

CALIDAD DE VIDA Y ALCOHOLISMO

Sandra Reis

Psicóloga no Agrupamento de
Escolas da Zona Norte
Doutorada em Psicologia Ramo das Ciências Sociais e Jurídicas pela Facultad da
Educação da Universidad de Estremadura. Badajoz
Sandra_reis79hotmail.com

Susana Sánchez Herrera

Professora Doutora na
Facultad de Educação da Universidad de Estremadura. Badajoz

Florencio Vicente Castro

Professor Doutor Catedrático na Facultad de Educação
da Universidad de Estremadura
Badajoz

Fecha de Recepción: 6 Febrero 2019

Fecha de Admisión: 30 Abril 2019

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue analizar la importancia del entrenamiento de la autoeficacia para el tratamiento de la dependencia alcohólica, observable en el mantenimiento en tratamiento y en la modificación/elevación de la calidad de vida, objetivo último de la intervención y medida de su eficacia (variable dependiente). El universo de nuestra muestra se compone de un total de 146 dependientes alcohólicos que iniciaron tratamiento en la UAC, 90 (61,6%) de los cuales abandonaron el tratamiento tras la fase de internamiento, 35 (24%) tras la primera consulta y 21 (14,4%) se mantuvieron en tratamiento. Los instrumentos utilizados para esta investigación han sido los siguientes: *Brief Symptom Inventory* (Canavarro, 1999). El World Health Organization Quality of Life, versión breve. Concluimos que la autoeficacia es una variable predictora del éxito del tratamiento, así como de la elevación de la calidad de vida.

Palabras clave: autoeficacia; psicopatología; calidad de vida; tratamiento

ABSTRACT

Quality of life and alcoholism. The purpose of this research was to examine the contribution made by the self-efficacy training (independent variable) on keeping alcoholic addicts in treatment and on changing/rising their life quality, the main aim of the treatment and the proof of its effectiveness. For this purpose, we inquired 146 alcoholic addicts that started treatment in the UAC. From these, only 21 (14,4%) remained in treatment, 90 (61,6%) abandoned the treatment during the internment period and 35 (24%) after the first consultation. Being this still a problem related to gender, most of the inquired were men (87% of our sample) in the age range of 23 to 68, with an average age value of 44,7 (Standard Deviation=9,127). To assess the study variables we used: Brief Symptom Inventory (BSI) (Canavaro, 1999) and the Clinic Inventory of Self-efficacy (Vaz Serra, 1985) and the World Health Organization Quality of Life, brief version. The results of our study made us conclude that more precisely the self-efficacy is a variable predictor of the treatment success such as of the quality of life improvement.

Keywords: self-efficacy; psychopathology; quality of life; treatment

INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas es un fenómeno preocupante en los días de hoy. Portugal se sitúa en los lugares destacados en lo que concierne al consumo de bebidas alcohólicas según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Si no, veamos: Portugal ha presentado una media de consumo de bebidas alcohólicas de alrededor de 11 litros *per capita*, cuando la media de la OCDE se situaba en el 9,1% (2012). Teniendo en cuenta estos valores, sabemos que Portugal y la Unión Europea (UE) aún tienen realidades preocupantes en lo que respecta al consumo abusivo de alcohol, siendo necesario frenar esta calamidad o problema de salud pública. ¿De qué forma lo vamos a hacer? ¿Es posible frenar este problema? Claro que sí. Mediante una legislación adecuada, prevención primaria, secundaria y terciaria. Otros ejemplos no menos importantes son el desarrollo de competencias personales y sociales; el desarrollo de la autoestima, autoeficacia, desarrollo de las relaciones interpersonales. Estando ya presente la dependencia, es posible revertir el proceso, mediante un tratamiento en internamiento y/o ambulatorio. Es pertinente que los clínicos analicen cada caso e intenten entender qué lleva a estos individuos a intoxicarse. Sabemos que ellos usan la sustancia (alcohol) adictiva como una defensa artificial, es decir, que el individuo no es capaz de enfrentarse a las vicisitudes del día a día y elige beber para olvidar todas sus angustias y/o frustraciones.

