

Consumo/dependencia de alcohol y resiliencia en persona anciana con hipertensión arterial sistémica¹

Aline Alves dos Santos Dullius²
Silvana Maria Coelho Leite Fava³
Patrícia Mônica Ribeiro⁴
Fábio de Souza Terra⁴

Objetivo: evaluar el consumo/dependencia de alcohol y la resiliencia en la persona anciana con hipertensión arterial sistémica y analizar los factores asociados a estas variables. Método: estudio descriptivo-analítico, transversal, cuantitativo, desarrollado con 300 ancianos con hipertensión arterial sistémica de las Estrategias Salud de la Familia, en un municipio del estado de Minas Gerais. Se utilizó un cuestionario semiestructurado, la escala *Alcohol Use Disorder Identification Test* y la Escala de Resiliencia. Para el análisis de los datos se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado de Person, Exacta de Fisher, Alfa de Cronbach, *odds ratio* y regresión logística. Resultados: 89,3% de los entrevistados hacían uso de bajo riesgo de bebidas alcohólicas. Las variables sexo, intervalo etario, tabaquismo y tiempo de enfermedad, presentaron asociación significativa con el consumo/dependencia de alcohol. Se constató que 36,7% de las personas presentaron resiliencia baja. Las variables renta familiar mensual y propia, escolaridad, actividad física y recreación, presentaron asociación con la resiliencia. No hubo asociación estadísticamente significativa entre el consumo/dependencia de alcohol y la resiliencia. Conclusión: el consumo de alcohol y la resiliencia pueden interferir en la salud física y mental de las personas ancianas con hipertensión arterial sistémica.

Descriptorios: Anciano; Hipertensión; Alcoholismo; Resiliencia Psicológica; Estrategia de Salud Familiar; Enfermería.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Evaluación del consumo/dependencia de alcohol y de la resiliencia en la persona anciana con hipertensión arterial sistémica", presentada en la Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

² MSc, Enfermera, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Machado, Machado, MG, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

Cómo citar este artículo

Dullius AAS, Fava SMCL, Ribeiro PM, Terra FS. Alcohol consumption/dependence and resilience in older adults with high blood pressure. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3024. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2466.3024>. mes día año

URL

Introducción

La población brasileña viene pasando por procesos de transformación caracterizados por alteraciones significativas en su régimen demográfico. Los niveles y las prácticas de los eventos vitales, fecundidad y mortalidad, experimentados en todas las regiones del país se vienen alterando de forma acelerada en las últimas décadas, implicando desafíos y oportunidades para la sociedad⁽¹⁾. Acompañando este fenómeno, aumentan también los números de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial sistémica (HAS)⁽²⁾ y también el consumo de alcohol por la población anciana⁽³⁻⁵⁾.

Datos norteamericanos de 2015 establecen la relación entre HAS con infarto agudo del miocardio en 69% de los casos, así como en 77% de los accidentes vasculares cerebrales hemorrágicos, 75% con insuficiencia cardíaca, siendo además responsable por 45% de las muertes cardíacas y 51% de las muertes provenientes de accidente vascular hemorrágico. En Brasil, la HAS afecta aproximadamente a 36 millones de individuos adultos y a más de 60% de la población anciana, presentando un impacto elevado en la pérdida de la productividad del trabajo y renta familiar⁽⁶⁻⁷⁾.

Delante de eso, queda evidente la necesidad de que los enfermeros busquen la identificación precoz de los daños y complicaciones que pueden impactar negativamente en la adhesión al tratamiento para HAS, como la presencia de comorbilidades⁽⁸⁾.

En este contexto, cabe mencionar que el uso de alcohol entre las personas ancianas está aumentando simultáneamente con el crecimiento de esa población. De esa forma, el etilismo puede ser responsable por cuestiones sociales graves, presentándose como un problema de salud pública poco estudiado y diagnosticado, en determinadas poblaciones. Las investigaciones relacionadas al etilismo quedan muy concentradas entre los jóvenes/adultos, exigiendo nuevas perspectivas para esta problemática, con adopción de técnicas de identificación y tratamiento apropiadas en la población anciana⁽⁹⁾.

En muchas situaciones es necesario que el individuo utilice estrategias para enfrentar acontecimientos en su vida, entre las cuales el surgimiento de enfermedades o cambios en sus hábitos de vida. Con eso, el rasgo de personalidad conocido como resiliencia, es comprendido como el desarrollo saludable y positivo del individuo, influenciado por procesos sociales e intrapsíquicos, inclusive cuando experimenta acontecimientos desfavorables. En ese sentido, la resiliencia involucra la interacción entre eventos adversos de la vida y factores de protección internos y externos de cada individuo⁽¹⁰⁾.

Un estudio realizado en Atlanta, Estados Unidos, en 2.024 adultos, evaluó la relación alcohol y resiliencia, encontrando que aquellos individuos con resiliencia baja presentaban mayor índice de problemas concomitantes con consumo/dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas⁽¹¹⁾.

Para las personas ancianas, la resiliencia también aparece como un factor protector para el uso abusivo de sustancias nocivas, como el consumo de alcohol. Al contrario de eso, ha sido identificado como uno de los factores que contribuye para el envejecimiento exitoso, que se refiere a la manera con la cual los ancianos alcanzan y mantienen la sensación de bienestar, a pesar de las dificultades naturales que aparece en el envejecimiento. En esa etapa de la vida, la resiliencia está relacionada con mayor compromiso social, mayor optimismo e independencia funcional⁽⁸⁾.

De esa forma, caso la resiliencia de la persona anciana con HAS se encuentre fortalecida, se espera que este busque el acompañamiento periódico para su condición crónica, siguiendo correctamente el tratamiento medicamentoso y no-medicamentoso, entre ellos el abandono del etilismo, en la perspectiva de alcanzar el envejecimiento exitoso⁽⁹⁾.

