
La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento

JOAN TRUJOLS, JOSÉ PÉREZ DE LOS COBOS

Unitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Enviar correspondencia a: Joan Trujols. Unitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa. Creu i Sant Pau. Av. Sant Antoni M^a Claret 167. 08025 Barcelona. Tel. 93 2919131. Fax. 93 2919178. E-mail: trujols@sanpan.es

RESUMEN

Después de una breve revisión de los procedimientos clásicos utilizados para evaluar la satisfacción de los usuarios con el tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM), se presenta el desarrollo de la Escala de Verona de Satisfacción con el Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (VSSS-MT), un autoinforme para valorar de manera multidimensional la satisfacción de los usuarios con el TMM. Después de un análisis factorial exploratorio y un proceso de depuración de ítems, la versión final de 27 ítems de la VSSS-MT explicaba un 58,8% de la varianza total, incluyendo cuatro factores: Intervenciones Básicas (IB), Intervenciones Específicas (IE), Habilidades de los Trabajadores Sociales (HTS), y Habilidades de los Psicólogos (HP). Estos cuatro factores presentaban una consistencia interna entre satisfactoria y excelente (α de Cronbach: 0,91, 0,85, 0,87 y 0,92, respectivamente). Asimismo, se presentan los resultados de un estudio cuyo objetivo principal era evaluar, mediante la VSSS-MT, la satisfacción de los usuarios con los centros públicos de TMM del estado español. La media de la satisfacción global era de 3,5 (D.E. = 0,6) en una escala de 5 puntos (1 = malísima; 5 = excelente). El porcentaje de usuarios que se manifestaban insatisfechos (puntuaciones en la VSSS-MT ≤ 3) o satisfechos (puntuaciones en la VSSS-MT > 3) era, por factor: satisfacción global, 15,9% insatisfecho, 84,1% satisfecho; IB, 16,0% frente a 84,0%; IE, 45,4% frente a 54,6%; HTS, 33,8% frente a 66,2%; HP, 38,5% frente a 61,5%. El número de horas semanales que los centros dedicaban a la dispensación era la única variable predictora de los niveles de satisfacción. Estos resultados muestran que los usuarios se manifiestan ligeramente satisfechos con los TMM del estado español. Finalmente, se analizan críticamente algunos de los pasos necesarios para favorecer una mejora de los TMM, que realmente responda a la perspectiva y necesidades de los propios usuarios, enfatizándose el potencial de las técnicas cualitativas de investigación.

Palabras clave: *Tratamiento de mantenimiento con metadona, Satisfacción con el tratamiento, Percepción del tratamiento, Perspectiva del usuario, VSSS-MT, Estado español.*

ABSTRACT

After briefly reviewing some classical ways of measuring user satisfaction with methadone maintenance treatment (MMT), we present the development of the Verona Service Satisfaction Scale for methadone-treated opioid-dependent patients (VSSS-MT), a scale specifically designed to multidimensionally assess opioid-dependent patient satisfaction with methadone treatment centres. After exploratory factor analysis and item refinement, the definitive 27-item VSSS-MT accounted for 58.8% of the total variance, comprising four factors: Basic Interventions (BI), Specific Interventions (SI), Social Worker Skills (SWS), and Psychologist Skills (PS). These factors showed good to excellent internal reliabilities (Cronbach's $\alpha = 0.91, 0.85, 0.87, \text{ and } 0.92$, respectively). We also present the results of a study which main objective was to assess, with the VSSS-MT scale, user satisfaction with state-funded MMT centres in Spain. Mean overall satisfaction was 3.5 (S.D. = 0.6) on a 1-5 point scale (1 = terrible; 5 = excellent). The percentage of users who felt dissatisfied (VSSS-MT scores ≤ 3) and satisfied (VSSS-MT scores > 3) was, by category: overall satisfaction, 15.9% dissatisfied, 84.1% satisfied; BI, 16.0% versus 84.0%; SI, 45.4% versus 54.6%; SWS, 33.8% versus 66.2%; PS, 38.5% versus 61.5%. The number of hours per week that the centre dispensed methadone was the only variable able to predict satisfaction. These results show that Spanish users are slightly satisfied with MMT. Finally, we critically discuss some next steps that need to be taken in order to really improve MMT according to user views and needs, emphasizing the potential role of qualitative research techniques.

