamiento conforme a lo orientado por el médico. Durante los diálogos presenciales o por teléfono, además de suministrar informaciones técnicas, los investigadores incentivaron al paciente a tener una conducta proactiva en relación con su tratamiento y a

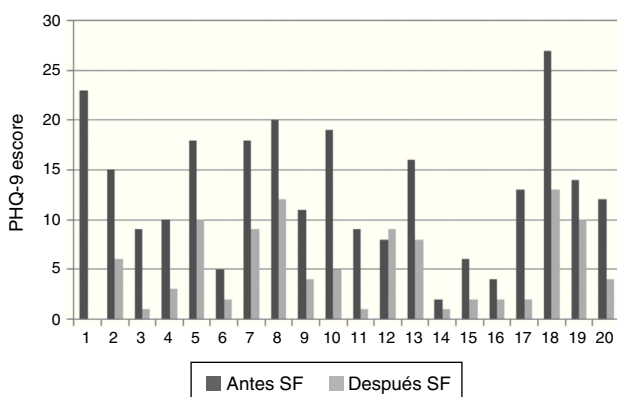
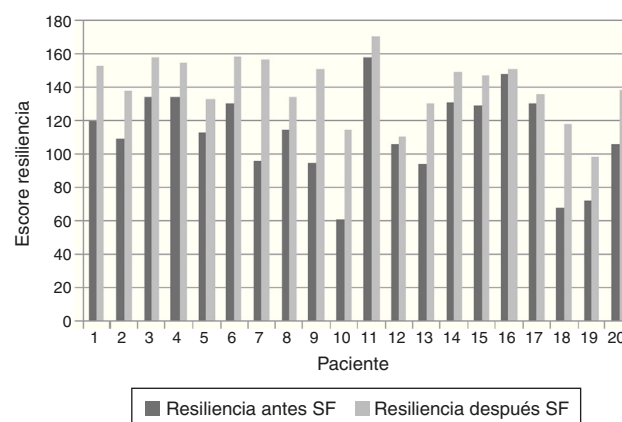
**Tabla 1** Datos sociodemográficos (n = 20)

|                                          |              |
|------------------------------------------|--------------|
| <i>Edad media ± DE (años)</i>            | 45,5 ± 11,89 |
| <i>Sexo, %</i>                           |              |
| Masculino                                | 10           |
| Femenino                                 | 90           |
| <i>Escolaridad, %</i>                    |              |
| Menos de 8 años de estudio               | 30           |
| Más de 8 años de estudio                 | 70           |
| <i>Estado civil, %</i>                   |              |
| Soltero/a                                | 5            |
| Casado/a                                 | 75           |
| Viudo/a                                  | 10           |
| Divorciado/a                             | 10           |
| <i>Religión, %</i>                       |              |
| Católico/a                               | 45           |
| Espiritismo (partidario de Allan Kardec) | 5            |
| Evangélico/a                             | 50           |

su enfermedad y escuchaban activamente a cada paciente durante aproximadamente 50 min.

Los resultados obtenidos a través de la comparación de 2 medidas (antes y después del seguimiento farmacoterapéutico) del PHQ-9 muestran una reducción estadísticamente significativa de síntomas depresivos ( $p < 0,0001$ ). Al observar los resultados de depresión obtenidos por el PHQ-9 antes y después del seguimiento farmacoterapéutico para cada paciente, se observa que casi todos obtuvieron una reducción de los resultados de depresión (fig. 1).

Durante el estudio se registró un aumento de la media del resultado de resiliencia de 112,4 hasta 140,1 puntos, incremento estadísticamente significativo ( $p < 0,0001$ , test t pareado). Tal como muestra la figura 2, hubo un aumento de la resiliencia en todos los pacientes. Existió correlación lineal negativa entre los síntomas depresivos y la resiliencia (calculada por el coeficiente de correlación de Pearson) de  $r = -0,4581$  ( $p = 0,0422$ ), es decir, que cuanto menor era el nivel de los síntomas depresivos mayor fue la resiliencia.

**Figura 1** Resultado de la depresión presentado por los pacientes antes y después del seguimiento farmacoterapéutico (SF).**Figura 2** Resiliencia antes y después del seguimiento farmacoterapéutico (SF).

## Discusión

Los datos de este artículo evidencian que el seguimiento farmacoterapéutico ayudó a los pacientes a reducir los síntomas depresivos y puede contribuir también en el aumento del grado de resiliencia.

Los problemas de salud mental abarcan la sociedad como un todo y esto se torna un desafío fundamental para el desarrollo no solo de un país, sino también de su población. Ningún grupo de la sociedad es inmune a las perturbaciones mentales, aunque el riesgo mayor sea entre los pobres, los desempleados, las personas con escolaridad baja o nula y las víctimas de violencia, por ejemplo.