Inclusive identificando la importancia de la temática, se verifica que todavía son incipientes los estudios que abordan la resiliencia y el consumo/dependencia de alcohol en la persona anciana con HAS, lo que justifica la búsqueda de conocimientos en esta área, con el objetivo de elucidar la prevalencia y la influencia de esos factores en esa etapa de la vida; y, esto poder contribuir para la mejoría de la asistencia de enfermería a esa parte de la población. Delante de estas informaciones, el enfermero podrá elaborar acciones de promoción de la resiliencia, como el estímulo a la autoestima; además este profesional puede contribuir para la prevención, disminución y/o abandono del consumo de bebidas alcohólicas. Todas esas acciones favorecerán el control de los niveles de presión de la población anciana, además de contribuir para el bienestar social e individual, así como a la mejora de la calidad de vida de esta población.

De esa forma, el objetivo del presente estudio fue evaluar el consumo/dependencia de alcohol y la resiliencia de la persona anciana con hipertensión arterial sistémica atendida por los equipos de salud de la familia en un municipio del Sur del estado de Minas Gerais; también la investigación analizará los factores asociados a estas variables.

Método

Estudio descriptivo-analítico, transversal, de abordaje cuantitativo, desarrollado en cinco unidades

urbanas de Estrategia Salud de la Familia (ESF) en un municipio del Sur del estado de Minas Gerais, en el período entre octubre de 2015 y febrero de 2016.

La población de estudio estuvo constituida por 1.092 personas ancianas que presentaban solamente HAS como enfermedad crónica. Fueron adoptados los siguientes criterios de inclusión: tener edad igual o superior a 60 años; pertenecer a la población adscrita en alguno de los cinco Equipos Salud de la Familia urbana del referido municipio; presentar hipertensión arterial sistémica y no poseer otra enfermedad crónica. Mediante estos criterios y considerando el total de la población, fue calculada una muestra aleatoria estratificada proporcional a cada una de las cinco ESF, totalizando una muestra de 300 personas. El tamaño de la muestra fue calculado utilizando 95% de confianza y 5% de error; para el sorteo de las personas ancianas que compusieron esa muestra, se utilizó el programa BioEstat 5.3.

Para realizar la recogida de datos, fue solicitado a las enfermeras de las ESF (integrantes del estudio) la lista de todas las personas ancianas con HAS y que hacían parte del área de actuación de cada equipo. Con esa lista y con el cálculo del tamaño de la muestra, se realizó el sorteo de esas personas que compusieron la muestra que fueron convidadas a participar del presente estudio. Posteriormente, la investigadora, con la lista en manos, después del sorteo, se comunicó previamente con los individuos seleccionados para programar el mejor horario para aplicación de los instrumentos.

Cabe destacar que se optó por utilizar la entrevista como método de recogida de datos, en el propio domicilio del entrevistado, esto por considerar que la población de estudio estaba compuesta de personas ancianas que podrían presentar dificultades visuales, de lectura y de llenado de los instrumentos.

Para la recogida de datos fue utilizado un cuestionario semiestructurado que contenía 18 cuestiones, el que fue desarrollado por los investigadores y destinado a evaluar: datos sociodemográficos, hábitos de vida, enfermedades crónicas, actividades laborales y eventos importantes en la vida. Este instrumento fue sometido a un proceso de refinamiento con cinco jueces con experiencia en el área estudiada. Posteriormente, fue sometido a un test piloto con 10 personas pertenecientes a una ESF del mismo municipio. Cabe resaltar que los individuos que participaron de ese proceso no fueron incluidos en la muestra del estudio.

Para evaluación del consumo/dependencia de alcohol se utilizó el *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), instrumento originalmente desarrollado por la Organización Mundial de Salud (OMS) al final de la década de 1980. Para el contexto brasileño, la versión en portugués fue traducida en 1999 y adaptada en 2005,

siendo esta la versión utilizada en el presente estudio⁽¹²⁾. A partir del valor de la suma de las diez respuestas, se obtuvo la clasificación: uso de bajo riesgo (puntaje de 0 a 7 puntos); uso de riesgo (puntaje de 8 a 15 puntos); uso nocivo (puntaje de 16 a 19 puntos); y probable dependencia (puntaje de 20 a 40 puntos).

El tercer instrumento fue utilizado para evaluación de la resiliencia. Para eso, se utilizó la Escala de Resiliencia desarrollada en 1993, en el idioma inglés, traducida y validada en portugués en 2005⁽¹³⁾. El instrumento posee 25 ítems, descritos de forma positiva con respuesta en escala tipo *Likert* variando de 1 (discuerdo totalmente) a 7 (conuerdo totalmente). La puntuación de esa escala puede variar entre 25 y 175 puntos; así, valores mayores que 145 indican resiliencia moderadamente alta a alta, 125 a 145 se refieren a niveles de resiliencia moderadamente baja a moderada y valores iguales o menores que 124 puntos corresponden a la resiliencia baja⁽¹⁴⁾.

Los datos recogidos por los instrumentos fueron introducidos con doble entrada en el software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versión 20.0, con la finalidad de evitar errores de transcripción y para el análisis estadístico descriptivo e inferencial.

Para evaluación de la confiabilidad de la Escala AUDIT y Escala de Resiliencia, se utilizó el Coeficiente Alfa de Cronbach a fin de evaluar la consistencia interna y si los datos recogidos estaban correlacionados.

Algunas variables independientes fueron reagrupadas con el objetivo de facilitar el análisis estadístico de los datos y las comparaciones. Cabe resaltar que la variable consumo/dependencia de alcohol fue codificada nuevamente en dos categorías para la realización de las asociaciones: uso de bajo riesgo x uso de riesgo. De la misma forma, la variable resiliencia también se codificó nuevamente en dos categorías con el mismo objetivo, las que fueron: resiliencia baja x resiliencia moderadamente baja a moderada y resiliencia moderadamente alta a alta.

