
Opinión de los usuarios sobre la atención prestada en un Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes

JUAN CARLOS MARTÍN ARAÚJO

Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Servicio Extremeño de Salud.
Consejería de Sanidad y Consumo.
Junta de Extremadura.

Enviar correspondencia a:
Juan Carlos Martín Araújo
Consejería de Sanidad y Consumo. Calle Adriano 4. 06800-Mérida (Badajoz).
E-mail: juancarlos.martin@sc.juntaex.es

RESUMEN

Fundamento: El propósito de este estudio es conocer qué piensan los usuarios del Centro de Drogodependencias de Mérida, sobre la atención que se les está prestando

Métodos: Estudio descriptivo. Período del estudio: septiembre, octubre y primera quincena de noviembre de 2001. La opinión sobre la satisfacción de los usuarios se realizó mediante cuestionario elaborado ad hoc que contemplaba 6 dimensiones: accesibilidad, información sobre proceso terapéutico, intervención, horarios de atención y tiempos de espera, instalaciones y servicios, y valoración global. El cuestionario fue entregado a todos los pacientes del Centro que cumplían los criterios de inclusión.

Resultados: La puntuación media de la dimensión valoración global obtuvo un 4,88 ($\pm 1,13$) en una escala de 1 a 6. La proporción de usuarios satisfechos, estableciendo el punto de corte para la dimensión Valoración Global en 4, fue del 86,5%. La puntuación más baja la recibió la dimensión Instalaciones y Servicios, siendo su ítem peor valorado las Instalaciones. La dimensión mejor valorada fue la Accesibilidad.

Conclusiones: La opinión de los usuarios sobre la atención prestada es en general muy positiva. Mejoraría con pequeños cambios en la labor de los profesionales (información a los pacientes sobre opciones de tratamiento y secundarismos de fármacos) y con grandes cambios estructurales (gestión de recursos humanos, ampliación de horarios y mejora de las instalaciones).

Palabras clave: Drogas, Drogodependencias, Calidad asistencial, Satisfacción del usuario, Centro de drogodependencias.

SUMMARY

Objective: The purpose of this study is to ascertain the opinion of users of the Drug Addition Centre in Mérida (Spain) on the service offered to them.

Methods: Descriptive study. Period of study: September, October and first fortnight of November 2001. The information on user satisfaction was obtained through an ad hoc questionnaire assessing 6 items: accessibility, information on therapeutic process, hours of available care, waiting times, facilities and services, and overall assessment. The questionnaire was given to all the patients of the Centre who met the inclusion criteria.

Results: The average overall assessment score was 4.88 (± 1.13), on a scale from 1 to 6. Establishing the average for overall assessment at 4, the proportion of satisfied users was 86.5%. The lowest score was in the item on facilities and services, facilities having the worst scoring. The most highly evaluated item was accessibility.

Conclusions: User opinion on care is, in general, very positive. It could improve with minor changes in the work of the professionals (information for patients on treatment options and support with drugs) and with large structural changes (human resources management, longer opening hours and better facilities).

Key words: Drug, drug addiction, welfare quality, user satisfaction, Drug Addiction Centre.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este estudio es conocer qué piensan los usuarios del Centro de Drogodependencias de Extremadura de Mérida, sobre la atención que se les está prestando. Nuestros pacientes, aun compartiendo características con el resto de los usuarios del sistema sanitario, presentan peculiaridades que nos impiden conocer lo que realmente piensan sobre nuestra atención (la simulación es una constante, sobre todo por el miedo a lo que ellos consideran represalias en su proceso terapéutico). Por otra parte, muchos pacientes, y la mayoría de los familiares, refieren "que bastante que hay un lugar donde se les atiende", y no se observan en ellos actitudes reivindicativas frecuentes en otros grupos de población.

Conocer qué piensan nuestros usuarios se convierte así, en un estímulo a la labor de los técnicos del Centro y en una condición necesaria para prestar un servicio de calidad. Estudios publicados sobre calidad percibida o satisfacción en usuarios de centros de atención a drogodependientes son escasos y los que hemos encontrado^{1,2,3} no están elaborados en nuestro país. Este trabajo, puede ser de utilidad para validar una herramienta aplicable a todos los Centros de nuestra Comunidad, con el propósito de conseguir estándares de calidad comunes. El proceso transfereencial recién completado, al incluirnos en atención primaria como unidades de apoyo, nos brinda una excelente ocasión para proponer objetivos comunes de calidad.

