

CALIDAD DE VIDA Y ALCOHOLISMO

Sandra Reis

Doutoranda em Psicologia na Universidad de Extremadura, Badajoz (España). Mestre em Psicologia Clínica e Psicoterapias pela Escola Superior de Altos Estudos do ISMT, Coimbra (Portugal).
Correio electrónico. Sandra_reis79@hotmail.com

Florencio Vicente Castro

Catedrático de Psicologia Facultad de Educación da Universidad de Extremadura, Badajoz (España)

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1125>

Fecha de Recepción: 11 Septiembre 2017

Fecha de Admisión: 1 Noviembre 2017

RESUMO

Este proyecto de investigación en el ámbito del Doctorado en Psicología, pretende analizar la importancia del entrenamiento de la autoeficacia (variable independiente) para el tratamiento de la dependencia alcohólica, observable en el mantenimiento en tratamiento y en la modificación / elevación de la calidad de vida, el objetivo último de la intervención y la medida de su eficacia (variable dependiente). La 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 han sido los siguientes: El **Inventário de sintomas psicopatológicos**, que es la versión portuguesa del *Brief Symptom Inventory* (BSI, Derogatis, 1982) adaptada y contrastada para la población portuguesa por Canavarró en 1996 (Canavarró, 1999). El **Inventario clínico de auto-concepto** (ICAC), es una escala de autoevaluación unidimensional que desarrolló por Adriano Vaz Serra en 1985, El **World Health Organization Quality of Life**, versión breve (WHOQOL-Bref) que se destina a la evaluación de la calidad de vida (Canavarró, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes, & Carona, 2007, p.77). Os resultados permitem concluir que la muestra se compone en su mayoría de individuos del sexo masculino (87%), indicándose que este aún es un problema asociado al género y 13% referente el género femenino. Este estudio fue delineado de forma que podamos comprender y aclarar cuáles la variable, más precisamente, la autoeficacia y la psicopatología interfieren en el tratamiento y en la QV del sujeto dependiente. Este estudio nos permitió validar algunas propuestas de la literatura y del tratamiento que subyace a la UAC. En este sentido concluimos que la autoeficacia fue la única variable del autoconcepto que se eleva de la primera fase de tratamiento para la segunda fase. Por lo tanto, concluimos con grado de certeza que la autoeficacia es una variable predictora del éxito del tratamiento así como de la elevación de la QV.

Palabras clave: Autoeficacia, Psicopatología, QV y Tratamiento

ABSTRACT:

In this investigation we tried to analyze the importance of training self-efficiency (independent variable) for the treatment of alcohol dependency, seen in maintenance treatment and modification/improvement of the quality of life, this last one being the ultimate goal of the intervention and measure their effectiveness (dependent variable). In this sense, we interviewed 146 alcohol addicts being treated in AUC, 90 (61.6%) of whom abandoned treatment after the inpatient phase, 35 (24%) after the 1st consultation and 21 (14.4%) were kept under treatment. This is still a problem with gender, and most individuals are men constituting 87% of the sample. Ages are between 23 and 68 years, with a median value of 44.7 (SD = 9, 127). To assess the study variables were used: the

English version of the Brief Symptom Inventory (BSI) (Canavaro, 1999) to assess the psychopathological symptoms; the Portuguese version of the Clinical Inventory of the Self-concept (ICAC) (Vaz Serra, 1985), to assess aspects and the Portuguese version of the World Health Organization Quality of Life, brief version (WHOQOL-Bref) "is intended to evaluate the quality of life, as defined by the WHO: the individual perception of their position in life, within the context of culture and value systems in which it is inserted and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (Canavaro, Simões, Vaz Serra Pereira, Rijo, Pint, Gameiro, Walls & Ride, 2007, p. 77). The results allow us to conclude that the problem of alcohol abuse is still a problem related to the male gender, with our sample consisting of 87% of males and 13% of females. This study was designed so that we can understand and clarify which variable (s) more precisely the self-efficacy and the psychopathology interfere in the treatment and quality of life the dependent alcoholic.

Keywords: Self-efficiency, psychopathology, QV and Treatment of Alcohol Syndrome

INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas es un fenómeno preocupante en los días de hoy. 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. 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. Nosotros preguntamos: ¿Cuál es la razón para que los individuos elijan "enfascarse" en vez de escoger estrategias adecuadas para hacer frente a los problemas? Es muy sencillo: en la clínica y en la investigación encontramos fallos en la estructuración de sí mismos: autoconcepto, concretamente la autoeficacia, autoestima y/o en la relación de sí mismos con los demás (relaciones afectivas o vínculos significativos) y con el mundo (ej.: sentimientos de pertenencia o identidad social).

MARCO EMPÍRICO

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* (SPSS), versión 16, para analizar los datos. 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. Habiéndose presentado el pedido para autorización para la recopilación

de datos de la investigación en la UAC, los cuestionarios para el efecto han sido rellenos por los sujetos entre el mes de septiembre de 2011 y el mes de mayo de 2013. Este pedido de colaboración y autorización de la recopilación de datos se realizó con la autorización de la directora de la UAC. La recopilación de datos fue efectuada por la investigadora y durante el contacto con los encuestados esclarecemos la finalidad y los objetivos del estudio, requiriendo colaboración voluntaria, formalizada en el consentimiento informado. Los instrumentos utilizados para esta investigación han sido los siguientes: El **Inventário de sintomas psicopatológicos**, que es la versión portuguesa del *Brief Symptom Inventory* (BSI, Derogatis, 1982) adaptada y contrastada para la población portuguesa por Canavarro en 1996 (Canavarro, 1999). El **World Health Organization Quality of Life**, versión breve (WHOQOL-Bref) que se destina a la evaluación de la calidad de vida, (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes, & Carona, 2007, p.77). El **Inventario clínico de autoconcepto** (ICAC), es una escala de autoevaluación unidimensional compuesta por 20 ítems que desarrolló por Adriano Vaz Serra en 1985, con el principal objetivo de evaluar los aspectos sociales y emocionales del autoconcepto.