FINALIDAD Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Analizar la importancia del entrenamiento de la autoeficacia para el tratamiento de la dependencia alcohólica, observable en el mantenimiento en tratamiento y en la modificación/elevación de la calidad de vida. Así en una primera fase, analizar la capacidad predictora de la autoeficacia para la calidad de vida. Y, en una segunda fase, analizar el modo en que las variables se modifican a lo largo del tratamiento y en los diferentes subgrupos de la muestra. Dividiéndose la muestra en tres subgrupos, aquellos que abandonan el tratamiento tras la primera, o la segunda consulta externa, y aquellos que se mantienen en tratamiento, queremos entender qué los distingue.

METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE ACCESO A LOS DATOS

Siguiendo una metodología de investigación cuantitativa, el presente estudio obedece a un diseño no experimental. Es un estudio longitudinal, una vez que obedece a tres momentos de evaluación. Nuestro estudio ha recurrido al programa *Statistical Package for Social Sciences*, versión 16,

para analizar los datos. El universo se compone de un total de 146 dependientes alcohólicos que iniciaron tratamiento en la UAC, 90 (61,6%) de los cuales abandonaron el tratamiento tras la fase de internamiento, 35 (24%) tras la primera consulta y 21 (14,4%) se mantuvieron en tratamiento. Los instrumentos utilizados para esta investigación han sido los siguientes: El Inventário de sintomas psicopatológicos, que es la versión portuguesa del *Brief Symptom Inventory* (Canavarro, 1999). El World Health Organization Quality of Life, versión (Canavarro Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes, & Carona, 2007). El Inventario clínico de autoconcepto (Serra, 1985).

Presentación y discusión de los datos

Perfil de entrada em la UAC (internamiento)

La media del autoconcepto para la muestra total (71,3; DP=9,79) está un poco por debajo del valor medio encontrado por el autor para la población portuguesa (72,1). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, por lo que no parecen ser estas las variables que determinan el abandono/mantenimiento del tratamiento. Veamos ahora cómo se caracteriza la muestra en términos de psicopatología y calidad de vida. ¿Serán estas las variables que distinguen los grupos, funcionando como factor de riesgo para el abandono del tratamiento? La muestra total presenta un valor de índice general de síntomas (IGS) (1,39) muy superior al valor normativo de la población general (0,835) y poco menor que el valor normativo de la población con perturbaciones emocionales (1,43). En lo que respecta al número de síntomas positivos, la muestra en estudio presenta un valor medio (36,37) superior al valor normativo de la población general (26,99) y poco menor que el valor normativo de la población con perturbaciones emocionales. Por último, el valor medio del índice de síntomas positivos, ISP (1,98), se revela superior al valor normativo de la población general (1,56) e inferior al valor normativo de la población con perturbaciones emocionales, pero, aun así, por encima del punto de corte (1,7), permitiéndonos concluir, como sería de esperar, que los individuos que entraron en el internamiento de la UAC están emocionalmente perturbados. En las subescalas, el patrón se mantiene, de forma general, valores medios superiores a los valores normativos de la población general y apenas levemente inferiores a los de la población con perturbaciones emocionales. En estos casos, el grupo que se mantuvo en tratamiento reveló siempre valores más bajos que los grupos que abandonaron el tratamiento para las dimensiones depresión, hostilidad, psicoticismo y somatización y para el índice general de síntomas y total de síntomas positivos. Una mayor intensidad y un mayor número de síntomas positivos y la presencia de síntomas de depresión, hostilidad, psicoticismo y somatización pueden colocar al sujeto en mayor riesgo de abandono del tratamiento, confirmándose, en cierta medida, la idea de que la psicopatología puede condicionar la eficacia del tratamiento, debiendo ser por eso una variable considerada en el momento inicial de evaluación, en la definición y aplicación del tratamiento en la UAC. También Neto (2008) corrobora nuestro estudio y concluyó, a partir de sus análisis descriptivos de las dimensiones del BSI, que los valores de la sintomatología psicopatológica se asociaban al alcoholismo. Concluimos, que la administración de la medicación en la UAC tuvo efectos positivos en los sujetos en tratamiento. Los valores medios contados para la muestra total en términos de la dimensión física de la calidad de vida (58,86; DP=17,98), están muy por debajo de los datos normativos de la población general (77,49; DP=12,27), pero muy cerca de los datos normativos para el grupo de enfermos (54,99; DP=19,50). Las dimensiones psicológica (56,65), relaciones sociales (58,85) y ambiente (56,59), así como el índice general (51,46) de la calidad de vida presentan valores medios más altos que los valores normativos de la población general: 72,38 (DP=13,50), 70,42 (DP=14,54), 64,89 (DP=12,24) y 71,51 (DP=13,30), respectivamente, y también más que los valores normativos de la población enferma: 64,41 (DP=17,47), 64,47 (DP=18,11), 58,79 (DP= 14,37)

CALIDAD DE VIDA Y ALCOHOLISMO

y 49,09 (DP=20,16), respectivamente. Podemos, por tanto, concluir que, al entrar en el internamiento, la calidad de vida de los sujetos es evaluada por ellos como baja/débil, como sería de esperar. En la próxima sección, estudios de correlación, regresión lineal y moderación se describirán para las diferentes relaciones por explorar entre las variables.