La calidad en nuestro Centro no sólo se consigue mejorando los procesos de atención a nuestros pacientes (calidad intrínseca) sino también adaptando nuestra oferta a las expectativas de los usuarios (calidad percibida)^{4,5}.

Muchos autores han diseñado modelos de valoración de calidad donde proponen medir diversos elementos. Donabedian⁶ considera que la calidad de la atención está compuesta por cuatro elementos: *la accesibilidad, el componente técnico-científico, la relación interpersonal médico-paciente y las comodidades del entorno*. Hall y Dornan^{7,8} contemplan 12 dimensiones: *sentimientos humanos, información, calidad global, competencia, satisfacción global, burocracia, acceso, coste, instalaciones y resultado*. Parasuraman^{9,5,10} ha diseñado un instrumento capaz de medir la percepción de calidad de un servicio (SERVQUAL), que incluye cinco dimensiones: *elementos tangibles, fiabilidad, interés, garantía y empatía*.

El instrumento de recogida de datos elaborado para nuestro estudio, recoge dimensiones de los modelos anteriores adaptadas a nuestro Centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal con técnicas e instrumento de recogida y análisis de tipo cuantitativo. Algunos ítems del cuestionario valoran aspectos cualitativos, que aun no siendo analizados para la elaboración del trabajo, sí se han tenido en cuenta.

Nuestro estudio se llevó a cabo en el Centro de Drogodependencias de Extremadura (Cedex en adelante) ubicado en Mérida (Badajoz), durante los meses de septiembre, octubre y primera quincena de noviembre de 2001.

La población de estudio la constituyeron todos los pacientes que se encontraban en tratamiento en dicho Centro el 15 de septiembre de 2001, y que cumplían los criterios de inclusión.

El instrumento utilizado para la recogida de datos es un cuestionario diseñado por el investigador principal. A pesar de no estar demostrada su validez (validez de *constructo*) ni su fiabilidad, sí debemos comentar los principios de su elaboración.

Algunos de los pacientes que acuden a nuestro Centro, aunque no son analfabetos sí presentan muchas dificultades de comprensión lectora. Por este motivo, se ha intentado elaborar un cuestionario con ítems fáciles de entender. Este hecho, en ocasiones, nos ha impedido profundizar en áreas de interés fundamentales.

Hemos tenido en cuenta las fuentes de distorsión de respuesta más frecuentes:

- La simulación: en el momento de la entrega del cuestionario, hemos hecho especial hincapié en la necesidad de sinceridad, ya que sin ella no serviría de nada nuestro estudio. Hemos tenido a nuestro favor, la sorpresa positiva de muchos pacientes, a quienes nunca se les había preguntado su opinión sobre el servicio.
- La deseabilidad social: aunque, parece que este sesgo no explica mucho la varianza, se ha minimizado sobre todo con la confidencialidad del cuestionario.
- En cuanto a las tendencias de respuesta, hemos contemplado la aquiescencia o asentimiento (tendencia a contestar sí o verdadero), no incluyendo en el cuestionario muchas preguntas dicotómicas, y en aquellas que lo son, su enunciado es muy comprensible. Otro sesgo que hemos tenido en cuenta ha sido los errores escalares, tanto tendentes a respuestas intermedias, como a valores extremos. Se ha minimizado el sesgo de respuestas intermedias, diseñando una escala de Likert par (de 1 a 6).

El cuestionario (Anexo 1) consta de 37 ítems, divididos en 8 bloques de interés:

1. Datos demográficos.

2. Historia toxicológica.
3. Accesibilidad.
4. Información sobre el proceso terapéutico.
5. Intervención de los profesionales.
6. Horarios de atención y tiempos de espera.
7. Instalaciones y servicios.
8. Valoración global.

El primero (con cuatro ítems) recoge los datos demográficos. El segundo (3 ítems) solicita información sobre la sustancia por la que acuden a tratamiento al Centro (*historia toxicológica*). El tercer bloque pregunta sobre la accesibilidad (6 ítems, cuatro condicionados). El cuarto pregunta la opinión que le merece la información recibida sobre el proceso terapéutico (5 ítems). El quinto valora la intervención de los profesionales (11 ítems, cinco condicionados). El sexto los horarios de atención y tiempos de espera (2 ítems). El séptimo las instalaciones y servicios (5 ítems). Y por último, el octavo demanda una valoración global, teniendo en cuenta todos los anteriores (1 ítem). Los bloques 1 y 2 nos aportan un perfil sociodemográfico y toxicológico de los pacientes, y los 6 restantes constituyen las dimensiones de calidad de servicio que intentamos medir.