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

Objetivos de estudio

Es objetivo del presente estudio analizar la importancia del entrenamiento de la autoeficacia (variable independiente) 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). Partiendo de los presupuestos teóricos de la intervención psicoterapéutica llevada a cabo en la UAC, se entiende que, entre otros, el entrenamiento de la autoeficacia en el ámbito de la entrevista motivadora es un elemento central en el tratamiento de los dependientes alcohólicos. Por eso, nuestro objetivo es, 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. Para eso, analizaremos el perfil de entrada de todos los sujetos en el momento del internamiento para cada una de las variables consideradas (autoeficacia y calidad de vida), pero también para otras que se relacionan con las primeras, concretamente las restantes componentes del autoconcepto y el autoconcepto global y la psicopatología. La elección de esta última variable es tan importante porque sabemos que la dependencia alcohólica es comórbida con una serie de síntomas/cuadros clínicos, pero también porque la investigación muestra que ella tiene impacto negativo en la calidad de vida de los sujetos. Su capacidad predictora de la calidad de vida también será testada. Después de trazar el perfil inicial, de la exploración de las diferencias entre grupos y del análisis de la autoeficacia (y otras dimensiones del autoconcepto) y de la psicopatología como predictoras de la calidad de vida, seremos aptos para extraer las primeras conclusiones sobre la adecuación y eficacia de los presupuestos que orientan la intervención en la UAC. Seguirán los estudios de los grupos que realizaron más de una evaluación, para comprender qué los distingue, y qué caracteriza a la intervención de éxito, esperándose encontrar entre ellos diferencias estadísticamente significativas en las variables consideradas (autoconcepto y, más específicamente, autoeficacia y calidad de vida) y, eventualmente en la presencia, número e intensidad de la sintomatología psicopatológica.

Caracterización general de la muestra

La 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. La muestra se compone en su mayoría de individuos del sexo masculino (87%), indicándose que este aún es un problema asociado al género. Es probable que los discursos sociales continúen “normalizando” el consumo entre hombres y colocándolos en una posición de riesgo en lo tocante al consumo y dependencia alcohólica. También las “amarras” sociales pueden dificultar la búsqueda de ayuda por parte de las mujeres, sobre las cuales recaen, por regla general, evaluaciones más negativas en lo que respecta al consumo de alcohol. Las edades varían entre un mínimo de 23 y un máximo de 68 años, con un valor medio de 44,7 (DP=9,127). Interesantes son los resultados en términos de zona de residencia de los sujetos, con más de la mitad de la muestra perteneciente a los distritos de Aveiro (31,5%) y de Viseu (21,1%), seguidos de los distritos de Guarda (16,4%), Coimbra (12,3%), Leiria (6,8%), Castelo Branco (4,1%), Santarém (2,1%) y Faro, Portalegre, Braganza o con residencia en el extranjero (0,7% cada uno). Aunque no tengamos datos para avanzar ningún tipo de conclusión, la verdad es que los datos nos hacen formular la hipótesis de que puedan existir factores de riesgo locales y culturales para la dependencia alcohólica. Más de la mitad de la muestra está constituida por sujetos casados (36,8%) y solteros (34,4%). De los restantes, el 12,5% está divorciado, el 7,6% vive en unión de hecho, el 5,6% está separado y el 3,5% viudo. La gran mayoría tiene hijos (80,4%) y más de la mitad del grupo que respondió a la cuestión sobre el número de hijos (n=81) tiene 2 hijos (55,6%). Cerca del 30% tiene un hijo y cerca del 10%, respectivamente, tiene 3 y 4 hijos. Además, podemos destacar el hecho de que más del 60% de la muestra total tenga un nivel de escolaridad relativamente bajo, entre el 1º y 4º curso (36,3%) y el 5º y 6º curso (29,5%) de escolaridad. De forma decreciente aparecen después del 7º al 9º curso (14,4%) y del 10º al 12º curso de escolaridad (12,3%), los estudios universitarios (4,1%) y los posgrados (1,4%). Además, el 2,1% refiere solo saber leer/escribir. Probablemente como reflejo del nivel de escolaridad, observamos que la gran mayoría de la muestra forma parte, desde el punto de vista profesional, del grupo de los obreros, artesanos y trabajadores similares (35,4%), destacando el ejercicio de funciones relacionado con la construcción civil (constatación hecha durante la introducción de los datos). La restante muestra pertenece de forma decreciente al grupo de los profesionales de servicios y vendedores (7,6%), al grupo de los agricultores y trabajadores de agricultura y pesca (6,9%), al grupo de los técnicos y profesionales de nivel intermedio (5,6%), al grupo de los trabajadores no cualificados (5,6%), al grupo de los especialistas de las profesiones intelectuales y científicas (3,5%) y, finalmente, al grupo de los cuadros superiores de la administración pública, dirigentes y cuadros superiores técnicos (1,4%). Un conjunto de sujetos, por no encajar en ninguno de los grupos formalmente definidos, condujo a la construcción de categorías adicionales para su caracterización. Así, tenemos que el 12,5% de los sujetos se encontraba desempleado en el momento del internamiento, que el 9,7% ejercía funciones domésticas, que el 6,3% pertenecía a la condición de inválido o jubilado y que el 2,1% se encontraba estudiando en la enseñanza normal o profesional.

Por último, y en lo que concierne también a la caracterización de la muestra, se presenta el tiempo relativo del problema. Cuestionados sobre cuánto tiempo hacía que el problema de la dependencia formaba parte de su vida, la mayoría (35,8%) respondió entre 1 y 5 años, el 15,3% respondió entre 5 y 10 años, el 11,7% entre 10 y 15 años, el 10,9% entre 15 y 20 años y el 9,5% más de 30 años. En menor porcentaje, encontramos individuos que, en el momento del internamiento, refieren que el problema está presente entre hace 25 y 30 años, entre hace 20 y 25 años y hace menos de un año. En la comparación entre los grupos, tal vez la observación más interesante pueda ser la de que ninguno de los sujetos que refirió tener el problema entre hace 15 y 20 años y entre hace 25 y 30 años llegó a la segunda consulta. A excepción del grupo de los sujetos con una dependencia pre-

sente hace menos de un año, la probabilidad de abandonar el tratamiento parece elevarse a medida que aumenta el número de años de dependencia.