Además de eso, fueron utilizadas las pruebas Chi-cuadrado de Pearson o Exacta de Fisher para verificar la asociación entre: el consumo/dependencia de alcohol con las variables independientes; la medida de resiliencia con las variables independientes; y la variable consumo/dependencia de alcohol con la resiliencia.

En este estudio fue adoptado el nivel de significación de 5%, o sea, los datos se presentaron estadísticamente significativos para $P < 0,05$.

Después de esos análisis, fue estimado el *odds ratio* de las variables independientes con el consumo/dependencia de alcohol y con la resiliencia. Posteriormente, se utilizó el modelo de regresión

logística de las variables independientes con el consumo/dependencia de alcohol y con la resiliencia.

El proyecto de investigación fue sometido a evaluación y apreciación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), que fue aprobado con el Parecer No. 1.144.940 (CAAE: 46503115.3.0000.5142). Se solicitó la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido a los participantes de la investigación, habiéndose garantizado el anonimato y el derecho de desistir en cualquier fase de la misma, conforme la Resolución 466/2012, que trata de Investigación Involucrando Seres Humanos.

Resultados

La muestra estuvo compuesta en su mayoría por personas ancianas del sexo femenino (61,0%), con edad entre 60 y 70 años (58,0%), casados/con compañeros (58,7%), tenían el catolicismo como creencia religiosa (79%), uno a cinco hijos (61,0%), residencia propia (87,0%), enseñanza fundamental incompleta (51,3%) y sin alfabetización (34,7%). La renta familiar mensual fue de 1.701 a 2.500 reales (27,0%), renta propia mensual de hasta 880,00 reales (71,7%). Solamente 13,3% mencionaron ser tabaquistas, y entre estos, 67,5% consumían hasta 10 cigarrillos por día. La mayoría de los entrevistados no practicaba actividades físicas (56,0%); refirieron realizar actividades de recreación (93,7%), fueron destacadas las actividades manuales (28,1%) y ver televisión (27,0%). Entre los participantes, 49,7% presentaban HAS entre 1 y 10 años, 93,0% revelaron hacer uso de medicamentos continuos para control de esta patología, siendo que la mayor parte de las personas entrevistadas (48,0%) refirió usar 2 tipos de medicamentos por día. El grupo farmacológico más utilizado para control de la enfermedad fue el diurético (67,7%), seguido de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (49,1%). Es importante destacar que apenas una pequeña parte de la población anciana entrevistada cuenta con auxilio para el uso diario de medicamentos (10,0%), siendo que todos ellos relataron los familiares como personas que proporcionan este auxilio.

Se destaca que 39,7% de las personas relataron que no realizaban ningún tipo de tratamiento no farmacológico para el control de la HAS. Las personas ancianas que presentaron complicaciones asociadas a la enfermedad correspondieron a 22,0% de los entrevistados, entre ellas la relatada con mayor frecuencia fue la cardiopatía (47,0%). En cuanto a la profesión, la mayor parte era de trabajadores rurales (41,0%), y la situación actual relatada fue de jubilado

(81,3%). Al analizar la variable "eventos importantes en la vida", se verificó que 73,7% tuvieron algún evento importante en los últimos 12 meses, con destaque para la pérdida (muerte) de ser querido (38,5%), seguido de conflictos familiares (19,0%), diagnóstico de enfermedad del propio anciano (13,1%) y realización personal (10,4%).

Al evaluar la distribución de las personas ancianas con HAS, conforme la clasificación de la escala AUDIT, fue posible verificar que 89,3% de los entrevistados hacían uso de bajo riesgo de bebidas alcohólicas, 6,0% hacían uso de riesgo y 2,0% hacían uso nocivo. Cabe resaltar que 2,7% de las personas ancianas presentaron una probable dependencia del consumo de alcohol.

La Tabla 1 presenta las únicas variables independientes que presentaron asociación significativa con el consumo/dependencia de alcohol entre las personas ancianas entrevistadas.

Conforme mostrado en la Tabla 1, entre todas las variables independientes analizadas, solamente el sexo, el intervalo etario, el tabaquismo, el tiempo de HAS y el uso de medicamentos continuos, presentaron asociación significativa con el consumo/dependencia de alcohol ($P < 0,05$). De esa forma, los participantes del sexo masculino y los con edad entre 60 y 70 años presentaron más chance de uso de riesgo para consumo/dependencia de alcohol. La persona anciana que es tabaquista presentó 6 veces más chance de uso de riesgo para consumo/dependencia de alcohol que los que no fumaban. Así tanto los entrevistados que desarrollaron HAS en los últimos 20 años y como los que no hacen uso continuo de medicamentos para el control de esta enfermedad, tenían más chance de uso de riesgo para consumo/dependencia de alcohol.

Después del análisis de los parámetros de todas las variables independientes con el consumo/dependencia de alcohol, por el modelo de regresión logística, se constató que solamente las variables sexo y tabaquismo evidenciaron significación estadística, respectivamente, $p < 0,001$ y $p = 0,028$, resultando en un modelo final ajustado. De esta forma, el modelo constató que las personas entrevistadas del sexo masculino (OR: 1,000) tuvieron más chance de uso de riesgo para consumo/dependencia de alcohol que el sexo femenino. Además de eso, las personas tabaquistas (OR: 6,107) tuvieron aproximadamente 6 veces más chance de uso de riesgo para consumo/dependencia de alcohol del que las que no se refirieron tabaquistas.

Con relación a la distribución de las personas ancianas de acuerdo con la clasificación de la Escala de Resiliencia, se observa que 39,7% de los entrevistados presentaron resiliencia moderadamente baja a

moderada, 36,7% resiliencia baja y 23,6% resiliencia moderadamente alta a alta.

La Tabla 2 presenta las únicas variables independientes que tuvieron asociación significativa con la resiliencia entre las personas ancianas con HAS.