Correlación, regresión y moderación: La relación entre autoconcepto (autoeficacia) y calidad de vida. Nuestro estudio ha concluido que, de hecho, la dimensión autoconcepto, concretamente la autoeficacia, se presentó como única predictora de la calidad de vida física, de la calidad de vida psicológica y de la calidad de vida relacionada con los factores ambientales. Tal como nuestro estudio, otros demuestran que la expectativa de autoeficacia es el principal predictor de éxito en el rendimiento de los comportamientos alcohólicos, siendo fundamental trabajar la expectativa del sujeto frente al cambio (De Weert-Van Oen, Schippers, Jong, & Schrijvers, 2001).

Pero ¿serán todas las dimensiones del autoconcepto predictoras de todas las dimensiones de la calidad de vida?

	F1 – D. FÍSICO	F2 – D. PSIC.	F3 D. REL.	F4 – D. AMB.
	Beta	Beta	Beta	Beta
F1 – AUTOESTIMA	,051	,208	,357**	,049
F2 – AUTOEFICACIA	,298**	,257**	,128	,243**
F3 – MADUREZ	,007	-,113	-,004	,047
F4 – IMPULSIVIDAD	,040	-,011	,012	,110
	R² = 0,097 F(4,141) = 4,902**	R² = 0,099 F(4,141) = 4,996**	R² = 0,166 F(4,141) = 8,214**	R² = 0,106 F(4,140) = 5,273**
FG – AUTOCONCEPTO	Beta	Beta	Beta	Beta
	,311**	,274**	,382**	,350**
	R² = 0,090 F(4,144) = 15,417**	R² = 0,069 F(4,144) = 11,731**	R² = 0,140 F(4,144) = 24,645**	R² = 0,116 F(4,141) = 19,942**

*correlación significativa para 0,05

** correlación significativa para 0,01

Pese a que la autoeficacia solo explique aproximadamente el 10% de la varianza de cada una de las dimensiones de la calidad de vida supra referidas, no es negligenciable el hecho de que sea la única predictora de tres de las cuatro dimensiones consideradas (no contando con el índice global). Siendo de este modo, confirmamos nuestra hipótesis de que la autoeficacia es predictora de la cali-

dad de vida y, simultáneamente, la adecuación del entrenamiento de la autoeficacia en el tratamiento de la dependencia alcohólica. Pero veamos su efecto sobre la calidad de vida cuando está conjugada con otras variables, concretamente la psicopatología. El test de la moderación será precedido por una primera exploración de la relación entre psicopatología y calidad de vida. Nuestro estudio ha concluido que, de hecho, la dimensión autoconcepto, concretamente la autoeficacia, se presentó como única predictora de la calidad de vida física, de la calidad de vida psicológica y de la calidad de vida relacionada con los factores ambientales.

La relación entre psicopatología y calidad de vida

	F1 – D. FÍSICO	F2 – D. PSIC.	F3 D. REL.	F4 – D. AMB.	FG – D. GLOB.
F1 - SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	-,179* ,031	-,244** ,003	-,056 ,503	-,196* ,018	-,014 ,871
F2 – DEPRESIÓN	-,333** ,000	-,433** ,000	-,191* ,021	-,278** ,001	-,242** ,003
F3 – ANSIEDAD	-,256** ,002	-,322** ,000	-,064 ,445	-,163 ,050	-,238** ,004
F4 – HOSTILIDAD	-,120 ,13	-,151 ,069	,049 ,555	-,155 ,062	-,187* ,024
F5 - ANSIEDAD FÓBICA	-,290** ,000	-,228** ,006	-,033 ,692	-,216** ,009	-,164* ,048
F6 - IDEACIÓN PARANOIDE	-,028 ,736	-,045 ,592	,072 ,389	-,112 ,179	-,034 ,680
F7 – PSICOTICISMO	-,168* ,042	-,247** ,003	,019 ,819	-,169* ,043	-,098 ,239
F8 – SOMATIZACIÓN	-,409** ,000	-,267** ,001	-,054 ,516	-,209* ,012	-,168* ,042
F9 - OBSESIÓN- COMPULSIÓN	-,294** ,000	-,258** ,002	-,112 ,178	-,227** ,006	-,245** ,003
IGS - BSII	-,323** ,000	-,328** ,000	-,051 ,543	-,255** ,002	-,222** ,007
TPS - BSII	-,270** ,001	-,269** ,001	-,069 ,411	-,262** ,001	-,242** ,003
ISP - BSII	-,248** ,003	-,282** ,001	-,008 ,926	-,181* ,030	-,115 ,168