PERFIL DE ENTRADA EN LA UAC (INTERNAMIENTO)

a. Autoconcepto

| ICAC | Muestra total (n=146) | | Abandono tras internamiento o (n=90) | | Abandono tras 2ª consulta externa (n=35) | | Mantenimiento en tratamiento (n=21) | | COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS (ANOVA) | |
|-----------------------------|-----------------------|-------------|--------------------------------------|--------------|--|-------------|-------------------------------------|-------------|----------------------------------|--------------|
| | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP | F | Sig. |
| F1 – AUTOESTIMA | 17,36 | 3,38 | 17,39 | 3,43 | 17,00 | 3,34 | 17,86 | 3,31 | 0,426 | 0,654 |
| F2 – AUTOEFICACIA | 20,28 | 3,47 | 20,34 | 3,60 | 20,20 | 3,23 | 20,14 | 3,44 | 0,041 | 0,960 |
| F3 – MADUREZ PSICOLÓGICA | 14,38 | 2,60 | 14,24 | 2,60 | 14,23 | 2,53 | 15,19 | 2,58 | 1,215 | 0,300 |
| F4 – IMPULSIVIDAD/ACTIVIDAD | 11,79 | 2,37 | 11,69 | 2,44 | 12,06 | 2,26 | 11,81 | 2,29 | 0,302 | 0,740 |
| AUTOCONCEPTO GLOBAL | 71,31 | 9,79 | 71,03 | 10,48 | 71,11 | 8,77 | 72,81 | 8,47 | 0,287 | 0,751 |

TABLA 1: 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). Este valor nos diría que el autoconcepto, en el momento de la entrada en el internamiento, no parece estar perturbado; con todo, un estudio de las frecuencias nos muestra que 72 (49,3%) sujetos puntúan por debajo de los 72 puntos, revelando una realidad algo diferente. Como no tenemos datos normativos para las subescalas, tomemos el intervalo de puntuación en que pueden variar para entender si los valores son relativamente altos o bajos. El valor medio encontrado (17,36) para la subescala autoestima (5-25) nos indica que los sujetos se acercan más a una autoestima tendencialmente positiva. Lo mismo sucede con la subescala madurez psicológica con un valor medio de 14,38 (4-20) y con la subescala impulsividad/actividad con un valor medio de 11,79 (3-15). Ya los valores medios encontrados para la subescala autoeficacia parecen ser más problemáticos, porque están más alejados del límite máximo de 30 puntos (20,28), confirmando nuestra previsión teórica de que esta es una variable muy importante para considerar en el tratamiento de la dependencia alcohólica. Pese a que nuestro estudio haya revelado que la autoestima, impulsividad y madurez psicológica se encuentran en los puntos medios, es decir, que las puntuaciones refieren que estas variables están tendencialmente más próximas a valores positivos que a negativos, los estudios existentes refieren problemas entre estas variables. O sea: Miller refiere que el autoconcepto y todas sus dimensiones están comprometidas, una vez que los individuos alcohólicos presentan fragilidad egoica que repercute en una baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y a la impulsividad (1986, *cit. in* Dias, 2006). En aquello que nos interesa, la autoeficacia es la dimensión con valores medios más alejados del límite máximo (y por eso se considera la más deficitaria) en todos los subgrupos. No es ella

lo que los distingue, pero sí es sobre ella sobre lo que es preciso trabajar durante el tiempo de intervención en la UAC. 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?

1. Psicopatología

| | Muestra total (n=146) | | Abandono tras internamiento (n=90) | | Abandono tras 2ª consulta externa (n=35) | | Mantenimiento en tratamiento (n=21) | | COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS (ANOVA) | |
|--|-----------------------|------|------------------------------------|------|--|------|-------------------------------------|------|----------------------------------|--------------|
| | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP | F | Sig. |
| BSI | | | | | | | | | | |
| F1 - SENSIBILIDAD INTERPERSONAL | 1,44 | 0,74 | 1,34 | 0,71 | 1,70 | 0,75 | 1,43 | 0,79 | 3,001 | 0,53 |
| F2 - DEPRESIÓN | 1,58 | 0,82 | 1,67 | 0,74 | 1,60 | 0,88 | 1,12 | 0,95 | 3,888 | 0,023 |
| F3 - ANSIEDAD | 1,37 | 0,70 | 1,44 | 0,67 | 1,37 | 0,67 | 1,10 | 0,78 | 1,968 | 0,143 |
| F4 - HOSTILIDAD | 1,25 | 0,75 | 1,27 | 0,73 | 1,49 | 0,83 | 0,77 | 0,44 | 6,537 | 0,002 |
| F5 - ANSIEDAD FÓBICA | 0,87 | 0,69 | 0,90 | 0,75 | 0,81 | 0,62 | 0,81 | 0,56 | 0,298 | 0,742 |
| F6 - IDEACIÓN PARANOIDE | 1,81 | 0,68 | 1,80 | 0,69 | 1,90 | 0,65 | 1,71 | 0,71 | 0,513 | 0,600 |
| F7 - PSICOTICISMO | 1,38 | 0,73 | 1,43 | 0,67 | 1,53 | 0,86 | 0,96 | 0,62 | 4,624 | 0,011 |
| F8 - SOMATIZACIÓN | 1,15 | 0,77 | 1,27 | 0,79 | 1,09 | 0,72 | 0,78 | 0,64 | 3,793 | 0,025 |
| F9 - OBSESIÓN-COMPULSIÓN | 1,51 | 0,74 | 1,51 | 0,71 | 1,59 | 0,75 | 1,42 | 0,86 | 0,361 | 0,698 |
| IGS | 1,39 | 0,56 | 1,43 | 0,54 | 1,44 | 0,58 | 1,09 | 0,57 | 3,284 | 0,040 |
| TSP | 36,37 | 9,75 | 37,94 | 9,25 | 36,29 | 9,64 | 29,76 | 9,65 | 6,453 | 0,002 |
| ISP | 1,98 | 0,46 | 1,96 | 0,44 | 2,06 | 0,50 | 1,90 | 0,48 | 0,769 | 0,466 |