Conforme la Tabla 2, las variables renta familiar mensual, renta propia mensual, escolaridad, actividad física y actividad de recreación, presentaron asociación significativa con la resiliencia ($P < 0,05$). Siendo así, las personas entrevistadas que presentaban renta familiar mensual de hasta 1.700 reales (OR: 2,097), así como aquellos individuos con renta propia mensual de hasta 880,00 reales (OR: 2,098), y aquellas personas ancianas sin alfabetización (OR: 2,234), tienen aproximadamente dos veces más chance de tener resiliencia baja. Los entrevistados que no practicaban actividad física (OR: 2,892) presentaron casi tres veces más chance de tener resiliencia baja. Por último, los individuos que no tienen actividades de recreación (OR: 2,528) presentaron 2,5 veces más chance de tener resiliencia baja que las personas que relataron tener actividad de recreación.

Después de analizar los parámetros de todas las variables independientes con la resiliencia, por el modelo de regresión logística, se constató que

solamente las variables escolaridad, actividad física y evento importante en la vida, presentaron significación estadística, respectivamente, $p = 0,020$, $P < 0,001$ y $p = 0,044$, resultando en un modelo final ajustado. De esta forma, el modelo constató que las personas sin alfabetización tuvieron aproximadamente 2 veces más chance de presentar resiliencia baja que los individuos con alfabetización. Además de eso, los entrevistados que no realizaban actividad física tuvieron 3 veces más chance de presentar resiliencia baja que las que lo realizan. Y por último, las personas que experimentaron algún evento importante en la vida tuvieron aproximadamente 2 veces menos chance de presentar resiliencia baja que los entrevistados que no experimentaron estos eventos.

En la Tabla 3 se muestra el análisis de la asociación del consumo/dependencia de alcohol con la resiliencia.

Al evaluar la asociación entre las variables consumo/dependencia de alcohol y la resiliencia entre las personas ancianas con HAS, se constató que no hubo asociación significativa entre esas dos variables ($p = 0,205$). Sin embargo, es posible identificar que un porcentaje expresivo de personas evaluadas hacía uso de riesgo para bebidas alcohólicas y presentaba resiliencia baja (46,9%).

Tabla 1- Análisis univariado de los factores asociados al consumo/dependencia de alcohol de la persona anciana con hipertensión arterial sistémica de acuerdo a las variables: sexo, intervalo etario tabaquismo, tiempo de hipertensión arterial sistémica y uso de medicamentos continuos. Machado, MG, Brasil, 2016

| Variables | Uso de bajo riesgo | Uso de riesgo | Valor-p | OR* | IC [†] 95% |
|-------------------------------|--------------------|---------------|---------------------|-------|---------------------|
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 89 (76,1%) | 28 (23,9%) | <0,001 [‡] | 1,000 | 0,024 - 0,209 |
| Femenino | 179 (97,8%) | 4 (2,2%) | | 0,071 | |
| Intervalo etario | | | | | |
| 60 a 70 años | 150 (86,2%) | 24 (13,8%) | 0,039 [§] | 1,000 | 0,184 - 0,977 |
| 71 años o más | 118 (93,7%) | 8 (6,3%) | | 0,424 | |
| Tabaquismo | | | | | |
| Si | 27 (67,5%) | 13 (32,5%) | <0,001 [‡] | 6,107 | 2,701 - 13,727 |
| No | 241 (92,7%) | 19 (7,3%) | | 1,000 | |
| Tiempo de HAS | | | | | |
| Hasta 20 años | 196 (87,1%) | 29 (12,9%) | 0,020 [§] | 1,000 | 0,083 - 0,953 |
| Arriba de 20 años | 72 (96,0%) | 3 (4,0%) | | 0,282 | |
| Uso de medicamentos continuos | | | | | |
| Si | 252 (90,3%) | 27 (9,7%) | 0,043 [‡] | 0,343 | 0,116 - 1,009 |
| No | 16 (76,2%) | 5 (23,8%) | | 1,000 | |

*OR-*Odds ratio* (razón de chances); [†]IC- Intervalo de Confianza; [‡]Aplicación del Test Exacto de Fisher; [§]Aplicación del Test Chi-cuadrado de Pearson; ^{||}HAS - Hipertensión Arterial Sistémica;

Tabla 2- Análisis univariado de los factores asociados a la resiliencia de la persona anciana con hipertensión arterial sistémica conforme las variables: Renta familiar mensual, renta propia mensual, escolaridad, actividad física y actividad de recreación. Machado, MG, Brasil, 2016

| Variables | Resiliencia Baja | Resiliencia M.B.M* la M.A.A† | Valor-p | OR‡ | IC§ 95% |
|---------------------------|------------------|------------------------------|----------------------|-------|---------------|
| Renta familiar mensual | | | | | |
| Hasta 1.700 reales | 67 (45,3%) | 81 (54,7%) | 0,002 | 2,097 | 1,299 – 3,385 |
| Arriba de 1.701 reales | 43 (28,3%) | 109 (71,7%) | | 1,000 | |
| Renta propia mensual | | | | | |
| Hasta 880,00 reales | 94 (40,2%) | 140 (59,8%) | 0,018 | 2,098 | 1,128 – 3,903 |
| Arriba de 881,00 reales | 16 (24,2%) | 50 (75,8%) | | 1,000 | |
| Escolaridad | | | | | |
| Sin alfabetización | 51 (49,0%) | 53 (51,0%) | 0,001 | 2,234 | 1,368 – 3,650 |
| Con alfabetización | 59 (30,1%) | 137 (69,9%) | | 1,000 | |
| Actividad física | | | | | |
| No practica | 79 (47,0%) | 89 (53,0%) | <0,001 | 2,892 | 1,748 – 4,786 |
| Practica actividad física | 31 (23,5%) | 101 (76,5%) | | 1,000 | |
| Actividad de recreación | | | | | |
| Si | 99 (35,2%) | 182 (64,8%) | 0,047 | 1,000 | 0,984 – 6,491 |
| No | 11 (57,9%) | 8 (42,1%) | | 2,528 | |