Según los tipos de respuesta, nuestro cuestionario está compuesto por ítems con respuestas escalares (21), respuestas dicotómicas (4), 4 respuestas abiertas (donde se insta al usuario a sugerir mejoras o recomendaciones), 4 sobre datos personales (edad, sexo, ocupación y kilómetros hasta el Centro) y 3 sobre su historia toxicológica (sustancia, año de inicio de consumo y año de inicio de tratamiento).

El cuestionario fue entregado a todos los pacientes que recibían tratamiento en nuestro Centro y que cumplían los siguientes criterios:

- Prevalentes en la fecha de inicio del estudio (15 de septiembre) y con fecha de inicio de tratamiento anterior al 1 de septiembre de 2001.
- Pacientes que cumplían criterios de abuso o dependencia a cualquier sustancia susceptible de crear adicción (según DSM-IV).
- Pacientes con un nivel cognitivo adecuado para responder con coherencia al cuestionario: pacientes con puntuaciones inferiores a 24 fueron excluidos. (Según Miniexamen Cognitivo de Lobo et al., 1979).

Realizamos un pilotaje con 5 pacientes aleatorios, a los que solicitamos nos transmitieran las dificultades encontradas al rellenarlo. Esto nos permitió mejorar la comprensión de algunos ítems. A todos ellos, con posterioridad, se les entregó el cuestionario definitivo, cumpliendo así el principio de confidencialidad.

A cada paciente se le entregó en persona el cuestionario, solicitando su colaboración voluntaria. En una breve entrevista se les explicó los propósitos de nuestro estudio, haciendo especial hincapié en la voluntariedad y confidencialidad. Se les rogó que lo rellenaran cuanto antes, sin fijar fecha concreta. Ninguno de los 90 pacientes rechazó colaborar en el estudio. Para garantizar la confidencialidad se habilitó un buzón en el pasillo del Centro –no visible por ningún profesional– donde debían depositar los cuestionarios.

Para la recogida de datos y posterior análisis se utilizaron la base de datos Access 2000 de Microsoft y el SPSS 10.0 para Windows.

RESULTADOS

En la fecha de inicio de nuestro estudio se encontraban en tratamiento 117 pacientes. Que cumplieran los criterios de inclusión había en esa fecha 90 pacientes a los que se les entregó el cuestionario. De estos cuestionarios, fueron tenidos en cuenta para realizar el estudio 52. El resto no fueron devueltos o se recibieron fuera de plazo.

El perfil sociodemográfico de los pacientes incluidos en el estudio aparece en la Tabla 1. La media de edad de los participantes del estudio fue 34,8 años (D.T. 7,02). El 75 % eran menores de 40 años. Los pacientes del estudio fueron mayoritariamente hombres (75%). La situación laboral predominante que se encontró fue el desempleo sin prestaciones (65,4%). Sólo un paciente de nuestro estudio percibía paga de desempleo. Dos pacientes se acogían a la beca de reincorporación laboral de la Junta de Extremadura. La mayoría de los encuestados vivían en Mérida (51,9%). Más de una quinta parte de los pacientes del estudio vivía en localidades que distaban del Cedex más de 25 Km.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico

	%
Edad	
21 a 24 años	9,6
25 a 44 años	80,8
45 a 52 años	9,6
Sexo	
Hombres	75
Mujeres	25
Situación laboral	
Desempleado sin prestación	65,4
Desempleado con prestación	1,9
Cuenta ajena	21,1
Cuenta propia	7,7
Beca inserción	3,8
Lejanía Cedex	
En Mérida	51,9
Menor o igual de 25 Km.	26,9
Mayor 25 Km.	21,2

En cuanto a la historia toxicológica (Tabla 2), la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio (79,6%) eran consumidores de heroína-cocaína por vía inhalada. En segundo lugar la sustancia problema era el alcohol (11,5%), y por último el tabaco y la cocaína esnifada (ambos con un 5,8%). El 21,6 % de los encuestados había comenzado a consumir antes de 1981, casi la mitad (45,1%) empezaron a consumir entre 1981 y 1990, y el resto lo hicieron en la última década del siglo pasado (33,3%). Una cuarta parte de los encuestados acudieron a nuestro Centro por primera vez antes de 1991, algo más de la mitad lo hicieron entre 1991 y 2000 (52,1%), y el resto iniciaron tratamiento en el año del estudio (22,9%).