TABLA 2: 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. La comparación de los valores medios entre los diferentes grupos ha revelado diferencias estadísticamente significativas, bien en cuanto a los índices generales, bien en términos de los síntomas psicopatológicos. 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. También Edwards, Marshall y Cook (2005) corroboran que las altas tasas de psicopatología asociada al alcoholismo podrán inducir al individuo biológicamente vulnerable a cualquier tipo de perturbación psicopatológica, siendo ejemplo el trastorno obsesivo compulsivo, depresión, manía, ansiedad, pánico y alucinaciones. Los autores Edwards, Marshall y Cook (2005) corroboran esta tesis, pero, añaden aún otro dato pertinente y observan que sujetos con problemas relacionados con el consumo de alcohol acostumbra a tener síntomas depresivos, en especial durante la abstinencia. Con todo, no se observó lo mismo en nuestro estudio, una vez que la psicopatología fue una variable que se mostró significativamente alta durante la evaluación en el internamiento y tras este y, ya en consultas externas (estando superada la fase más grave de la abstinencia), la psicopatología se mostró baja. Concluimos, por tanto, que la administración de la medicación en la UAC tuvo efectos positivos en los sujetos en tratamiento.

2. Calidad de vida

| WHOQOL | Muestra total (n=146) | | Abandono tras internamiento o (n=90) | | Abandono tras 2ª consulta externa (n=35) | | Mantenimiento en tratamiento (n=21) | | COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS (ANOVA) | |
|----------------------------|-----------------------|-------|--------------------------------------|-------|--|-------|-------------------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP | F | Sig. |
| F1 – DIMENSIÓN FÍSICA | 58,86 | 17,98 | 58,73 | 17,86 | 60,30 | 18,63 | 56,97 | 18,05 | 0,229 | 0,796 |
| F2 – DIMENSIÓN PSICOLÓGICA | 56,65 | 17,50 | 54,91 | 17,66 | 58,93 | 18,36 | 60,32 | 14,94 | 1,207 | 0,302 |
| F3 – RELACIONES SOCIALES | 58,85 | 22,06 | 57,96 | 20,94 | 65,48 | 21,21 | 51,59 | 26,04 | 2,860 | 0,061 |
| F4 – AMBIENTE | 56,59 | 15,43 | 56,22 | 15,26 | 57,95 | 15,30 | 55,94 | 17,05 | 0,178 | 0,837 |
| FG - CALIDAD GENERAL | 51,46 | 21,20 | 49,17 | 22,00 | 52,86 | 21,24 | 58,93 | 15,88 | 1,930 | 0,149 |

TABLA 4: 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 bajos 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) 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. Datos de la literatura corroboran que dependientes del alcohol experimentan una caída significativa en el grado de calidad de vida cuando está relacionada con casos de comorbilidad psiquiátrica, cuyos trastornos de personalidad son los más correlacionados con la dependencia alcohólica (Castel, Hochgraf, & Andrad, 1995; *cit in* Payá, Figlie, Turisco, & Ronaldo, 1999). No se han encontrado diferencias entre los gru-

pos, indicándose que la calidad de vida no los distingue. Por el contrario, todos revelan bajos niveles de calidad de vida, que se desean modificar con el tratamiento. Recuérdese que el aumento de la calidad de vida es el objetivo último del tratamiento de la dependencia alcohólica en la UAC y por eso una medida de su eficacia, por lo que, antes de que pasemos al estudio del modo en que ella se modifica en los grupos que prosiguieron el tratamiento, interesa saber qué variables se correlacionan con ella y qué variables son sus predictoras. Partiendo de los presupuestos teóricos del modelo de intervención, esperamos que la autoeficacia destaque como variable predictora de la calidad de vida, confirmando la importancia de estimularla y desarrollarla durante el proceso terapéutico, como es preconizado por el modelo de intervención en la UAC. Del mismo modo, y puesto que la autoeficacia es parte de un constructo mayor, creemos que el autoconcepto y/o sus dimensiones también pueden emerger como predictoras de la calidad de vida. En este caso, exploraremos el valor predictor de la calidad de vida, pero, más importante será el papel moderador de la relación entre autoeficacia y calidad de vida. En la próxima sección, estudios de correlación, regresión lineal y moderación se describirán para las diferentes relaciones por explorar entre las variables.

3. Correlación, regresión y moderación

a. La relación entre autoconcepto (autoeficacia) y calidad de vida

| | F1 – D. FÍSICO | F2 – D. PSIC. | F3 D. REL. | F4 – D. AMB. | FG – D. GLOBAL |
|------------------------------|-------------------|------------------|----------------|-----------------|-------------------|
| F1 – AUTOESTIMA | ,211* ,011 | ,277** ,001 | ,419** ,000 | ,242** ,003 | ,109 ,189 |
| F2 – AUTOEFICACIA | ,341** ,000 | ,295** ,000 | ,288** ,000 | ,333** ,000 | ,092 ,271 |
| F3 – MADUREZ | ,167* ,044 | ,065 ,437 | ,174* ,036 | ,206* ,013 | ,057 ,491 |
| F4 – IMPULSIVIDAD/AT. | ,206* 0,013 | ,0197* 0,017 | ,294** ,001 | ,262** ,001 | ,033 ,688 |
| FG – AUTOCONCEPTO | ,311** ,000 | ,274** ,001 | ,382** ,000 | ,350** ,000 | ,093 ,264 |