Key words: *Methadone maintenance treatment, Satisfaction with treatment, Treatment perceptions, User views, VSSS-MT, Spain.*

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de los tratamientos de mantenimiento con metadona (TMM) ha representado un substancial avance en el tratamiento de la dependencia de heroína (Strain y Stitzer, 1999; Tober y Strang, 2003; Wall y Haga, 2003; Ward et al., 1998). Los TMM deben ser considerados como un auténtico tratamiento psicofarmacológico de la dependencia de heroína a la par que un elemento indispensable de las políticas e intervenciones de reducción de daños.

Desde su introducción en el ámbito del abordaje de la dependencia de heroína, los TMM han estado sujetos a un proceso de revisión y evaluación constantes que ha permitido demostrar su elevada efectividad (Drucker et al., 1998; Farré et al., 2002; Gibson et al., 1999; Gowing et al., 2004; Marsch, 1998; Mattick et al., 2003; Sorensen y Copeland, 2000; Zaric et al., 2000). No obstante, la efectividad de los TMM ha sido evaluada, casi exclusivamente, mediante la utilización de indicadores o criterios llamados duros (Iraurgi, 2000): retención en programa, disminución del consumo de heroína u otros opiáceos no prescritos, reducción de la morbimortalidad, disminución de la actividad criminal, entre otras variables.

La valoración del resultado terapéutico del TMM debe centrarse también en la apreciación subjetiva, por parte del usuario, tanto del proceso asistencial como de la respuesta o cambio producido (Iraurgi, 2000). La evaluación de los resultados en la práctica asistencial debe incluir pues indicadores basados en las vivencias del usuario porque éstos no necesariamente correlacionan con las medidas o estimaciones 'objetivas' realizadas por los clínicos.

Es el caso, para delimitar únicamente un solo ámbito de valoración que debería ser evaluado periódicamente, de los indicadores de calidad percibida por parte del propio usuario del TMM o de satisfacción con el tratamiento recibido.

No obstante, muy pocos TMM evalúan la calidad percibida o la satisfacción de los usuarios en relación al tratamiento recibido (Ball et al., 1974; Joe y Friend, 1989; Neale, 1998), a pesar de la importancia y validez de dicho factor no sólo como variable facilitadora de la adherencia y seguimiento adecuado del programa de tratamiento (Ruggeri, 1996; Sanders et al., 1998) sino también, y muy especialmente, como variable de resultado o como medida de la calidad del servicio (Bell, 2000; Pascual-Fernández, 1999).

Es en ambos sentidos que la relevancia de la variable calidad percibida o satisfacción con el tratamiento es manifiesta. Al influir dicha variable en la aceptabilidad del programa por parte del usuario y considerando que dicho grado de aceptabilidad puede afectar al seguimiento del TMM, la calidad percibida o la satisfacción con el programa serían variables mediadoras que podrían modular, en parte, la efectividad del TMM.

Asimismo, los procesos de acreditación, recientemente iniciados tanto en los EE.UU. (CARF, 2001; CSAT, 2001; Czechowicz et al., 1997; Ducharme y Luckey, 2000; JCAHO, 2000) como en algunas comunidades autónomas del estado español como Cantabria (Pascual-Fernández, 1999) y Cataluña (Casas et al., 2001), de los centros de tratamiento con metadona contemplan como requisito la evaluación periódica del grado de satisfacción de los usuarios de dichos programas.

A pesar, pues, de la probable influencia de dichas variables en el seguimiento adecuado de los TMM y de su relevancia como indicador de calidad, estas variables o, más genéricamente, la perspectiva de los propios usuarios, no ha sido considerada como una contribución relevante para el diseño, la implementación o la evaluación de los TMM. La prácticamente total ausencia de referencias a la percepción que tienen los propios usuarios en TMM de dicho abordaje (Hunt y Barker, 1999) resulta aún más sorprendente si consideramos que dicha modalidad de tratamiento es una de las más investigadas y, especialmente, que uno de los rasgos característicos y definitorios de los planteamientos de la reducción de

daños, y de las intervenciones que en ellos se fundamentan, es la incorporación de la voz de los verdaderos protagonistas –los usuarios reconocidos como interlocutores válidos– en la definición, implementación y evaluación de estrategias, programas y recursos con el objetivo de que respondan a las necesidades de los propios usuarios (Trujols et al., 1999a).

Así, si se conoce, desde la perspectiva de los propios usuarios, el nivel de calidad percibida y los ámbitos de satisfacción/dissatisfacción de dichos usuarios con los TMM, podrá interpretarse con una mayor corrección la efectividad y calidad de estos programas y planificarse medidas con el objetivo de optimizar dichos parámetros.