Tabla 2. **Historia toxicológica**

	%
Sustancia consumida	
Heroína-cocaína inhalada	79,6
Alcohol	11,5
Tabaco	5,8
Cocaína esnifada	5,8
Año de inicio de consumo	
Antes de 1981	21,6
De 1981 a 1990	45,1
De 1991 a 2000	33,3
Año de inicio de tratamiento	
Antes de 1991	25,0
Entre 1991 y 2000	52,1
En 2001	22,9

En la Tabla 3 recogemos la puntuación media de las 21 variables referentes a las seis dimensiones de calidad contempladas en el estudio (*accesibilidad, información sobre proceso terapéutico, intervención, horarios de atención y tiempos de espera, instalaciones y servicios, y valoración global*).

La puntuación más baja la recibió la dimensión Instalaciones y servicios, siendo su ítem peor valorado las *instalaciones*. La dimensión mejor valorada fue la *Accesibilidad*; y dentro de ella obtuvieron puntuación alta los dos ítems escalares que la constituyen: la amabilidad e información en la demanda de cita en persona o a través del teléfono.

La puntuación media del ítem *valoración global* obtuvo un 4,88 ($\pm 1,13$) en una escala de 1 a 6. El 67,3% puntuaron 5 ó 6, y un 11,5% puntuó por debajo de 4 puntos.

La proporción de usuarios satisfechos, estableciendo el punto de corte para la dimensión *Valoración Global* en 4, fue del 86,5%.

Tabla 3. **Media y desviación típica (D.T.) de los ítems y dimensiones del cuestionario**

	Medias	D.T.
Accesibilidad		
Amabilidad cita en persona	5,13	1,19
Trato e información Tfno	5,15	1,28
Información tratamiento		
Opciones de tratamiento	4,88	1,53
Información proceso	5,10	1,31
Información global	4,61	1,69
Intervención		
Amabilidad y cortesía	4,78	1,43
Profesionalidad	4,90	1,37
Accesibilidad terapeutas	4,68	1,68
Periodicidad revisiones	4,71	1,51
Confidencialidad	4,22	1,90
Toma medicación	5,63	0,87
Secundarismos fármacos	4,26	2,10
Necesidad recogida orina	4,96	1,72
Forma recogida orina	3,98	2,18
Intimidad recogida orina	3,28	2,18
Tiempos de espera y horarios de atención		
Período de espera	3,98	1,88
Horario de atención	4,67	1,80
Instalaciones y servicios		
Ubicación Centro	3,90	1,92
Instalaciones	2,67	1,87
Limpieza	3,98	1,82
Valoración global		
Valoración global	4,88	1,13

A continuación exponemos los resultados más relevantes de las dimensiones contempladas en nuestro estudio.

Accesibilidad

En conjunto ha sido la dimensión mejor valorada. Tanto la atención prestada en el propio Centro como la realizada a través del teléfono han sido puntuadas con valores altos.

En esta dimensión, además de los dos ítems de satisfacción, se les preguntaba la forma de solicitar la cita (el paciente en persona, por teléfono o una tercera persona), y en caso de acudir al Centro, si se le anotó la fecha y hora. Mayoritariamente la cita la solicitó el propio paciente (57,7%), por teléfono lo hicieron el 28,8%, y a través de un familiar o amigo el 13,5% restante. A un 95% de los encuestados que acudieron al Centro se les anotó la fecha y hora en la tarjeta de citas.

Información sobre el proceso terapéutico

El ítem peor valorado de esta dimensión fue el que preguntaba sobre la información de las posibles opciones terapéuticas. La información de cómo llevar a cabo el desarrollo del programa una vez elegido fue

puntuado alto. La información global durante todo el proceso también la consideraron satisfactoria.