*correlación significativa para 0,05

** correlación significativa para 0,01

TABLA 5: La primera tabla de correlaciones muestra que las dimensiones autoestima y autoeficacia se correlacionan positivamente con todas las dimensiones de la calidad de vida, a excepción del factor general. Essas son, en su mayoría, correlaciones muy fuertes, esto es, con un nivel de significancia inferior a 0,01 (solo la correlación entre autoestima y la calidad de vida física se revela a un nivel de significancia inferior a 0,05). La madurez psicológica se correlaciona fuerte y positivamente con tres de las cuatro dimensiones de la calidad de vida (a excepción de las relaciones sociales). Una relación positiva y fuerte existe también entre impulsividad/actividad y calidad de vida física y psicológica, y una relación positiva y muy fuerte entre la primera y la calidad de las relaciones y ambiente. Tomando el autoconcepto total, observamos, como sería de esperar, una correlación positiva y muy fuerte con todas las dimensiones de la calidad de vida consideradas, a excepción de su factor general. Un autoconcepto positivo y, más concretamente, una autoestima y una autoeficacia altas se relacionan con una evaluación/percepción más positiva de la calidad de vida. Nótese que

los datos de esta primer análisis revelan un patrón correlacional más consistente entre las dimensiones autoestima y autoeficacia y la calidad de vida, estando la autoeficacia correlacionada muy fuerte y positivamente con todas las dimensiones de la calidad de vida. Un alto sentimiento de autoeficacia opera como facilitador de los procesos cognitivos que pueden conducir a un mejor rendimiento en diversas situaciones, incluidas la toma de decisiones y la resolución de problemas. Un bajo valor de autoeficacia está asociado a perturbaciones como la depresión, ansiedad, baja autoestima, pensamientos pesimistas y dependencias del alcohol y/u otras drogas (Araújo & Melo, 2011). Nuestro estudio ha concluido que, la dimensión autoconcepto, concretamente la **autoeficacia, se presentó como única predictor de la calidad de vida física, de la calidad de vida psicológica y de la calidad de vida relacionada con los factores ambientales**. La autoestima se reveló como predictor de la calidad de vida ligada a las relaciones sociales, explicando el 16,6% de la varianza. Siendo de este modo, concluimos que la autoeficacia es predictor de la calidad de vida y, simultáneamente, la adecuación del entrenamiento de la autoeficacia en el tratamiento de la dependencia alcohólica. Pacientes con mayor autoeficacia presentan mayor capacidad para resolver sus problemas relacionados con la dependencia de sustancias psicoactivas (alcohol), y por eso alcanzan una mayor calidad de vida cuando el tratamiento se finaliza bien o con éxito (De Weert-Van Oen, Schippers, Jong, & Schrijvers, 2001). Del mismo modo, la elevación del autoconcepto y de sus dimensiones producirá un aumento en todas o algunas de las dimensiones de la calidad de vida.

Pero ¿serán todas las dimensiones del autoconcepto predictor de todas las dimensiones de la calidad de vida? Para responder a estas cuestiones, tenemos que recurrir a otro tipo de test estadístico (regresión lineal)

| | 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

CALIDAD DE VIDA Y ALCOHOLISMO

TABLA 6: Después de analizados los presupuestos para la utilización de la regresión lineal en el estudio del comportamiento del autoconcepto y sus dimensiones como predictores de la calidad de vida, comenzamos por testar el conjunto de las subescalas recurriendo a un análisis de regresión lineal múltiple por el método *enter*. 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 autoestima se ha revelado predictora de la calidad de vida ligada a las relaciones sociales, explicando el 16,6% de la varianza. 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 negligible el hecho de que sea la única predictora de tres de las cuatro dimensiones consideradas (no contando con el índice global). 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. Dicho esto, 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 autoestima se reveló como predictora de la calidad de vida ligada a las relaciones sociales, explicando 16,6% de la varianza. Siendo de este modo, concluimos que la autoeficacia es predictora de la calidad de vida y, simultáneamente, la adecuación del entrenamiento de la autoeficacia en el tratamiento de la dependencia alcohólica. Pacientes con mayor autoeficacia presentan mayor capacidad para resolver sus problemas relacionados con la dependencia de sustancias psicoactivas (alcohol) y por eso alcanzan una mayor calidad de vida cuando el tratamiento se finaliza con éxito (De Weert-Van Oen, Schippers, Jong, & Schrijvers, 2001)

2.1. 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 | -,12 ,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 - BS11 | -,323** ,000 | -,328** ,000 | -,051 ,543 | -,255** ,002 | -,222** ,007 |
| TPS - BS11 | -,270** ,001 | -,269** ,001 | -,069 ,411 | -,262** ,001 | -,242** ,003 |
| ISP - BS11 | -,248** ,003 | -,282** ,001 | -,008 ,926 | -,181* ,030 | -,115 ,168 |

* correlación significativa para 0,05
 ** correlación significativa para 0,01

TABLA 6: Todas las variables psicopatológicas, a excepción de las subescalas hostilidad e ideación paranoide, se correlacionan con las dimensiones física y psicológica de la calidad de vida. La correlación con la dimensión física es fuerte (nivel de significancia inferior a 0,05) y negativa con las subescalas sensibilidad interpersonal y psicoticismo, y negativa y muy fuerte (nivel de significancia inferior a 0,01) con las restantes subescalas y con los índices generales. La correlación con la dimensión psicológica es negativa y muy fuerte para todas las subescalas y para todos los índices generales de psicopatología evaluados por el BSI. Se concluye, por tanto, que, a un aumento de la presencia de sintomatología para diferentes cuadros, del índice general de

síntomas, del número de síntomas positivos y de su intensidad, corresponde una reducción de la calidad de vida física y psicológica. En lo que respecta a la dimensión relaciones sociales, de la calidad de vida, solo se correlacionó fuerte y negativamente con la subescala depresión. Correlaciones negativas se encontraron también entre la dimensión ambiente, de la calidad de vida y las subescalas e índices de psicopatología. Correlaciones fuertes se observaron con las subescalas sensibilidad interpersonal, psicoticismo y somatización y con el índice de síntomas positivos; y correlaciones muy fuertes con las subescalas depresión, ansiedad fóbica y obsesión-compulsión, así como con el índice general de síntomas y con el total de síntomas positivos. Por último, ha sido posible observar correlaciones negativas entre psicopatología y el factor indicador de calidad de vida general. Correlaciones fuertes se observaron con las subescalas hostilidad, ansiedad fóbica y somatización; y correlaciones muy fuertes con las subescalas depresión, ansiedad y obsesión-compulsión y con el índice general de síntomas y el total de síntomas positivos. De este modo, los resultados del presente estudio van en el sentido de los estudios longitudinales y clínicos que refieren que la psicopatología depresiva tiene una fuerte relación con el síndrome alcohólico, afectando así a la calidad de vida de los sujetos (Robert & Anthenelli, S/D; Edwards, Marshall, & Cook, 2005). 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 intervengamos en la sintomatología psicopatológica que acompaña al cuadro de dependencia, so pena de poner en riesgo la eficacia de la intervención. Mediante el control de la sintomatología, suponemos que es posible, tomando nuestros datos, aumentar la calidad de vida, o por lo menos algunas de sus dimensiones (especialmente la psicológica, pero también la física y la relacionada con el ambiente). Un abordaje más individualizado y más enfocado en la reducción de la sintomatología comórbida con el cuadro de dependencia puede ser necesario para la promoción de la calidad de vida, y debe considerarse como coadyuvante del proceso de tratamiento de la dependencia alcohólica.