*M.B.M- Moderadamente baja a moderada; †M.A.A- Moderadamente alta a alta; ‡OR-Odds ratio (razón de chances); §IC- Intervalo de Confianza; ||Aplicación del test Chi-cuadrado de Pearson

Tabla 3- Análisis univariado del consumo/dependencia de alcohol con resiliencia en la persona anciana con hipertensión arterial sistémica. Machado, MG, Brasil, 2016

| Variables | Resiliencia Baja | Resiliencia M.B.M* la M.A.A† | Valor-p | OR‡ | IC§ 95% |
|---------------------------------|------------------|------------------------------|---------------------|-------|---------------|
| Consumo/ dependencia de alcohol | | | | | |
| Uso de bajo riesgo | 95 (35,4%) | 173 (64,6%) | 0,205 | 0,622 | 0,298 – 1,302 |
| Uso de riesgo | 15 (46,9%) | 17 (53,1%) | | 1,000 | |

*M.B.M- Moderadamente baja a moderada; †M.A.A- Moderadamente alta a alta; ‡OR-Odds ratio (razón de chances); §IC- Intervalo de Confianza; ||Aplicación del test Chi-cuadrado de Pearson

Discusión

De acuerdo con los datos obtenidos en el presente estudio, se identificó que la mayoría de los entrevistados eran del sexo femenino, con edad entre 60 y 70 años, casados/con compañeros, teniendo al catolicismo como creencia religiosa, con uno a cinco hijos, con residencia propia, con enseñanza fundamental incompleta y sin alfabetización. Datos semejantes pueden ser observados en investigación realizada en el estado de Maranhão, con 60 personas ancianas, el que presentó datos semejantes a los de este estudio, donde la muestra estuvo constituida por 65% de mujeres, 63,3% presentaban edad entre 60 y 69 años, 43,3% poseían enseñanza fundamental incompleta, 36,7% de la muestra sin alfabetización⁽¹⁵⁾. Otra investigación realizada en la Amazonia Legal abordó las características epidemiológicas de la HAS y los factores asociados a esta patología en la población anciana; el estudio presentó datos semejantes a los encontrados en esta investigación; entre las 273 personas ancianas analizadas, 54,9% relataron tener entre uno y cuatro años de estudio y 34,5% no eran alfabetizados⁽¹⁶⁾. Otros autores desarrollaron un estudio con 1.047 personas ancianas con HAS en Madrid,

en España, el que identificó que 36% utilizaban bloqueadores de receptores de angiotensina II, 23,9% inhibidores de la ECA y 20% utilizaban diuréticos⁽¹⁷⁾.

En el presente estudio se verificó que las variables sexo, intervalo etario, tabaquismo, tiempo de HAS y uso continuo de medicamentos presentaron asociación significativa con la variable consumo/dependencia de alcohol.

La literatura apunta que el sexo masculino está fuertemente asociado con el aumento del consumo de alcohol en relación al sexo opuesto. El patrón de consumo de alcohol en la persona anciana y los valores morales y sociales asociados a este hábito, pueden ser determinados todavía en la juventud, perdurando por toda la vida. Además de eso, existe una fuerte presión social para que los hombres inicien el consumo de bebidas alcohólicas en su juventud. En ese sentido, las mujeres con más edad pueden haber experimentado una juventud que no valoraba ese hábito en el sexo femenino, lo que pudo haber influenciado el bajo consumo de alcohol en esas mujeres, después del proceso de envejecimiento⁽¹⁸⁾.

Con relación al intervalo etario, cabe mencionar que existe disminución en el consumo de alcohol en la vejez;

cuanto es mayor es la edad, menor es la frecuencia de este consumo. Esto sucede por algunos factores, como la muerte precoz de las personas que hicieron uso de bebidas alcohólicas a lo largo de toda la vida, por moderación o interrupción del uso de la sustancia debido al aumento de la sensibilidad a los efectos del alcohol, a aspectos que influyen en personas ancianas a no relatar el consumo de alcohol, y a la disminución de la investigación por parte del equipo de salud⁽¹⁹⁾.

Así, como el consumo de alcohol, el tabaco también puede perjudicar a la salud de personas ancianas, originando diversos problemas sociales y económicos en el país. La literatura establece la asociación entre el consumo de alcohol y de tabaco⁽²⁰⁾.

Además, otra investigación reveló que existe un número creciente de personas ancianas que presentan comorbilidades (como HAS y diabetes mellitus) y hacen uso de medicamentos diarios para controlar esas patologías, pero ingieren bebidas alcohólicas como estrategia de enfrentamiento a su condición de salud⁽²¹⁾.

En el presente estudio, también hubo asociación entre el consumo/dependencia de alcohol y el hecho del entrevistado presentar diagnóstico de HAS durante un período de 20 años. Este hallazgo posiblemente ocurrió debido a que las personas que presentaban menos tiempo de diagnóstico de HAS se encontraban en los intervalos etarios iniciales del envejecimiento; si consideramos que el consumo de bebidas alcohólicas disminuye con el avance de la edad y, conseqüentemente, el diagnóstico de HAS se vuelve más frecuente en los individuos con el pasar de los años, pudiendo llegar próximo a 100% en personas con más de 80 años⁽²²⁾. De esa forma, cuanto más edad tiene la persona anciana más tiempo tendrá de HAS; con eso, menor será el consumo de alcohol.