*correlación significativa para 0,05

CALIDAD DE VIDA Y ALCOHOLISMO

Los resultados van en el sentido del estudio realizado por Fabião (2002), en el cual refiere que la depresión refleja una reducida capacidad para regular y modular estados emocionales desagradables; los individuos depresivos son significativamente más ansiosos que el grupo control, lo que sugiere que la depresión es un factor de relieve para el abuso de alcohol, así como para la reducida calidad de vida. Tal como sería de esperar, dada la investigación en el área, la psicopatología y calidad de vida se correlacionan negativamente en una serie de dimensiones, razón por la cual, si queremos aumentar la calidad de vida del enfermo alcohólico, es preciso que estemos atentos e interengamos en la sintomatología psicopatológica que acompaña al cuadro de dependencia, so pena de poner en riesgo la eficacia de la intervención.

	F1 – D. FÍSICO	F2 –
	Beta	Beta
F1 - SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	-,070	-,074
F2 – DEPRESIÓN	-,220*	-,406**
F3 – ANSIEDAD	,049	-,163
F4 – HOSTILIDAD	,090	,040
F5 - ANSIEDAD FÓBICA	-,135	-,044
F6 - IDEACIÓN PARANOIDE	,209*	,244*
F7 – PSICOTICISMO	,156	-,019
F8 – SOMATIZACIÓN	-,435**	-,050
F9 - OBSESIÓN-COMPULSIÓN	-,034	,085
	R² = ,207	R² = ,184
	F(9,135) = 5,176**	F(9,135) = 4,618**

*correlación significativa para 0,05

** correlación significativa para 0,01

La autoeficacia, somatización y depresión son predictoras independientes de la calidad de vida física y psicológica. En la revisión efectuada, Estos resultados van, así, en el sentido de los autores González-Saiz, Rojas y Castillo (2009), que refieren y concluyen que la calidad de vida de personas dependientes del alcohol y con psicopatología asociada es más baja que la de la población en general. Dicho esto, nos queda explorar los resultados del tratamiento para los grupos que no abandonaron tras internamiento. Será nuestro objetivo observar cuáles son las variables que se han modificado, esperando encontrar diferencias significativas entre las fases en términos de autoconcepción/autoeficacia, psicopatología y calidad de vida.

Los resultados de la intervención - Subgrupo que abandonó tras primera consulta externa (2 fases de evaluación)

(n=35)	ICAC				COMPARACIÓN ENTRE FASES	
	primera fase		2ª fase		test t	
	M	DP	M	DP	T	Sig.
F1 – AUTOESTIMA	17,00	3,34	16,46	2,97	1,021	,315
F2 – AUTOEFICACIA	20,20	3,23	20,20	2,78	,000	1,000
F3 – MADUREZ PSICOLÓGICA	14,23	2,53	13,71	2,15	1,099	,280
F4 – IMPULSIVIDAD/ACTIVIDAD	12,06	2,26	11,09	1,96	2,364	,024
AUTOCONCEPTO GLOBAL	71,11	8,77	68,66	8,35	1,584	,123

Podemos concluir, con razonable grado de certeza, que la autoeficacia, somatización y depresión son predictoras independientes de la calidad de vida física y psicológica.

Pero veamos si el grupo reveló diferencias en términos de psicopatología y de calidad de vida entre la primera y la segunda evaluación.