Este objetivo es especialmente relevante puesto que, a pesar de los resultados claramente favorables que la literatura científica nos ofrece respecto de los TMM, estos programas parecen no poder responder, en su formato actual, a las necesidades de un determinado grupo de usuarios de heroína que no inicia (Fischer et al., 1999; Schütz et al., 1994; Zule y Desmond, 1998), sigue de forma deficiente (reinicio de conductas de riesgo, etc.) (Belding et al., 1998; Gossop et al., 2000; Morral et al., 1999; Nunes et al., 1997; Pérez et al., 2001) o abandona dichos programas (Deren et al., 2001; Goldstein et al., 2001, 2002).

El presente trabajo pretende proporcionar una primera aproximación a la perspectiva de los usuarios sobre los TMM, centrada en la variable satisfacción con el tratamiento, revisando los instrumentos de evaluación disponibles y los resultados de las evaluaciones de dicha variable en el estado español.

EVALUACIÓN 'CLÁSICA' DE LA SATISFACCIÓN CON EL TMM

La satisfacción de los usuarios de los TMM con el tratamiento se ha valorado mayoritariamente con preguntas aisladas (Joe y Friend, 1989; Joe et al., 2001; Markez et al., 2002; Stone y Fletcher, 2003), con cuestiona-

rios diseñados *ad hoc* y no estandarizados (Arnáez et al., 2004; Forcada et al., 2001), con adaptaciones no estandarizadas de cuestionarios diseñados originalmente para evaluar la satisfacción con los servicios de salud mental (Gabbay et al., 1999; Trujols et al., 1999b) u otro tipo de centro de salud (Fiellin et al., 2001), o con instrumentos estandarizados pero diseñados genéricamente para evaluar la satisfacción con cualquier tipo de dispositivo o centro asistencial –no específico del ámbito de los TMM ni del abordaje de las drogodependencias– (King et al., 2002; Ward, 2000).

Según todos estos procedimientos de evaluación de la satisfacción con el TMM, la gran mayoría de usuarios –y, en muchos casos, la práctica totalidad– se encontraba altamente satisfecho con el TMM. Así, por ejemplo, Joe y Friend (1989) señalan que únicamente el 4% de los usuarios afirmaba no estar satisfecho con el tratamiento y Markez et al. (2002) hallan que sólo un 3,1% de la muestra estudiada refería estar poco o muy poco satisfecho con el programa. Estos resultados pueden ser debidos, tal como afirman Ruggeri et al. (1994), a que a la insatisfacción es difícil de detectar con instrumentos de valoración unidimensionales. En este sentido, cabe remarcar los resultados del estudio citado de Markez et al. (2002): a pesar del elevado nivel de satisfacción detectado, cuando se presentó a dichos participantes –en la misma encuesta en la que se incluía el citado ítem sobre el nivel de satisfacción con el TMM– un listado con una serie de posibles desventajas relativas al TMM de entre las que podían elegir un máximo de tres, más de un 75% de los usuarios señalaron al menos una desventaja (la principal desventaja apuntada es la dependencia de la metadona siendo otros inconvenientes de cierta entidad los referidos a los efectos secundarios de la metadona, la poca cobertura psicoterapéutica y la atadura que los usuarios perciben respecto al servicio dispensador).

Asimismo, como afirman Blankertz y Hazem (2002) refiriéndose al ámbito de la salud mental, los autoinformes unidimensionales diseñados para la evaluación de la satisfacción

con el servicio difícilmente aportan información útil para la modificación de los programas de intervención. La formulación o redacción de la mayoría de ítems no proporciona una guía concreta, si los usuarios manifiestan no estar satisfechos, sobre qué elementos, aspectos o procesos del programa deben ser modificados y, en menor medida aún, sobre cómo tienen que realizarse dichos cambios. Este hecho probablemente no ocurra si se utilizan autoinformes multidimensionales.

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO (TPQ)

Marsden et al. (2000) desarrollaron el *Treatment Perceptions Questionnaire* (TPQ) a partir de la revisión de la literatura científica y de los instrumentos existentes así como de las entrevistas semiestructuradas con ocho pacientes. El TPQ consta de 10 ítems con respuesta tipo Likert de cinco puntos con un enunciado de respuesta que va desde "muy de acuerdo" a "muy en desacuerdo" (una mayor puntuación es indicativa de mayor satisfacción). Los 10 ítems del TPQ se estructuran en dos dimensiones o factores, cada uno compuesto por cinco ítems. El primer factor, denominado "Percepciones del Equipo Terapéutico" o "Dimensión Equipo Terapéutico", se centra en la percepción de los usuarios sobre la naturaleza y la intensidad del contacto con el personal del programa. El segundo factor, denominado "Percepciones del Programa Terapéutico" o "Dimensión Programa Terapéutico", engloba los aspectos del servicio de tratamiento, su aplicación, reglas y normativas.