En el estudio realizado por Monteiro<sup>15</sup> se observó, en relación con el sexo, que las mujeres presentan más depresión que los hombres, así como también fue visto en este estudio que el 90% de los pacientes son mujeres. Esto podría deberse al hecho de que las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad a los efectos de acontecimientos vitales, vulnerabilidad esta que depende de factores socioambientales y geneticobiológicos<sup>16</sup>.

Otro factor de riesgo común para la depresión es la edad. En este estudio se observó que la edad media de los pacientes fue de  $45,5 \pm 11,89$  años, y según la American Psychiatric Association<sup>17</sup>, existe una prevalencia de alteración depresiva mayor, con episodio único o recurrente, más elevada entre pacientes con una edad comprendida entre los 25 y los 44 años, siendo menor entre hombres y mujeres con más de 65 años. Según la OMS, el bajo nivel socioeducacional también es un factor de riesgo para la depresión, puesto que un nivel socioeconómico bajo y pocos años de escolaridad son factores que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad a la depresión en la edad adulta<sup>18</sup>.

Los pacientes con depresión presentan ciertas limitaciones en relación con el trabajo, las actividades de rutina y también muestran problemas de salud física e incapacidad funcional<sup>19</sup>. De acuerdo con Marques et al.<sup>5</sup>, la mayoría de los entrevistados en el estudio «Perceptions of depressed patients on depressive disorder and antidepressant treatment: Elements for the clarification of pharmaceutical care» creen que la depresión se desarrolla como resultado de eventos de vida difíciles o de problemas en las relaciones interpersonales.

Esto también fue relatado en el estudio desarrollado por Câmara y Pereira<sup>20</sup>. Sin embargo, a pesar de que los factores ambientales tengan una gran importancia en el desarrollo de depresión, estos no son los únicos, pues la depresión es una enfermedad multifactorial. Por otro lado, las adversidades de la vida o los problemas en las relaciones interpersonales pueden ser factores de riesgo para el desarrollo y la modulación de la resiliencia.

Según Monteiro<sup>15</sup>, el individuo sufre influencias que pueden tanto favorecer como perjudicar el desarrollo interpersonal; esto incluye relaciones directas con familiares, educadores, profesores, amigos y, también, influencias más indirectas como religiosas, profesionales, sociales, o aun del gobierno. Siendo así, el individuo construye los patrones de percepción acerca del mundo en que vive y sobre la forma como se orienta en él a través de estas experiencias interpersonales.

La resiliencia tiene su desarrollo y modulación en la interacción entre factores de riesgo y de protección. Entre los posibles factores de riesgo, se encuentran los niveles y el número de exposiciones a eventos adversos; el sentido atribuido al evento estresor; la acumulación de factores de riesgo; la cronicidad de los eventos y los niveles de tolerancia al estrés. Los factores de protección son desarrollados en la interacción de aspectos personales (autoestima, empatía, habilidades sociales, autocontrol), condiciones familiares (cantidad de las interacciones, cohesión familiar, estabilidad) y factores del ambiente en que el sujeto está insertado (ambiente tolerante a los conflictos, límites, relaciones saludables y positivas)<sup>21</sup>.

La manera de enfrentar las situaciones estresantes del día a día es particular, depende de cada persona y pueden estar involucrados diferentes factores, como: tipo de personalidad, educación recibida de la familia, aprendizaje, herencia, experiencia y circunstancias de la vida, y teniendo en cuenta las limitaciones biológicas, afectivas y sociales<sup>22</sup>.

De acuerdo con Southwick y Charney, los altos niveles de apoyo social son asociados positivamente con enfrentamiento activo, autocontrol y previsibilidad en la vida, autoestima, motivación, resiliencia y menores niveles de depresión<sup>23</sup>. Aunque el seguimiento farmacoterapéutico sea una actividad profesional clínica y esencialmente técnica del farmacéutico, tal vez el hecho de tener una persona que se preocupa con su salud ha tenido una influencia positiva en este proceso de reflexión de la vida y mejoría de la resiliencia, una vez que todos los meses los pacientes eran atendidos por teléfono o presencialmente. Ese momento era destinado a obtener o transferir informaciones técnicas y también a escuchar activamente al paciente<sup>9</sup>.

De acuerdo con el método Dáder<sup>9</sup>, durante el seguimiento farmacoterapéutico el profesional debe comprender e interiorizar la situación emocional del paciente; además, debe saber transmitir la información y demostrar al paciente que lo entiende. Una actitud empática por parte del farmacéutico favorece la comunicación, puede proporcionar apoyo emocional y dar tranquilidad al paciente. En ese mismo sentido, el contacto emocional facilita la comunicación. Expresar sentimientos de tristeza ante el malestar del paciente, o de alegría por su evolución, sin exageración emocional, potencia la sensación de confianza y comprensión.