Delante de esas informaciones, es necesario que el enfermero comprenda que el proceso de envejecimiento viene acompañado por cambios en los aspectos físicos, psicológicos y sociales del individuo y esas alteraciones, muchas veces, llevan a la persona anciana a sentirse impotente por depender de familiares; así, ellas en ellas disminuye la esperanza y aparece la depresión, volviéndolas más vulnerables al uso de bebidas alcohólicas⁽²³⁾. De esta forma, el establecimiento de una relación de confianza entre el profesional enfermero y la persona anciana es primordial para la detección de hábitos de vida inadecuados, lo que permite la implementación de acciones para promoción de la salud de esa población.

En esta investigación se constató que las variables escolaridad, renta propia mensual, renta familiar mensual, actividad física y actividad de recreación, presentaron asociación significativa con la variable resiliencia. Cabe inferir que los individuos que tuvieron más años de estudio en la vida, contaron con condiciones y herramientas personales que pueden contribuir para el desarrollo de un sentido de la vida enfocado en fortalecer la resiliencia. Así, factores protectores externos como

el apoyo social y la valorización que las personas reciben del medio en que viven, pueden influenciar en la formación de las condiciones internas, contribuyendo para la competencia personal, la resolución de problemas y, principalmente, para la autonomía⁽²⁴⁾.

Es posible afirmar que personas con mejor condición financiera son favorecidas en la formación de la resiliencia (cuando comparadas con personas de baja renta) por tener mayor facilidad de acceso a los factores promotores de resiliencia, como la escolaridad y el apoyo social⁽²⁵⁾.

En la perspectiva holística de la salud, los beneficios psicológicos de la actividad física son tan importantes como los beneficios físicos, una vez que pueden amenizar y prevenir disturbios emocionales y desórdenes somáticos. Además, se añade que personas que realizan actividad física refieren sentimientos de bienestar, de felicidad, de autoestima, de disminución del estrés y de la depresión. Además, delante de esos beneficios se destaca que la práctica de ejercicios físicos contribuye para expandir las redes sociales de esas personas, estimula la capacidad de compartir emociones en grupo, desarrollar el diálogo, mejorar la expresividad, producir desinhibiciones de forma a contribuir para un mejor estado de salud mental, física y emocional, que tienen un alcance que va más allá del estado físico⁽²⁶⁾.

Para la persona anciana, la relación entre recreación y la resiliencia son todavía más fuertes. El establecimiento de una rutina para la realización de actividades de distracción contribuye para que la persona anciana obtenga mejores niveles de bienestar y de calidad de vida. Eso puede presentarse como un recurso que fortalece la resiliencia y que auxilia a lidiar con diversos riesgos asociados al envejecimiento⁽²⁷⁾.

Siendo así, se identifica que los profesionales de salud, principalmente el enfermero, que actúan en ESF, pueden crear un ambiente propicio para que las personas ancianas con HAS realicen actividades de recreación, por medio de momentos en la unidad u otros locales de la propia comunidad, en que esos individuos puedan encontrarse periódicamente para realizar actividades manuales, bailar, hacer teatro, leer poesía, distraerse, intercambiar experiencias, educarse en salud, entre otras actividades de recreación. Con eso, podrá contribuir para la mejoría de la autoestima, del bienestar, de la satisfacción con la vida y principalmente, para el fortalecimiento de la resiliencia de la persona anciana.

Entre los relatos de los eventos que fueron más importantes en la vida de la persona anciana con HAS, en la presente investigación, se destacaron la pérdida (muerte) de una persona querida, los conflictos familiares y el diagnóstico de enfermedad en el propio anciano y/o en familiares. De esa forma, se verifica que se trata de eventos con significado negativo en la vida de esos individuos. Sin embargo, algunos autores

esclarecen que las experiencias negativas pueden volver a la persona más resiliente⁽²⁸⁾.

A pesar de que no fue encontrada asociación significativa entre el consumo/dependencia de alcohol y la resiliencia en la población estudiada, es importante establecer la relación entre estas variables identificada en la literatura.

El consumo de alcohol, muchas veces, puede ser considerado como una estrategia de enfrentamiento de eventos estresantes de la vida⁽²⁹⁾, principalmente en personas que presentan alteraciones en la salud mental, como ansiedad, depresión y alteración de la autoestima⁽³⁰⁾. En este contexto, la resiliencia se muestra como una característica importante en la moderación de la asociación entre el estrés y las emociones negativas, por proporcionar al individuo la capacidad de adaptarse a las circunstancias estresantes, manteniendo el bienestar mental⁽³¹⁾. Cabe destacar que, pocos estudios fueron desarrollados directamente para verificar la relación entre consumo/dependencia de alcohol y la resiliencia, principalmente en la población anciana, pero aquellos encontrados en la literatura apuntan la relación inversa entre estas dos variables, una vez que la resiliencia ha sido identificada como un mecanismo protector y asociada a un riesgo reducido de consumo de bebidas alcohólicas⁽³¹⁻³³⁾.

En este contexto, se percibe que los eventos estresantes son inevitables en la vida, pero la característica "resiliente" es la llave para explicar las diferencias individuales en el perfeccionamiento psicológico y comportamental frente a estos eventos⁽³¹⁾. Así, queda claro el establecimiento de la relación entre, las alteraciones en la autoestima y los eventos negativos en la vida, con el consumo/dependencia de alcohol; por otro lado, la resiliencia aparece como mecanismo protector para esos eventos que afectan la salud mental y amortigua el impacto de la fuerza de las emociones negativas, y también, reduce el uso de bebidas alcohólicas⁽³³⁾. Esta afirmación no fue confirmada en el presente estudio, porque no se observó la relación entre el consumo/dependencia de alcohol y la resiliencia en la persona anciana con HAS, hecho que puede ser explicado por las diferentes características sociodemográficas y económicas en la población estudiada, sugiriendo así, realizar nuevos estudios en diferentes poblaciones ancianas.

Cabe mencionar que la resiliencia puede ser mejorada por medio del aprendizaje activo. Sin embargo, se destaca que hasta el momento ha sido poco estimulada en los servicios de salud como prevención y tratamiento de consumo/dependencia de alcohol⁽³⁴⁾.