En esta dimensión se incluyó un ítem preguntándoles si habían sido informados de sus derechos y deberes como usuarios (aspecto destacado de la *Ley 1/1999, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia y Reinserción de las Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Extremadura*). El 50% de los pacientes negaron haber recibido dicha información.

Intervención

Esta dimensión obtuvo una puntuación general elevada (4,54). Los ítems peor puntuados fueron aquellos relativos a la confidencialidad en el Centro y a la recogida de urinocontroles. El ítem peor puntuado de todos fue la intimidad al recoger la muestra de orina, siendo los hombres quienes puntuaron más bajo. También se puntuó bajo la información recibida sobre los secundarismos del tratamiento farmacológico.

Horarios de atención y tiempos de espera

El horario de atención al público de nuestro Centro (de 8 a 15 h) obtuvo una puntuación alta. El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la atención fue peor puntuado.

Instalaciones y servicios

Fue la dimensión peor valorada de todas. De los tres ítems que la constituyen el mejor puntuado fue la limpieza del Centro, seguido de la ubicación en la ciudad. Las instalaciones obtuvieron la peor puntuación de todo el cuestionario.

En esta dimensión se incluyó un ítem preguntándoles sobre la pertinencia de personal de seguridad en el Centro. El 94,2% de nuestros usuarios consideraron necesaria su presencia.

Valoración global

El ítem de valoración global de la atención prestada obtuvo una puntuación elevada (4,88). No aparecieron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres del estudio. Los hombres puntuaron 4,84 (D.T. 1,15) y las mujeres 5 (D.T. 1,08). Sin embargo la peor puntuación de una mujer fue un 3, y algún hombre puntuó en valoración global un 1.

DISCUSIÓN

El principal problema que presenta nuestro estudio es la validez y fiabilidad del cuestionario. Aunque en su elaboración se han tenido en cuenta las fuentes de distorsión de respuesta y los sesgos más frecuentes,

no se ha demostrado su validez de *constructo* ni su fiabilidad.

Otro posible sesgo importante es el elevado número de cuestionarios no devueltos (42,3%), aun conociendo que la tasa de respuesta en estudios de satisfacción suele ser baja (30-40%)¹¹. Dos motivos se nos ocurren para no devolver los cuestionarios. Puede ser una forma diferida de no colaborar en el estudio, ante las dificultades de hacerlo en la entrevista inicial (deseabilidad social). O la percepción del usuario de que "nada de lo que proponga se va a tener en cuenta". Ambos motivos excluyen a un grupo de pacientes cuyas opiniones son fundamentales, puesto que es probable que sean los más descontentos con la atención que les prestamos.

Los resultados de la *Valoración global* son coherentes con otros estudios de satisfacción realizados en el ámbito sanitario. Todos ellos suelen obtener puntuaciones de satisfacción global elevadas^{12,13,14}.

La *Accesibilidad* en su conjunto fue la dimensión mejor valorada. La facilidad en el acceso es uno de nuestros pilares básicos, y motivo primordial que justifica la inclusión de la atención a drogodependientes en el nivel primario de salud. Más de la mitad de los pacientes que solicitan cita lo hacen personalmente en nuestro Centro. Esto determina que el primer contacto con la red de atención no es cuando les recibe el técnico, sino en el momento de solicitar la cita (personal administrativo). De cómo se maneje esta primera visita dependerá en parte la captación del paciente.

La *Información sobre el proceso terapéutico* se consideró favorable, excepto la referente a las posibles opciones terapéuticas. Los profesionales una vez valorado el paciente, le proponemos la opción de tratamiento que consideramos más adecuada. En pocas ocasiones, nuestra propuesta es abierta, permitiendo al paciente que decida.

Todos los pacientes de nuestro Centro deben conocer (por escrito si es preciso) sus deberes y derechos como usuarios.

La *Intervención* fue bien valorada. Entre las áreas de mejora propuestas se encuentran la confidencialidad y la intimidad en la recogida de orina. Ambas muy condicionadas por las instalaciones del Centro.

Debería ser una constante la información sobre los posibles secundarismos de los fármacos utilizados.