Escuchar es una de las cosas más difíciles de poner en práctica. El escuchar ofrece a quien habla la oportunidad de escucharse a sí mismo. Es necesario saber escuchar, ser empático, dejar que el otro hable y entrar dentro de la gente, escuchar en silencio<sup>24</sup>.

Carl Rogers<sup>25</sup>, al referirse a la capacidad de escuchar durante los seguimientos, destaca: «Escuchar es el más antiguo y tal vez el más poderoso instrumento de cura. Con frecuencia, es por la calidad del modo como escuchamos y no por la sabiduría de nuestras palabras que conseguimos efectuar cambios más profundos en las personas que nos rodea».

La estima personal sumada a buenos indicadores de resiliencia pueden actuar como factores de protección, como ha observado Mariutti<sup>22</sup>. Los pacientes con mejores niveles de resiliencia se muestran más positivos, de bien con la vida, presentan mayor apoyo familiar, mejor autoestima, mejor autoimagen, mayor expectativa y esperanza en relación con la vida.

Las limitaciones del estudio son debidas al pequeño tamaño de la muestra y al hecho de que esta no fuera seleccionada de forma aleatorizada.

Sin embargo, fue posible identificar una correlación de los síntomas depresivos con la resiliencia y percibir que el seguimiento farmacoterapéutico ayuda no solamente a reducir los síntomas depresivos, sino que también puede contribuir al aumento del grado de resiliencia.

Otra limitación del estudio consiste en el hecho de que no se puede afirmar que el seguimiento farmacoterapéutico fuera el único responsable del aumento del grado de resiliencia de los pacientes. Es probable que otros factores no investigados pudieran haber contribuido a esto también.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RD. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicol Teor Pesqui*. 2004;20:135-43.
2. Yunes MA. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicol Estud*. 2003;8:80-95.
3. Armando A. Avaliação de escores de resiliência, qualidade de vida e depressão e suas associações em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. p. 1-53.
4. Rosa PV. Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil [tese doutorado em Gerontologia Biomédica]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007. p. 1-81.
5. Marques LA, Galduróz JC, Noto AR. Perceptions of depressed patients on depressive disorder and antidepressant treatment: Elements for the clarification of pharmaceutical care. *Lat Am J Pharm*. 2012;31:869-76.
6. Elisei S, Sciarra T, Verdolini N, Anastasi S. Resilience and depressive disorders. *Psychiatr Danub*. 2013;25 Suppl 2:S263-7.
7. Taboada NG, Legal EJ, Machado N. Resiliência: em busca de um conceito. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2006;16:104-13.



8. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Jamarillo NM, Oliveira NV, Rech N. Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos-relatório 2001-2002. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
9. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Faus Dáder MJ, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (GIAF). Método Dáder: guía de seguimiento farmacoterapéutico. Granada: Universidad de Granada; 2007.
10. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994;272:1749-56.
11. Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C, Fariás R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2012;50:10-22.
12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-13.
13. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *JAMA*. 1999;282:1737-44.
14. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Publica*. 2005;21:436-48.
15. Monteiro IS. O contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão no adulto [tese de doutorado]. Braga, Portugal: Universidade do Minho; 2009. p. 1-322 [consultado 20 Jun 2016]. Disponible en: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10872/1/tese.pdf>
16. Marques-Teixeira J. A depressão e a mulher na sociedade moderna. *Psiquiatr em Rev*. 1998;11:5-28.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). Washington, DC: APA; 1994. p. 143-7.
18. World Health Organization. Investing in mental health. Department of Mental Health and Substance Abuse (MSD). Noncommunicable diseases and mental health. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 52 [consultado 20 Jul 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/en/investing\\_in\\_mnh.final.pdf](http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh.final.pdf).
19. De Almeida Fleck MP, Lafer B, Sougey EB, del Porto JA, Brasil MA, Jurueña MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25:114-22.
20. Câmara MC, Pereira MA. Percepções de transtorno mental de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31:730.
21. Olmos Grings C, Reyes Vigueras ES. Superando as adversidades: Resiliência diante da doença arterial coronariana. *Rev Bras Cien Saude*. 2012;10:55-1061.
22. Mariutti MG, Furegato AR. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. *Rev Bras Enferm*. 2010;63:183-9.
23. Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: Implications for the prevention and treatment of depression. *Science*. 2012;338:79-82.
24. Carrenho E. Depressão: tem luz no fim do túnel. 1.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Vida; 2007.
25. Rogers CR. Tornar-se pessoa. 1.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.