(n=35)	BSI				COMPARACIÓN ENTRE FASES	
	primera fase		2ª fase		test t	
	M	DP	M	DP	T	Sig.
F1 - SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	1,70	0,75	1,21	0,77	3,920	,000
F2 – DEPRESIÓN	1,60	0,88	1,18	0,95	3,044	0,004
F3 – ANSIEDAD	1,37	0,67	0,98	0,76	3,440	,002
F4 – HOSTILIDAD	1,49	0,83	0,92	0,73	5,662	,000
F5 - ANSIEDAD FÓBICA	0,81	0,62	0,62	0,66	2,234	,032
F6 - IDEACIÓN PARANOIDE	1,90	0,65	1,50	0,82	3,307	,002
F7 – PSICOTICISMO	1,53	0,86	1,09	0,83	3,062	,004
F8 – SOMATIZACIÓN	1,09	0,72	0,69	0,72	3,358	,002
F9 - OBSESIÓN-COMPULSIÓN	1,59	0,75	1,13	0,66	3,486	,001
IGS	1,44	0,58	1,02	0,64	4,940	,000
TSP	36,29	9,64	28,17	13,27	4,933	,000
ISP	2,06	0,50	1,82	0,53	3,125	,004

CALIDAD DE VIDA Y ALCOHOLISMO

Es posible concluir que el tratamiento en la UAC tuvo, para el grupo considerado, un efecto de débil a nulo sobre el autoconcepto y sus dimensiones, pero un efecto significativo en la reducción de la sintomatología psicopatológica. Pero ¿se alteró también la calidad de vida en la segunda fase de evaluaciones completada por este grupo? Se espera encontrar diferencias, pues, si hubo una reducción de la psicopatología (correlacionada y, en algunos casos, predictora de la calidad de vida), deberá observarse una elevación de la calidad de vida o, por lo menos, de sus dimensiones física y psicológica.

(n=35)	WHOQOL				COMPARACIÓN ENTRE FASES	
	1º fase		2ª fase		test t	
	M	DP	M	DP	T	Sig.
F1 – DIMENSIÓN FÍSICA	60,30	18,63	57,76	11,31	,866	,392
F2 – DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	58,93	18,36	64,05	13,93	-1,625	,113
F3 – RELACIONES SOCIALES	65,48	21,21	69,05	18,37	-,892	,379
F4 – AMBIENTE	57,95	15,30	61,16	12,96	-1,598	,119
FG - CALIDAD GENERAL	52,86	21,24	69,29	17,77	-4,293	,000

La calidad de vida no se alteró entre la primera y la segunda evaluaciones, excepto para el factor global. Esto significa que la reducción de la sintomatología psicopatológica no explica, por sí sola, la calidad de vida. La cuestión que se plantea es si tal reducción es fruto de un proceso de cambio interno, o solo el reflejo de la toma de medicación psiquiátrica. Veamos si un patrón diferente se revela con los sujetos que se mantuvieron en tratamiento.

Subgrupo que se mantuvo en tratamiento (3 fases de evaluación)

(n=21)	ICAC						COMPARACIÓN ENTRE FASES (test t)			
	primera fase		2ª fase		3ª fase		primera-2ª		2ª-3ª	
	M	DP	M	DP	M	DP	T	Sig.	T	Sig.
F1 – AUTOESTIM A	17,86	3,31	17,90	2,32	19,71	2,08	-,059	,954	3,800	,001
F2 – AUTOEFICACIA	20,14	3,44	21,90	3,16	23,00	3,03	-,2874	,009	2,123	,046
F3 – MADUREZ PSICOLÓGICA	15,19	2,58	14,81	2,52	16,43	1,99	,615	,545	2,945	,008
F4 – IMPULSIVIDAD /ACTIVIDAD	11,81	2,29	11,38	1,53	11,76	1,51	,798	,434	1,321	,202
AUTOCONCEPTO GLOBAL	72,81	8,47	74,00	8,18	79,52	6,46	-,606	,552	3,950	,001

La autoeficacia puede ser la condición necesaria para una mejoría de las demás dimensiones del autoconcepto y del autoconcepto global. Se evidencia la adecuación del modelo de intervención en la UAC, que considera como aspecto central de su programa la estimulación de la autoeficacia. Esperamos igualmente encontrar modificaciones significativas en cuanto a la calidad de vida y, si así fuere, se confirmarían nuestros resultados anteriores de que la autoeficacia es predictora independiente de la calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA Y ALCOHOLISMO