CALIDAD DE VIDA Y ALCOHOLISMO

| | F1 – D. FÍSICO | F2 – |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| | | D. PSIC. |
| | 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

TABLA 7: Una vez analizados los presupuestos para la utilización de la regresión lineal en el estudio del comportamiento de las variables psicopatológicas como predictoras de la calidad de vida, comenzamos testando el conjunto de las subescalas recurriendo a un análisis de regresión lineal múltiple. Considerando el conjunto de las subescalas de sintomatología psicopatológica del BSI, el análisis de regresión lineal por el método *enter* nos ha permitido concluir que son predictoras del 20,7% en la varianza de la dimensión física de la calidad de vida (depresión, ansiedad paranoide y especialmente **somatización**) y del 18,4% de la varianza en la dimensión psicológica de la calidad de vida (ideación paranoide y especialmente **depresión**). No se revelaron predictoras de las dimensiones relaciones sociales y ambiente, y débiles predictoras de la dimensión global de la calidad de vida. Los índices globales también se revelaron débiles predictores de cualquier dimensión de la calidad de vida considerada; por eso los valores se han excluido de la presentación de los resultados. Tomando en conjunto los resultados de los análisis de la relación entre autoconcepto y calidad de vida y de la relación entre psicopatología y calidad de vida, podemos concluir, con razonable grado de certeza, que la autoeficacia, somatización y depresión son predictoras independientes de la calidad de vida física y psicológica. El test del modelo de moderación que relacionaba la autoeficacia y la depresión para explicar la calidad de vida psicológica y el test del modelo de moderación que relacionaba autoeficacia con somatización para explicar la calidad de vida física no tuvieron resultados significativos, y por eso excluimos también su presentación. Solamente queda la nota de que, en el análisis de regresión lineal múltiple, cuando la depresión y autoeficacia se tomaban en conjunto, explicaban el 23% de la varianza en la dimensión psicológica de la calidad de vida. Y que, cuando somatización y autoeficacia se tomaban en conjunto, explicaban el 22,4% de la varianza en la dimensión física de la calidad de vida. 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 autoconcepto/autoeficacia, psicopatología y calidad de vida.

b. Los resultados de la intervención

a) 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 |

El grupo que abandonó el tratamiento tras la primera consulta externa presentó solamente una reducción significativa de la impulsividad, cosa que podrá ser reflejo del trabajo durante el internamiento y después de él; por ejemplo, por el entrenamiento de competencias como la gestión del deseo y el autocontrol. Con todo, de modo general, las restantes dimensiones del autoconcepto y el autoconcepto global no se alteraron significativamente. Véase, por ejemplo, que los indicadores de autoeficacia se mantuvieron precisamente iguales. Una interpretación obvia de los resultados es que el tratamiento no produjo los efectos esperados en términos de autoeficacia, pudiendo ser esta una de las razones para el abandono del programa. Si no se verificó una elevación de la autoeficacia, lo más probable es que no se haya verificado una elevación significativa de la calidad de vida, y eso puede haber tenido un impacto negativo en la percepción de los sujetos sobre la eficacia del tratamiento, pues los conduce al abandono, hipótesis ya antes adelantada. En este momento, importa recordar que los subgrupos que componen la muestra se distinguían, entre otras, en las dimensiones depresión y somatización en el momento del internamiento. Ahora bien, si estas aparecen como **predictoras de la calidad de vida física y psicológica**, se refuerza la idea de que pueden estar funcionando como factor de riesgo para el abandono del tratamiento. Sujetos con altos índices de somatización y depresión pueden tener dificultades en acceder a una calidad de vida razonable o buena, y pueden, entendiendo el tratamiento como ineficaz, abandonarlo. Una evaluación sistemática de la sintomatología presente, el despiste de posibles cuadros clínicos y una intervención adecuada (psiquiátrica y psicológica) y enfocada en estos síntomas específicamente son, por tanto, condiciones necesarias para la eficacia del tratamiento y se consideran en el total, del modelo de intervención en la UAC. Corroborando los datos de nuestro estudio, Edwards, Marshall y Cook

CALIDAD DE VIDA Y ALCOHOLISMO

(2005), refieren que es común la asociación entre alcohol y psicopatología, pudiendo esta asociación conducir el tratamiento al fracaso. Tomando en conjunto los resultados de los análisis de la relación entre autoconcepto y calidad de vida y de la relación entre psicopatología y calidad de vida, podemos concluir, con razonable grado de certeza, que **la autoeficacia, somatización y depresión son predictoras independientes de la calidad de vida física y psicológica**. Tras el análisis que relacionaba la autoeficacia y la depresión para explicar la calidad de vida psicológica y el análisis que relacionaba la autoeficacia y la somatización para explicar la calidad de vida física, no hubo resultados significativos. Solamente queda la nota de que, en el análisis de regresión lineal múltiple, cuando la depresión y la autoeficacia se tomaban en conjunto, explicaban el 23% de la varianza en la dimensión psicológica de la calidad de vida. Y que, cuando la somatización y la autoeficacia se tomaban en conjunto, explicaban el 22,4% de la varianza en la dimensión física de la calidad de vida. A lo largo de esta investigación, llegamos a verificar que la depresión está relacionada con el alcoholismo y, de este modo, interfiere negativamente en la calidad de vida de los sujetos. La autora Brígido (2011) refiere, en su estudio, que la somatización es mayor en los sujetos alcohólicos que en los sujetos no alcohólicos.