Aunque no se trata de un cuestionario diseñado específicamente para evaluar la satisfacción con el TMM, la formulación de cada uno de sus ítems no hace referencia a un centro, dispositivo o programa terapéutico específico de abordaje de las drogodependencias. Esta versatilidad junto a su brevedad posibilitan que el TPQ sea un instrumento ampliamente

utilizado para valorar la satisfacción con el TMM.

Strang et al. (2000), en un ensayo clínico aleatorio que comparaba el tratamiento de mantenimiento con metadona por vía inyectada (TMMI) y dicho tratamiento por vía oral (TMMO), hallaron una superior satisfacción global en el grupo TMMI ($27,9 \pm 5,2$ vs. $22,6 \pm 7,7$). Esta diferencia, estadísticamente significativa, se debía básicamente a las superiores puntuaciones del grupo TMMI ($13,93 \pm 2,13$ vs. $9,55 \pm 4,3$) en el factor de satisfacción con el programa terapéutico porque ambos grupos no diferían en relación a las puntuaciones en el factor de satisfacción con el equipo terapéutico.

Torres y Guillot (2001), evaluando a través del TPQ la satisfacción con el tratamiento en una muestra aleatoria de 50 usuarios en TMM de la Comunidad de Valencia, refieren que dichos usuarios manifiestan, en general, una percepción positiva del TMM, siendo el grupo de usuarios que lleva más tiempo en tratamiento el que más critica las normas del programa.

Asimismo, Rodríguez et al. (2002), en un estudio observacional de los niveles de satisfacción con el tratamiento –evaluado mediante el TPQ– en un centro ambulatorio de drogodependencias del País Vasco, hallan que los usuarios del TMM muestran un nivel aceptable de satisfacción con el tratamiento. Cabe destacar, como señalan los propios autores del estudio, que las medias más bajas corresponden a los ítems con un enunciado formulado en sentido negativo (es decir, con la partícula "no"), hecho que podría indicar un cierto nivel de confusión o dificultad en la comprensión de dichas preguntas. Igualmente reseñable es la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las tres puntuaciones compuestas del TPQ entre los usuarios del TMM y los usuarios de un programa ambulatorio sin agonistas opioides. Los usuarios del TMM muestran una menor satisfacción tanto en la puntuación global ($23,52 \pm 5,89$ vs. $26,60 \pm 5,86$) como en la satisfacción con el programa ($11,78 \pm 3,13$

vs. $13,08 \pm 3,14$) y con el equipo terapéutico ($11,74 \pm 3,46$ vs. $13,52 \pm 3,37$).

No obstante, los resultados del estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del TPQ (Iraurgi et al., 2004), no parecen apoyar la estructura factorial obtenida por los autores que desarrollaron la versión original inglesa. Iraurgi et al. (2004), mediante un análisis factorial exploratorio utilizando el método de análisis en componentes principales, han obtenido una estructura de tres factores. El primer factor, denominado "Disponibilidad y Confianza en el Equipo" expresa el 33,4% de la varianza explicada, presenta un α de Cronbach de 0,62 y un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,80. El segundo factor, con el 13,9% de la varianza explicada, contiene ítems relativos a la "Falta de Confianza e Insatisfacción con Equipo y Programa" y presenta un α de 0,71 y un CCI de 0,85. Finalmente, el tercer factor, denominado "Recepción de Información y Motivación para el Tratamiento", con una varianza explicada del 11,2%, presenta un α de 0,56 y un CCI de 0,81.

Asimismo, Jiménez-Lerma et al. (2004), mediante la técnica del análisis factorial confirmatorio, han estudiado la validez de constructo del TPQ probando tanto un modelo de estructura bidimensional (el obtenido por los autores de la escala original en inglés) como otro unidimensional. Ambos modelos presentaron índices de bondad de ajuste satisfactorios aunque el modelo unidimensional ofreció un mayor ajuste.

DESARROLLO Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE VERONA PARA VALORAR LA SATISFACCIÓN CON ELTMM (VSSS-MT)

Ante la inexistencia de un instrumento para valorar de forma específica y multidimensional la satisfacción de los pacientes con los centros de tratamiento con metadona, un grupo de investigadores coordinado por los autores de la presente revisión, decidió

desarrollar un instrumento nuevo. La primera fase de este desarrollo consistió en elegir un instrumento de valoración de la satisfacción de probada utilidad, con unas propiedades psicométricas adecuadas y susceptible de ser adaptado para su aplicación a usuarios de los centros de tratamiento con metadona.