Se destaca como una limitación del estudio, el diseño transversal de la investigación, que no permitió verificar la relación causa-efecto de los resultados encontrados; sin embargo fue posible caracterizar y asociar variables independientes con dependientes, observando la situación de la persona anciana con

HAS en aquel momento. Otro aspecto que presentó limitaciones se refiere al muestreo, ya que la recogida de datos no fue realizada con la totalidad de personas ancianas con HAS; pero se considera difícil realizar un estudio con la población total debido al elevado número de personas con estas características y se destaca que fue adoptado un cálculo de muestreo por medio de un programa estadístico, siendo seleccionada una muestra representativa para esta población.

Conclusión

Se constató que la mayoría de las personas ancianas evaluadas hacen uso de bajo riesgo para bebidas alcohólicas. Sin embargo, fueron identificadas personas ancianas que presentan uso de riesgo, uso nocivo y hasta mismo probable dependencia para consumo de esas bebidas. Además de eso, se verificó que la mayoría de esas personas posee resiliencia entre moderadamente baja y moderada. Cabe enfatizar que un porcentaje relevante de esos entrevistados fue clasificado con resiliencia baja. No se identificó asociación estadísticamente significativa entre el consumo/dependencia de alcohol y la resiliencia en el presente estudio.

Se destaca que este estudio podrá contribuir para el área de la enfermería, una vez que presenta la importancia que tiene el enfermero cuando estimula la resiliencia en la persona anciana con HAS; también se destaca la necesidad de inserir el rastreo del consumo/dependencia de alcohol como rutina durante la atención de esa población. De esta forma, el conocimiento y la comprensión sobre esa temática y la elaboración de acciones para su promoción, favorecerán la calidad de vida, así como el bienestar social e individual para la persona anciana con HAS.

Concomitantemente al tratamiento de enfermedades crónicas, se destaca la importancia de realizar más estudios que evalúen la relación entre resiliencia y consumo/dependencia de alcohol en la persona anciana con HAS, considerando que el uso de bebidas alcohólicas puede ser perjudicial. Por otro lado, la resiliencia puede ser considerada una pieza fundamental para que esos individuos superen los obstáculos y puedan adecuarse al tratamiento farmacológico y no farmacológico, por medio de cambios en los hábitos de vida, fortaleciendo, así, su salud física y mental, y consecuentemente, mejorando su calidad de vida.

Referencias

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. [Internet]. 2017 [cited Jul 15, 2017];21(61):309-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/en_1807-5762-icse-1807-576220160136.pdf

2. Ryan M, Merrick EL, Hodgkin D, Horgan CM, Garnick DW, Panas L, et al. Drinking patterns of older adults with chronic medical conditions. *J Gen Intern Med.* [Internet]. 2013 April 23 [cited Aug 14, 2016];28(10):1326-32. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3785666/pdf/11606_2013_Article_2409.pdf
3. Dawson DA, Goldstein RB, Saha TD, Grant BF. Changes in alcohol consumption: United States, 2001-2002 to 2012-2013. *Drug Alcohol Depend.* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited Dec 6, 2017];148:56-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4330106/pdf/nihms-651336.pdf>
4. Livingston M, Dietze P. National survey data can be used to measure trends in population alcohol consumption in Australia. *Aust N Z J Public Health.* [Internet]. 2016 Jun [cited Dec 06, 2017];40:233-5. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1753-6405.12511/epdf>
5. Munhoz TN, Santos IS, Nunes BP, Mola CL, Silva ICM, Matijasevich A. Trends in alcohol abuse in Brazilian state capitals from 2006 to 2013: an analysis of data from the VIGITEL survey. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2017 Aug 7 [cited Dec 6, 2017];33(7):e00104516. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00104516.pdf>
6. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics-2015: update a report from the American Heart Association. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee [Internet]. 2014; 133(8):11-29. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000152>
7. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7th Brazilian guideline of arterial hypertension. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2016 Sep [cited Nov 12, 2016];107(3):21-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/0066-782X-abc-107-03-s3-0049.pdf>
8. Tavares DMS, Guimarães MO, Ferreira PCS, Dias FA, Martins NPF, Rodrigues LR. Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. *REBEn.* [Internet]. 2016 Jan/Fev [cited Aug 10, 2016];69(1):134-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0134.pdf>
9. Wilson SR, Knowles SB, Huang Q, Fink A. The prevalence of harmful and hazardous alcohol consumption in older u.s. adults: data from the 2005-2008 national health and nutrition examination survey (nhanes). *J Gen Intern Med.* [Internet]. 2013 Oct 8 [cited Aug 10, 2016];29(2):312-19. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3912311/pdf/11606_2013_Article_2577.pdf
10. Kashdan TB, Ferrissizidis P, Collins RL, Muraven M. Emotion differentiation as resilience against excessive alcohol use: an ecological momentary assessment in underage social drinkers. *Psychol Sci.* [Internet]. 2010 Feb [cited Aug 15, 2016];21(9):1341-7. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.390.514&rep=rep1&type=pdf>
11. Wingo AP, Ressler KJ, Bradley B. Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: a cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. *J Psychiatr Res.* [Internet]. 2014 Apr [cited Jul 6, 2016];51:93-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4605671/pdf/nihms559665.pdf>
12. Lima CT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and Construct Validity of the Audit in an Urban Brazilian Sample. *Alcohol Alcoholism.* 2005 Sep; 40(6):584-89. doi: 10.1093/alcalc/agh202
13. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2005 Mar/Apr [cited Jul 26, 2016];21(2):436-48. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n2/10.pdf>
14. Wagnild GM. A Review of the Resilience Scale. *J Nurs Meas.* 2009; 2(17):105-13. doi: 10.1891/1061-3749.17.2.105
15. Cunha CLF. Hypertension in elderly patients in an outpatient clinic. *JMPHC.* [Internet]. 2014 [cited Aug 10, 2016];5(2):131-9. Available from: <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/208/211>
16. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MSA, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalence and factors associated with hypertension in the elderly from municipalities in the Legal Amazon region, MT, Brazil. *Rev Brasil Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2013 July/Sept [cited Sep 15, 2016];16(3):481-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n3/v16n3a07.pdf>
17. Banegas JR, de la Cruz JJ, Graciani A, López-García E, Gijón-Conde T, Ruilope LM, et al. Impact of ambulatory blood pressure monitoring on reclassification of hypertension prevalence and control in older people in Spain. *J Clin Hypertens.* [Internet]. 2015 Jun [cited Sep 11, 2016];17(6):453-61. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.12525/pdf>
18. Nadkarni A, Acosta D, Rodriguez G, Prince M, Ferri CP. The psychological impact of heavy drinking among the elderly on their co-residents: the 10/66 group population based survey in the Dominican Republic. *Drug Alcohol Depend.* [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 13];114(1):82-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123469/?report=reader>
19. Halme JT, Seppä K, Alho H, Poikolainen K, Pirkola S, Aalto M. Alcohol consumption and all-cause mortality among elderly in Finland. *Drug Alcohol Depend.* 2010 Mar; 106(2-3):212-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.08.017