Pero veamos si el grupo reveló diferencias en términos de psicopatología y de calidad de vida entre la primera (internamiento) y la segunda (consulta externa) evaluación. Recuérdese que la sintomatología psicopatológica también reveló ser predictora de la calidad de vida, siendo importante entender si estas variables se modificaron en el transcurso del tratamiento.

| (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 |

TABLA 8: Es interesante ver en esta tabla que toda la sintomatología psicopatológica y todos los índices generales de síntomas disminuyeron significativamente entre la entrada en internamiento y la primera consulta externa, revelando la eficacia del tratamiento en la UAC para el alivio de los síntomas, esto es, de su presencia, número e intensidad. Una lectura posible es que muchos de los síntomas pueden ser secundarios con relación a la dependencia alcohólica y que, en respuesta al tratamiento de la segunda, durante el internamiento, tiendan a reducirse. 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 | | 2º 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 |

TABLA 9: Al contrario de lo esperado, 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. Parece, de hecho, que, sin la alteración de otras dimensiones, como puede ser la autoeficacia, el tratamiento no surtirá los efectos deseados en la calidad de vida y puede, como ya habíamos razonado antes, llevar al sujeto a abandonarlo por percibirlo como innecesario. En relación con los análisis anteriores, estos resultados nos muestran que la capacidad predictiva de la psicopatología en la calidad de vida de los sujetos alcohólicos es relativamente débil, pues, si todos los indicadores sufrieron alteraciones positivas y significativas, era esperable que sucediese lo mismo con la calidad de vida, pero tal cosa no se verificó. Aun así, destaca el éxito de la intervención en la UAC en términos de reducción de sintomatología psicopatológica. La cuestión que se plantea es si tal reducción es fruto de un proceso de cambio interno (cognitivo) o solo el reflejo de la toma de medicación psiquiátrica. Es posible que los sujetos hayan mejorado en respuesta al tratamiento farmacológico, pero este solo tiende a “enmascarar los síntomas y su intensidad”, no produciendo efectos en términos de reestructuración cognitiva, por lo que se justificarían los resultados obtenidos para el autoconcepto y sus dimensiones.

Veamos si un patrón diferente se revela con los sujetos que se mantuvieron en tratamiento.

b. 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 – AUTOESTIMA | 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 | -2,874 | ,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 |

TABLA 10: Y, de hecho, percibimos que un patrón diferente está patente en el grupo que se mantuvo en tratamiento. Entre la primera y la segunda fase del tratamiento se observó una modificación significativa de los niveles de autoeficacia, como se esperaba. El tratamiento en la UAC fue eficaz en lo que respecta al objetivo de estimular y reforzar el sentido de autoeficacia. Más interesante todavía es que, en la comparación entre la segunda y la tercera fases de evaluación (primera y segunda consulta externa), las diferencias en la autoeficacia continuaron siendo significativas, observándose aún diferencias en términos de la autoestima, de la madurez psicológica y del autoconcepto global. Estos resultados nos llevan a creer que 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. En este caso, 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.

| (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 |

TABLA 11: Como sería de esperar, también 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. En el primer caso, todos los cuadros sintomatológicos y dos de los tres índices generales (IGS y TSP) sufrieron modificaciones significativas, mientras que, en el segundo caso, solo algunos cuadros (depresión, hostilidad, ideación paranoide) y dos de los tres índices sufrieron alteraciones. 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 | | 2º fase | | 3º fase | | 1º-2ª | | 2ª-3ª | |
| | M | DP | M | DP | M | DP | T | Sig. | T | Sig. |
| F1 – DIMENSIÓN FÍSICA | 56,97 | 18,05 | 60,88 | 8,78 | 61,05 | 6,86 | -,934 | ,362 | -,078 | ,938 |
| F2 – DIMENSIÓN PSICOLÓGICA | 60,32 | 14,94 | 70,44 | 10,53 | 71,03 | 7,27 | -2,695 | ,014 | -,274 | ,787 |
| F3 – RELACIONES SOCIALES | 51,59 | 26,04 | 77,38 | 18,47 | 80,95 | 16,49 | -3,581 | ,002 | -,819 | ,423 |
| F4 – AMBIENTE | 55,94 | 17,05 | 67,41 | 9,3 | 66,96 | 9,35 | -3,035 | ,007 | ,227 | ,823 |
| FG - CALIDAD GENERAL | 58,93 | 15,88 | 74,40 | 14,51 | 81,55 | 14,59 | -3,396 | ,003 | -2,335 | ,030 |

TABLA 12: Como se esperaba, en este grupo se observó un aumento significativo de la calidad de vida (dimensiones psicológica, relaciones sociales, ambiente y calidad global) entre la primera y la segunda fase de evaluaciones, esto es, entre internamiento y primera consulta externa. Además, entre la segunda y la tercera evaluaciones se observó un aumento del indicador global de la calidad de vida. Claramente, los resultados permiten concluir sobre la eficacia del tratamiento llevado a cabo en la UAC, pues es este su objetivo último, el aumento de la calidad de vida. Del mismo modo, sale reforzado el papel de la autoeficacia como predictora de la calidad de vida. Véase que es la única dimensión del autoconcepto que se eleva de forma significativa entre la primera fase de evaluaciones y la segunda, en la cual se observa el aumento de las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Se concluye, por tanto, que, para la eficacia del tratamiento de la dependencia alcohólica, es fundamental estimular la autoeficacia. Será importante controlar la sintomatología psicopatológica comórbida con la condición de dependencia, pero, en última instancia, será esta dimensión del autoconcepto la que desempeña un papel central en el tratamiento y en sus objetivos de elevación de la calidad de vida. Los estudios de Donovan, Mattson, Cisler, Longabaugh y Zweben (2005) corroboran nuestras conclusiones; es decir, estos autores elaboraron una revisión de 36 estudios relacionados con la calidad de vida (CDV) y el comportamiento de los sujetos frente al uso de alcohol y el resultado del tratamiento. Destacaron que beber frecuentemente o de forma esporádica pero mucho (cinco bebidas o más) está asociado a una reducida CDV, siendo los valores inferiores a los de la población general o a los de otras enfermedades crónicas. Los enfermos dependientes del alcohol mejoraban su CDV mediante tratamientos de corto o largo plazo. A pesar de la mejoría, los valores se mantuvieron inferiores a los de la población general. Además, las personas alcohólicas, cuando reducen el consumo, incluso sin alcanzar la abstinencia completa, aumentan significativamente su calidad de vida. El estudio realizado por Lahmek, Berlin, Michel, Berghout, Meunier y Aubin (2009) no corrobora nuestros resultados: en una muestra con 414 enfermos alcohólicos, internados en un período de tres meses para desintoxicación, procuraron explorar y describir el cambio de la CDV (mediante el MOS SF-36) de los enfermos durante la admisión y del alta y las variables asociadas. Las medias para cada dimensión y para la componente física y mental son significativamente bajas tanto en la admisión como en el alta; los valores más bajos se observaron en el funcionamiento y