El instrumento elegido fue la Escala de Verona de 32 ítems para valorar la Satisfacción con los Servicios (VSSS-32) (Ruggeri et al., 1996). Los motivos de esta elección fueron varios. En primer lugar, la VSSS-32 es una escala autoadministrada que valora la satisfacción de los pacientes con los servicios prestados por los recursos comunitarios de salud mental. Estos recursos muestran muchas similitudes con los centros de tratamiento con metadona respecto a la composición del equipo terapéutico y el tipo de servicios prestados.

Por otra parte, la VSSS-32 permite valorar la satisfacción aunque sea muy heterogénea la dotación de recursos humanos y materiales de los centros, como es el caso de los centros de tratamiento con metadona españoles (Domingo-Salvany et al., 1999). Otra ventaja de la VSSS-32 es que presenta un equilibrio adecuado entre brevedad y multidimensionalidad.

La multidimensionalidad era una de las cualidades más importantes de la escala que debía ser posteriormente adaptada. Los resultados de los estudios de satisfacción realizados con instrumentos unidimensionales son muy parecidos en cuanto que los pacientes se muestran muy satisfechos con la cobertura de sus necesidades. Sin embargo, los instrumentos multidimensionales tienden a corregir los errores por defecto en la detección de insatisfacción. Además, las escalas multidimensionales permiten conocer las opiniones específicas de los pacientes sobre la variedad de servicios recibidos. Por último, la VSSS-32 también fue escogida porque un grupo de investigación había traducido al español diferentes versiones de la VSSS (Gaité et al., 1998). Entre éstas se encuentra la VSSS-*European Version* (VSSS-EU) (Ruggeri et al., 2000), la VSSS más actualizada.

MÉTODO

Participantes

Se valoraron dos muestras separadas de pacientes dependientes de opioides que seguían tratamiento de mantenimiento con metadona (DSM-IV: 304.02; APA, 1994). Una muestra fue seleccionada en el conjunto del estado español y la otra en la Comunidad de Valencia. Los dos grupos de pacientes fueron evaluados para desarrollar la VSSS-MT y para valorar la satisfacción del paciente en las respectivas demarcaciones, utilizándose en ambos estudios una metodología similar.

Primero, se realizó una estimación del total de pacientes tratados con metadona en el territorio y después se listaron todos los centros dispensadores de metadona, especificando el número de usuarios tratados en cada centro. Los centros de metadona que únicamente prescribían este medicamento no fueron listados porque se planificó proponer y realizar la encuesta cuando los pacientes acabasen de tomar o recoger la metadona. Cuando a un paciente se le prescribía la metadona en un centro y se le dispensaba en otro, las instrucciones de las encuestas le aclaraban que la expresión "centro de tratamiento con metadona" se refería al conjunto del centro dispensador más el centro prescriptor.

Los centros dispensadores de metadona donde se habían de realizar las encuestas se seleccionaron aleatoriamente. A continuación, se fijó el número proporcional de pacientes que correspondía encuestar en cada centro. La participación en la encuesta fue propuesta consecutivamente a los pacientes que habían recibido metadona en ese centro durante los últimos tres meses como mínimo y habían firmado el consentimiento informado. La propuesta de participación no se hizo a las personas que presentaban signos evidentes de intoxicación por sustancias psicoactivas.

Procedimiento y condiciones de la valoración

Cuatro ayudantes de investigación fueron formados durante una semana para introducirles en la metodología de la encuesta. Estos ayudantes fueron tres psicólogas y

un médico que tenían una experiencia de al menos 6 meses en el tratamiento y la evaluación clínica de las adicciones. Los ayudantes de investigación se desplazaron a cada uno de los centros seleccionados aleatoriamente para proponer y supervisar ambas encuestas. Los participantes cumplieron la versión adaptada de la VSSS-32 y tres preguntas sobre la satisfacción global. Los pacientes con bajo nivel cultural contaron con la ayuda de los ayudantes de investigación para leer cualquiera de las instrucciones o ítems de la encuesta. Ésta fue cumplimentada sin la presencia del equipo terapéutico del centro. El anonimato se garantizó también instruyendo a los participantes para que no escribieran su nombre en el cuestionario.

Un subgrupo de pacientes de ambas encuestas participaron en el retest de la versión adaptada de la VSSS-32. Estos pacientes fueron captados consecutivamente en los centros donde fue más fácil de llevar a cabo el procedimiento que se describe a continuación. El día de la encuesta los ayudantes de investigación entregaron a los participantes un sobre conteniendo un nuevo ejemplar de la versión adaptada de la VSSS-32 que debía servir para el retest. Este ejemplar estaba identificado únicamente con el número clave del participante. Los participantes recibieron además las dos instrucciones siguientes: a) por favor, rellene la escala por segunda vez exactamente siete días después de realizar el test; y b) una vez rellena la escala entregue el sobre cerrado en el centro.