20. Vargas D, Bittencourt MN, Barroso LP. Patterns of alcohol consumption among users of primary health care services in a Brazilian city. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014 [cited Sep 15, 2016];19(1):17-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00017.pdf>
21. Cousins G, Galvin R, Flood M, Kennedy MC, Motterlini N, Henman MC, et al. Potential for alcohol and drug interactions in older adults: evidence from the Irish longitudinal study on ageing. *BMC Geriatrics*. [Internet]. 2014 Apr [cited Sep 15, 2016];14(57):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4008399/pdf/1471-2318-14-57.pdf>
22. Nunes, JM, Campolina RL, Vieira MA, Caldeira AP. Alcohol consumption and binge drinking among health college students. *Rev Psiquiatr Clín*. [Internet]. 2012 [cited Oct 2, 2016];39(3):94-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n3/a05v39n3.pdf>
23. Sanches JFA, Almeida KPB, Magalhães JM. The meaning of users of alcohol and other drugs on relapses. *Rev Interd*. [Internet]. 2015 Apr/Mai/Jun [cited Oct 3, 2016];8(2):53-9. Available from: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/503/pdf_211
24. Dias R, Santos RL, Sousa MFB, Torres B, Belfort T, Dourado MCN. Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends Psychiatry Psychother*. [Internet]. 2015 Jan/Mar [cited Jun 6, 2017]; 37(1):1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/trends/v37n1/2237-6089-trends-2014-0032.pdf>
25. Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA, et al. Influence of socioeconomic factors on the quality of life of elderly hypertensive individuals. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014 Aug [cited Oct 5, 2016];19(8):3497-504. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03497.pdf>
26. Figueiredo JM Junior, Silva PNG. Expressivity and sensibility: towards a physical education methodology in elderly health. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. [Internet]. 2011 [cited Oct 5, 2016];16(2):172-6. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/578/586>
27. Nimrod G, Shrira A. The Paradox of Leisure in Later Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. [Internet]. 2016 [cited Jan 20, 2017];71(1):106-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4861252/pdf/gbu143.pdf>
28. Cabral SA, Levandowski DC. Resilience and psychoanalysis: theoretical aspects and possibilities for research. *Rev Latinoam Psicopatol Fund*. [Internet]. 2013 [cited Oct 4, 2016];16(1):42-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v16n1/04.pdf>
29. Noori HR., Helinski S, Spanagel R. Cluster and meta-analyses on factors influencing stress-induced alcohol drinking and relapse in rodents. *Addict Biol*. [Internet]. 2014 [cited Dec 6, 2017].19:225-32. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adb.12125/epdf>
30. Barbosa-Leiker C, McPherson S, Cameron JM, Jathar R, Roll J, Dyck DG. Depression as a mediator in the longitudinal relationship between psychological stress and alcohol use. *J Subst Use*. [Internet]. 2014 [cited Dec 6, 2017];19:327-33. Available from: DOI: 10.3109/14659891.2013.808711
31. Wang Y, Chen W. Stress and alcohol use in rural Chinese residents: A moderated mediation model examining the roles of resilience and negative emotions. *Drug Alcohol Dependence*. [Internet]. 2015 [cited Dec 6, 2017].155:76-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586155/pdf/nihms723504.pdf>
32. Hof DD, Johnson N, Dinsmore JA. The relationship between college students' resilience level and type of alcohol use. *Int J Psychol: A Biopsychosocial Approach*. [Internet]. 2011[cited Dec 6, 2017];8:67-82. Available from: http://www.psyjournal.vdu.lt/wp/wp-content/uploads/2011/08/IJP_8_2011_42.pdf
33. Weiland BJ, Nigg JT, Welsh RC, Yau WY, Zubieta JK, Zucker RA, et al. Resiliency in adolescents at high-risk for substance abuse: flexible adaptation via subthalamic nucleus and linkage to drinking and drug use in early adulthood. *Alcohol Clin Exp Res*. [Internet]. 2012 Aug [cited Oct 7, 2016];36(8):1355-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3412943/>
34. Sood A, Prasad K, Schroeder D, Varkey P. Stress management and resilience training among department of medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. *J Gen Int Med*. [Internet]. 2011 Aug [cited Oct 4, 2016];26(8):856-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3138987/>

Recibido: 12.09.2017

Aceptado: 06.05.2018

Correspondencia:

Aline Alves dos Santos Dullius
Universidade Federal de Alfenas. Escola de Enfermagem
Av. Jovino Fernandes Sales, 2600
Bairro: Santa Clara
CEP: 37133-840, Alfenas, MG, Brasil
E-mail: alinesantos21@yahoo.com.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY. Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.