papel social debido a problemas emocionales. En el momento de la admisión, bajos valores de la componente mental se han asociado a comorbilidad psiquiátrica, consumo tabáquico e ideación suicida. Durante el alta, la mayor mejoría de la componente física se asoció a un mayor nivel educativo y a la ausencia de psicopatología somática y de síntomas psicóticos. Efectivamente, no podemos olvidar que la población de este estudio está en cierta forma condicionada por la presencia diaria de su cónyuge, de sus hijos, de los amigos (...), y de esta forma estos sujetos pueden percibir su calidad de vida de forma más negativa que los enfermos que no están privados de la presencia diaria de sus familiares durante tres meses. En relación con nuestro estudio, verificamos que el **grupo reveló diferencias en términos de psicopatología y de calidad de vida entre la primera (internamiento) y la segunda (consulta externa) evaluación**. Recuérdese que la sintomatología psicopatológica también ha revelado ser predictora de la calidad de vida, siendo importante **entender si estas variables se modificaron en el transcurso del tratamiento**. Nuestro estudio concluyó que toda la sintomatología psicopatológica y todos los índices generales de síntomas disminuyeron significativamente entre la entrada en internamiento y la segunda consulta externa, revelando la eficacia del tratamiento en la UAC para el alivio de los síntomas, esto es, de su presencia, número e intensidad. Una lectura posible es que muchos de los síntomas puedan ser secundarios a la dependencia alcohólica y que, en respuesta al tratamiento de la segunda durante el internamiento, tiendan a reducirse.

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. La literatura va al encuentro de nuestros resultados, refiriendo que el tiempo de tratamiento y/o abstinencia es un importante predictor en la calidad de vida y de la Sintomatología Psicológica. O sea que, si el consumo de alcohol es muchas veces un síntoma, percibimos que, cuanto más se aleje el enfermo del consumo, mejor va a estar él desde el punto de vista de su enfermedad (alcoholismo (en comorbilidad con...)) (Jacques, 2001). Es decir que, si el síntoma disminuye, la enfermedad también disminuye y son de esperar mejorías en la calidad de vida y en la psicopatología de los usuarios. Corroborando nuestros resultados, también está el estudio realizado por Gomes (2011), que refiere que los toxicodependientes, incluidos los alcohólicos, presentan reducción de la psicopatología durante el programa terapéutico. El autor encontró diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones del BSI (obsesivo-compulsivo, depresión, ansiedad).

CONCLUSIÓN

No ha sido al azar como en las últimas décadas se ha escrito, estudiado e investigado tanto sobre el alcoholismo. Este estudio nos ha permitido validar algunas propuestas de la literatura y del tratamiento que subyace en la UAC. En este sentido, concluimos que la autoeficacia ha sido la única variable del autoconcepto que se eleva de la primera fase de tratamiento a la segunda fase. Por tanto, concluimos, con grado de certeza, que la autoeficacia es una variable predictora del éxito del tratamiento, así como de la elevación de la calidad de vida. En suma, lo que se podría distinguir inicialmente entre los grupos como hipótesis sería la psicopatología, una vez que el primer grupo que abandonó el tratamiento, justo tras el internamiento, manifestó índices de psicopatología más problemáticos que tal vez imposibiliten el mantenimiento en tratamiento y eventualmente el aprovechamiento de la modalidad de intervención. 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 modifi-**

cación de la autoeficacia positiva o la inhiba. Esa condición es lo que no sabemos y que la investigación posterior deberá tener en consideración. 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; sin embargo, todo el estudio comporta dificultades y limitaciones, y el nuestro no ha sido diferente. Por tanto, una de las dificultades encontradas, se dio con la cantidad de escalas y cuestionarios que los sujetos tenían que rellenar durante el internamiento. Salvaguardando una posible desviación por causa de la cantidad de cuestionarios que estos enfermos tenían que rellenar, decidimos retirar el NEOPI-R, que tenía como objetivo evaluar la personalidad. En consulta externa, esa dificultad ya no se sintió, pero se hicieron sentir otras. Muchos de los sujetos no comparecieron a las consultas y tampoco tuvimos acceso a los motivos de las ausencias. Todas las investigaciones tienen limitaciones, y la nuestra no es diferente; por tanto, sugerimos que, en el futuro, se investiguen los rasgos de personalidad de los alcohólicos, así como la profundización del modo en que el alcoholismo se adapta a cada una de las psicopatologías consideradas; es decir, qué funciones asume el alcoholismo en la depresión, en la ansiedad, en las perturbaciones ciclotímicas, en las psicosis, en las varias perturbaciones de personalidad. Por último, sugerimos investigar los motivos que llevan a los individuos a desistir del tratamiento. Esperamos haber contribuido de forma significativa a mejorar el conocimiento sobre la realidad de los dependientes alcohólicos y que, de esta forma, se camine a grandes pasos para mejorar la calidad de vida de los sujetos dependientes del alcohol.