Al equipo terapéutico de estos centros se les pidió que enviaran los sobres a la institución que coordinó ambas encuestas (Unitat de Conductes Addictives del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona). En suma, el retest fue realizado por una muestra de conveniencia sin la supervisión de los ayudantes de investigación.

Desarrollo de la versión adaptada de la VSSS-32

Características de la VSSS-32

La VSSS-32 es un instrumento autoaplicado que consta de las siguientes dimensiones o

factores: satisfacción global, comportamiento y habilidades de los profesionales, información, acceso, eficacia y tipos de intervención. Todos los ítems, excepto los incluidos en el apartado de tipos de intervención, tienen una opción de respuesta compuesta por una escala Likert de 5 puntos (1 = malísima, 2 = muy insatisfecho, 3 = ni buena ni mala, 4 = muy satisfecho, 5 = excelente). La direccionalidad de esta gama de respuestas se va alternando sucesivamente en cada ítem (Ruggieri et al., 1996). En los ítems de la subescala tipos de intervención primero se le pregunta al paciente si ha recibido la intervención. Cuando la respuesta es "sí", la satisfacción es puntuada como en los otros ítems de la escala. Si la respuesta es "no" se pregunta a los pacientes si les hubiese gustado recibir esa intervención (6 = no, 7 = no sé, 8 = no aplicable, 9 = sí). De este modo, la VSSS-32 tiene la ventaja de valorar la satisfacción no sólo con los servicios recibidos sino también con la provisión de servicios diseñada por el equipo terapéutico.

Adaptación de la VSSS-32 para los pacientes dependientes de opioides en tratamiento con metadona

El período de valoración de la satisfacción, que en la VSSS-32 es de 1 año, se redujo a 3 meses. Esta reducción se realizó para que pudiesen participar en la encuesta los usuarios que abandonan prematuramente el tratamiento con metadona, tal vez por sentirse insatisfechos con los servicios que reciben. Se consideró que tres meses era un tiempo suficiente para que los pacientes hubiesen adquirido experiencia sobre la capacidad del centro para instaurar y mantener el tratamiento con metadona.

La redacción original de los 32 ítems de la VSSS-32 fue sustituida por la versión de estos mismos ítems que se recoge en la versión española de la VSSS-EU (Ruggieri et al., 2000). Por este motivo, la escala pasó a tener 36 ítems, ya que en la VSSS-EU las preguntas acerca de la satisfacción con la "capacidad para escuchar y comprender" los problemas y con el "trato personal" deben ser respondi-

das específicamente en relación al psiquiatra, al enfermero, al psicólogo y al trabajador social. A todos estos ítems se les añadió además la respuesta "no aplicable" porque bastantes centros españoles de tratamiento con metadona no disponen de alguno de los profesionales mencionados (Domingo-Salvany et al., 1999). Por la misma razón se sustituyó el término "psiquiatras" por "médicos (generales o psiquiatras)". Además, la expresión "servicio de salud mental" fue sustituida por "centro de tratamiento con metadona".

En ocho ítems de la VSSS-32 se realizaron modificaciones específicas para adaptarlas a las peculiaridades del mantenimiento con metadona. En el ítem referente a "coste del servicio para ti" se sustituyó el ejemplo (el ejemplo definitivamente incluido fue el siguiente: "gasto por el transporte hasta el centro de tratamiento con metadona"), debido a que la encuesta se iba a realizar en centros financiados públicamente. En el ítem referente a diagnóstico y pronóstico, el término "enfermedad" se sustituyó por "adicción". Al ítem referente a la "ayuda recibida por los efectos secundarios de las medicaciones", se le añadió "sobre todo de la metadona (ej.: estreñimiento)". La pregunta "¿le ha sido prescrita medicación?" se modificó ampliamente. En primer lugar se redactó del siguiente modo (los puntos suspensivos sustituyen en todos los casos a la expresión "en los últimos 3 meses"): "le prescribieron los médicos otros medicamentos, además de la metadona, ... (ej.: psicofármacos como el Tranxilium® o antivirales como el Retrovir®)". Además, a los participantes se les pidió que escribiesen los nombres comerciales de los medicamentos indicados. La pregunta "¿... ha recibido usted tratamiento obligatorio en un hospital psiquiátrico?" fue modificada del siguiente modo: "¿..., le hicieron cambios en el tratamiento de mantenimiento con metadona, a pesar de que en ese momento usted no estuviese de acuerdo (modificaciones de la dosis, disminución del número de dosis para llevar a casa, etc)?"". El ítem referente a la satisfacción con el domicilio protegido fue cambiado levemente y se le añadió una