(n=21)	BSI						COMPARACIÓN ENTRE FASES (test t)			
	primera fase		2ª fase		3ª fase		primera-2ª		2ª-3ª	
	M	DP	M	DP	M	DP	T	Sig.	T	Sig.
F1 - SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	1,43	0,79	0,54	0,52	0,35	0,40	6,161	,000	1,630	,119
F2 - DEPRESIÓN	1,12	0,95	0,76	0,81	0,40	0,45	2,760	,012	2,808	,011
F3 - ANSIEDAD	1,10	0,78	0,53	0,57	0,49	0,41	4,267	,000	,601	,554
F4 - HOSTILIDAD	0,77	0,44	0,51	0,53	0,29	0,57	2,117	,047	2,368	,028
F5 - ANSIEDAD FÓBICA	0,81	0,56	0,41	0,47	0,24	0,40	4,009	,001	1,702	,104
F6 - IDEACIÓN PARANOIDE	1,71	0,71	1,03	0,66	0,69	0,54	4,365	,000	2,305	,032
F7 - PSICOTICISMO	0,96	0,62	0,53	0,44	0,41	0,35	2,797	,011	1,393	,179
F8 - SOMATIZACIÓN	0,78	0,64	0,37	0,51	0,28	0,33	3,135	,005	1,404	,176
F9 - OBSESIÓN-COMPULSIÓN	1,42	0,86	0,83	0,61	0,67	0,61	3,348	,003	1,179	,252
IGS	1,09	0,57	0,62	0,43	0,44	0,35	4,743	,000	3,552	,002
TSP	29,76	9,65	18,57	12,10	16,19	10,72	4,746	,000	1,210	,240
ISP	1,90	0,48	1,77	0,42	1,36	0,33	1,322	,203	3,982	,001

En este grupo se observaron diferencias estadísticamente significativas en términos de síntomas psicopatológicos entre la primera y segunda evaluaciones, y entre la segunda y tercera evaluaciones. Podemos, a semejanza de lo hipotetizado para el grupo que abandonó el tratamiento tras la primera consulta externa, pensar que la reducción de la sintomatología se puede deber, en gran parte, a su control vía uso de psicofármacos, pero es probable que el mantenimiento de los efectos

a largo plazo y el no abandono del tratamiento sean ya el reflejo de las alteraciones producidas más internamente. Creemos que, en este grupo, podrá haber habido una efectiva reestructuración cognitiva que condujo a una mayor eficacia del tratamiento.

(n=21)	WHOQOL						COMPARACIÓN ENTRE FASES (test t)			
	1º fase		2ª fase		3ª fase		1º-2ª		2ª-3ª	
	M	DP	M	DP	M	DP	T	Sig.	T	Sig.
F1 – DIMENSIÓN FÍSICA	56,9 7	18,0 5	60,8 8	8,78	61,0 5	6,86	- ,934	,362	- ,078	,938
F2 – DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	60,3 2	14,9 4	70,4 4	10,5 3	71,0 3	7,27	- 2,69 5	,014	- ,274	,787
F3 – RELACIONES SOCIALES	51,5 9	26,0 4	77,3 8	18,4 7	80,9 5	16,4 9	- 3,58 1	,002	- ,819	,423
F4 – AMBIENTE	55,9 4	17,0 5	67,4 1	9,3	66,9 6	9,35	- 3,03 5	,007	,227	,823
FG - CALIDAD GENERAL	58,9 3	15,8 8	74,4 0	14,5 1	81,5 5	14,5 9	- 3,39 6	,003	- 2,33 5	,030

En este grupo se observó un aumento significativo de la calidad de vida entre la primera y la segunda fase de evaluaciones. Además, entre la segunda y la tercera evaluaciones se observó un aumento del indicador global de la calidad de vida. Se concluye, que, para la eficacia del tratamiento de la dependencia alcohólica, es fundamental estimular la autoeficacia. El **grupo reveló diferencias en términos de psicopatología y de calidad de vida entre la primera (internamiento) y la segunda (consulta externa) evaluación.**