En cuanto a la dimensión *Horarios de atención y tiempos de espera* hubo una puntuación desigual. Los horarios de atención al público (de 8 a 15 h) eran adecuados para la mayoría de nuestros usuarios, aunque otros referían incompatibilidad con su horario laboral. Varios pacientes proponen abrir al menos dos horas por la tarde (Transcripción literal: "en vez de jornada continua, que sea partida para que se pudiera abrir por la tarde"). El tiempo que transcurre entre la solicitud de la cita y la atención ha recibido una puntuación

baja. Su solución pasa por medidas estructurales no siempre fáciles de efectuar (aumento de personal, atención vespertina, apertura sábados por la mañana, etc.) (Transcripción literal: "...pienso que el Centro debería ser un poco más grande, que hubiese más profesionales para así extender más los horarios (también por la tarde), y así atender más pronto las citas").

Las *Instalaciones y Servicios* fue la dimensión peor valorada, a expensas de las instalaciones. (Transcripción literal: "...se debería hacer una gran reforma o en su caso hacer uno nuevo, en el cual los despachos, servicios, lugar de espera, etc. sean más adecuados").

Este trabajo pretende ser el inicio de posteriores investigaciones en nuestra Comunidad, donde la opinión de los usuarios se contemple como primordial en la planificación sanitaria en drogodependencias.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos los profesionales del Cedex de Mérida las facilidades encontradas para la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Conners NA, Franlin KK. Using focus groups to evaluate client satisfaction in an alcohol and drug treatment program. *J Subst Abuse Treat* 2000; 18(4): 313-20.
2. Hser YI, Polinsky ML, et al: Matching clients' needs with drug treatment services. *J Subst Abuse Treat* 1999; 16(4): 299-305.
3. Rohrer JE, Hilsenrath P. Client satisfaction with substance abuse treatment. *Health Mark Q* 1999; 17 (2): 31-42.
4. Chacón Fuentes F. Los estudios sobre la satisfacción de los pacientes: una aproximación crítica. *JANO* 1990; 38(898): 93-99.
5. Parasuraman A, Zeithaml V. et al. Reassessment of expectations a comparison standard in measuring service quality: implications for future research. *J Marketing Research* 1994; 58:111-124.
6. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund quart* 1966; 44(2):166-202.
7. Hall JA, Dornan MC. What patient like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27:935-9.
8. Hall JA, Dornan MC. Metanalysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988; 27(6): 637-44.
9. Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. Understanding customer expectations of service. *Sloan Management Review* 1991 (spring); 39-48.
10. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
11. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación de mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69:163-75.
12. Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín JM y Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:37-44.
13. Retamal González A, Monge Jordá, V. Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74 (3): 275-286.
14. Retamal González A, Monge Jodrá V. Valoración de la calidad percibida de los usuarios de zonas básicas de salud de Cuenca. *Aten Primaria* 1999; 9: 507-513.
15. Carey RG, Seibert JH. A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. *Med Care*, 1993; 31 (9): 834-45.
16. Cottle D. *El servicio centrado en el cliente*. Ediciones Díaz de Santos; 1991
17. Hile MG, Adkins RE. The impact of substance abusers' readiness to change on psychological and behavioral functioning. *Addict Behav* 1998; 23(3):365-70.
18. Hulka BS, Zyzanski SJ. Validación de una escala de satisfacción de los pacientes: teoría, método y práctica. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. OPS, Publicación Científica n° 554.
19. Insúa, P. Programa de formación para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. *Plan Nacional sobre Drogas*; 1999.
20. Lledó R, Vilella, et al. La importancia de las encuestas de opinión a los usuarios del hospital en la calidad asistencial. *Todo Hospital* 1992; 87: 9-11.
21. Lydeade S. The questionnaire as a research tool. *Fam Prac* 1991; 8(1): 84-91.
22. Mays N, Pope C. *Qualitative Research in Health Care*. BMJ; 1999.
23. Richard B, Dwore PhD, Bruce P, Murray PhD, et al. An opportunity for HMOs to use marketing to increase enrollee satisfaction. *Managed Care* 2001; 38-61.
24. Shortell SM, et al. Continuously Improving Patient Care: Practical Lessons and an Assessment Tool from the National ICU Study. *QRB*, mayo 1992; 150-5.
25. Suñol R, Pacheco MV, Delgado R, Corbella A, Baurés N. El Estudio de la opinión del usuario y su aplicación en los programas de Control de Calidad. *Control de Calidad asistencial* 1987; 2(1): 15-22.
26. Thompson AGH, Suñol R. Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence. *International Journal for Quality in Health Care* 1995; 7(2): 127-41.