aclaración: “¿Vivió usted, ..., en una institución protegida (ej.: un piso terapéutico o una comunidad terapéutica; las cárceles no se consideran instituciones protegidas)?”. La formulación del ítem “¿..., ingresaste voluntariamente en algún hospital psiquiátrico?” se cambió a: “¿Ingresó usted en algún hospital, ..., por problemas de consumo de sustancias (ej.: en una unidad de conductas adictivas para interrumpir el consumo de determinadas sustancias)?”. Por último, los ejemplos presentados en el ítem dedicado a la ayuda en casa (ej.: “compañía, ayuda en casa, etc.”) fueron sustituidos (ej: “visitas del personal de enfermería por encontrarse enfermo, ayudas en el cuidado de los hijos, etc.”).

Preguntas acerca de la satisfacción global

Para valorar la validez concurrente de la versión adaptada de la VSSS-32 se formuló a los pacientes tres preguntas acerca de la satisfacción global que fueron adaptadas del *Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)* (Larsen et al., 1979). La primera pregunta fue: “¿Cuál es su impresión global acerca de la calidad del servicio que usted ha recibido del centro donde realiza el tratamiento con metadona?” Para esta pregunta se utilizó el mismo sistema de puntuación de la escala Likert de 5 puntos de la VSSS-32. Las otras dos preguntas fueron: “¿Recomendaría usted, a un amigo que lo necesitase, el centro donde actualmente realiza el tratamiento de mantenimiento con metadona?” y “Suponga que usted pudiese elegir ahora el centro de tratamiento con metadona, ¿volvería a solicitar este tratamiento en el mismo centro que ahora le atiende?” Las respuestas de estas dos preguntas fueron las siguientes: 1 = no, claramente; 2 = no, aunque con dudas; 3 = me sería indiferente; 4 = sí, aunque con dudas; 5 = sí, claramente.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis factorial exploratorio de la versión adaptada de la VSSS-32 a través de un análisis en componentes principales, para identificar las áreas más relevantes de

la satisfacción del paciente. Para determinar el número de componentes a retener se utilizaron el método del *scree test*, la regla de Kaiser de los valores propios superiores a uno y la interpretabilidad de una estructura simple. Se realizó una rotación *varimax* de la matriz de componentes resultante. Los ítems que presentaron una carga factorial superior a 0,4 en alguno de los componentes fueron seleccionados para la construcción de dichos componentes. La consistencia interna de los componentes resultantes del análisis anterior fue estimada mediante el cálculo del coeficiente α de Cronbach. Aquellos ítems que presentaban un efecto negativo sobre la consistencia interna del componente fueron eliminados. La fiabilidad test-retest de la versión adaptada de la VSSS-32 se calculó mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI). La validez concurrente con las preguntas relativas a la satisfacción global fue evaluada a través del cálculo del coeficiente de correlación de Pearson. Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 7.5.

RESULTADOS

Características de la muestra

De los 783 pacientes que fueron invitados a participar en las dos encuestas (505 en la encuesta de todo el estado español y 278 en la encuesta realizada sólo en la Comunidad Valenciana), 516 (65,9%) aceptaron la propuesta (351 en la encuesta en toda España y 165 en la encuesta en la Comunidad Valenciana). El análisis psicométrico de la versión adaptada de la VSSS-32 fue realizado con los datos aportados por los participantes en ambas encuestas. Las características de estos 516 participantes se describen brevemente a continuación. El 76% fueron varones. La media de edad fue 33,1 (DE = 6,5) años. La mayoría de los participantes se hallaban en TMM en centros convencionales (71,1%), pero otros recibían dicha intervención en autobuses (20,5%) o en cárceles (8,3%).

Análisis factorial de la versión adaptada de la VSSS-32

Tras realizar el análisis factorial exploratorio, los criterios utilizados para determinar el número de componentes a retener mostraron que una estructura de cuatro factores era la solución más adecuada. Esta solución inicial explicó el 49,7% de la varianza total. A continuación, se inició un proceso de depuración sucesivo eliminando los seis ítems que atenuaban la consistencia interna de los respectivos factores.