CONCLUSIÓN

El consumo de alcohol carga diversas enfermedades y/o problemas a los individuos, teniendo repercusiones negativas en la calidad de vida de estos: es decir, la calidad de vida queda comprometida en las siguientes variables y no raras veces al origen del alcohol – dependientes. Con todo, hubo alteración positiva de la sintomatología psicopatológica para el segundo grupo, es decir, para aquellos que abandonaron en la primera consulta externa. Por tanto, no será esa la condición que está subyacente en la eficacia del tratamiento en términos de autoeficacia, es decir, de la modificación positiva de la autoeficacia. Otra condición con certeza u otra característica existirá dentro del enfermo alcohólico que favorezca la modificación de la autoeficacia positiva o la inhiba. Esa condición es lo que no sabemos y que la investigación posterior deberá tener en consideración. En suma,

el tercer y último grupo muestra los efectos positivos en la autoeficacia y, a su vez, en la calidad de vida. Pero no sabemos qué los distingue de los otros grupos. Durante la revisión de la literatura, verificamos que la personalidad del individuo que consume alcohol podría haber explicado, por ejemplo, que esas características son las que están en la base de la modificación de la autoeficacia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., rev.). Washington: American Psychiatric Association.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos, (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Coord.). *“Avaliação psicológica – instrumentos validados para a população portuguesa”* (Volume III): Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Gameiro, S., Paredes, T., & Carona, C. (2007). WHOQOL-Bref – instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Coord.). *“Avaliação psicológica – instrumentos validados para a população portuguesa”* (Volume III): Coimbra: Quarteto.
- Comissão Europeia (2013). *Relatório “O Álcool na Europa”*. Bruxelas: Sistema de
- De Weert-Van Oene, G.H.; Schippers, M.G.; de Jong C.A.J.; Schrijvers, G.J.P. (2001) – “Retention in substance dependence treatment the relevance of in-treatment factors”. *Journal of Substance Abuse Treatment* 20:253-61.
- Edwards, G., Marshall, E., Cook, C. (2005). *“O tratamento do Alcoolismo: Um guia para profissionais da Saúde”*. São Paulo. Editora Artemed.
- Fabião, C. (2002), *“Toxicodependência: duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento”*. *Revista Toxicodependências*, 8 (2), pp. 37-51.
- Fernandes, T.S.C., (2011). *“A personalidade e a vulnerabilidade ao abuso do álcool – Um estudo exploratório numa amostra de agentes militares e policiais”*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde submetida à Faculdade de Psicologia de Lisboa.
- Gomes, D. (2011). *A Qualidade de Vida, Psicopatologia e Programas de Terapêuticos na Toxicodependência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica de Portuguesa em Braga.
- González-Saiz, F., Rojas, O. L. & Castillo, I. I. (2009). *Measuring the impact of psychoactive substance on health-related quality of life: An update*. *Current Drug Abuse Reviews*, 2 (1), 5-10.
- Neto, M. (2008). *Co morbidade na Toxicodependência. Um estudo com consumidores problemáticos de drogas*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico ([OCDE] 2012). *Portugal é dos países da OCDE com maior consumo de álcool*. [Versão Electrónica]: retirado de <http://pt.euronews.com/2015/05/12/o-efeito-do-alcool-nos-paises-da-ocde/>, acedido em Setembro de 2015.
- OMS (2014). *“Índices do consumo de Álcool”* (Versão Electrónica): retirado de <https://www.alert-online.com/pt/news/health-portal/consumo-de-alcool-em-portugal-e-dos-mais-altos-da-ocde>, acedido em Maio de 2014.
- Precioso, J., Dias, A., Correia, C., Samorinha., Sousa, I., Antunes, H., Macedo, M. (2014). *O Essencial sobre o alcoolismo*. Coimbra. Almedina Editora.

- Quartilho, M. (2010). Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar, satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que importa? In M. C. Canavarro; A. Vaz Serra (Eds.). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 55-126). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life: A critical introduction*. London: Sage Publications.
- Reis, S. (2010). *Satisfação Familiar dos Toxicómanos em Programa de Metadona*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e psicoterapias apresentada à Escola Superior de Altos Estudos – Instituto Superior Miguel Torga.
- Rehm J, Shield, KD (2013). *Alcohol and mortality: global alcohol-attributable deaths from cancer, liver cirrhosis and injury in 2010*. Alcohol Research: Current Reviews, 35(2), 174–183
- Vaz Serra, A. (1988). “O auto-conceito”. *Análise Psicológica*, 2(VI): 101-110.
- Vaz Serra, A. (1986). *O inventário clínico de auto-conceito*. *Psiquiatria Clínica*, 7(2): 67-84.
- World Health Organization (2014). “*Report Global Status Report on Alcohol and Health*”. Geneva. WHO [Versão Electrónica]: retirado de http://www.sicad.pt/BK/Documents/2014/Global_status_report_alcohol_and_health_2014.pdf, acedido em 10 de Janeiro de 2015.