Los ítems suprimidos se referían a la satisfacción con los siguientes aspectos: a) vivir en instituciones protegidas; b) ayudas para obtener asistencia social o exenciones; c) hospitalización por uso de sustancias psicoactivas; d) cambios en el tratamiento de mantenimiento con metadona; e) costes de los servicios; y f) recetas de medicamentos aparte de la metadona.

Los ítems sobre satisfacción con la ayuda al paciente en sus relaciones fuera de la familia y con la ayuda al paciente para afrontar sus problemas pesaron de forma similar en los factores primero y tercero (Tabla 1). Estos dos ítems complejos no atenuaron la

consistencia interna en el primer factor pero sí en el tercero. Por este motivo, ambos ítems fueron mantenidos en el factor 1 y excluidos del factor 3.

Por otra parte se suprimieron tres ítems cuya retirada no se asoció con una reducción de la consistencia interna. Estos ítems redundantes se referían a la satisfacción con los siguientes aspectos: a) ayuda para encontrar empleo no protegido; b) respuesta de los servicios de urgencias; y c) apariencia y distribución física del centro.

También se hubiera podido eliminar por este mismo procedimiento el ítem relativo al trato del personal de enfermería. Sin embargo, este ítem se retuvo por razones teóricas. Los profesionales de enfermería son los integrantes del equipo terapéutico que se encuentran más a menudo representados en los centros de dispensación de metadona españoles (Domingo-Salvany et al. 1999). Por tal razón, no se consideró teóricamente coherente que la VSSS valorase la satisfacción con el trato recibido por parte de los médicos, los psicólogos y los trabajadores sociales pero no con el trato del personal de enfermería.

Tabla 1

Análisis en componentes principales de la Escala de Verona para valorar la Satisfacción con el Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (VSSS-MT)

Descripción de los ítems de la VSSS-MT ^a	Componentes ^{b,c}			
	1	2	3	4
7. Mejora de la relación entre el usuario y sus familiares	0,753			
9. Conocimiento por parte del personal de enfermería del historial médico del usuario	0,732			
8. Ayuda a los familiares a comprender los problemas del usuario	0,717			
14a. Capacidad del personal de enfermería para escuchar	0,699			
4. Remitir a otros especialistas	0,682			
13. Ayuda a mejorar la capacidad de cuidarse a sí mismo	0,625			
15. Ayuda recibida en el caso de presentar efectos secundarios	0,615			
2a. Capacidad del médico para escuchar	0,613			

Descripción de los ítems de la VSSS-MT ^a	Componentes ^{b,c}			
10. Información sobre la adicción	0,596			
12. Instrucciones entre consulta y consulta	0,573			
6a. Trato del personal de enfermería	0,573			
3a. Trato del médico	0,565			
11. Mejora de la relación entre el usuario y personas ajenas a la familia ^d	0,533		0,469	
1. Ayuda a afrontar los problemas ^d	0,500		0,476	
5. Satisfacción global	0,467			
19. Actividades organizadas por el centro		0,735		
17. Psicoterapia individual		0,728		
22. Ayuda domiciliaria por parte del centro		0,725		
23. Ayuda para tomar parte en actividades recreativas al margen del centro		0,717		
21. Trabajo protegido		0,679		
20. Psicoterapia de grupo		0,636		
16. Rehabilitación individual		0,594		
18. Terapia familiar		0,558		
6b. Trato del trabajador social			0,821	
14b. Capacidad del trabajador social para escuchar			0,796	
3b. Trato del psicólogo				0,832
2b. Capacidad del psicólogo para escuchar				0,802

^a La descripción de los ítems está basada en Ruggeri et al. (2000). Se incluye el número de cada ítem en la versión final de la VSSS-MT.

^b Los nombres de los componentes son 'Intervenciones Básicas' (1), 'Intervenciones Específicas' (2), 'Habilidades de los Trabajadores Sociales' (3), y 'Habilidades de los Psicólogos' (4).

^c Las cargas factoriales inferiores a 0,40 han sido eliminadas para facilitar la inspección visual de la tabla.

^d Los ítems 1 y 11 han sido excluidos del tercer componente porque disminuían la consistencia interna de dicho factor.

Una vez finalizado el proceso de depuración la escala quedó constituida por 27 ítems. Todos los resultados que se exponen a continuación se refieren a los 27 ítems definitivos de la VSSS para el tratamiento con metadona (VSSS-MT).

La VSSS-MT definitiva explicó el 58,8% de la varianza total. Las cargas factoriales de los 27 ítems rotados de la VSSS-MT se presentan en la Tabla 1. El factor 1 explicó el 23,0% de la varianza total y fue denominado "Intervenciones Básicas". Esta subescala contiene ítems relacionados con la ayuda para que el paciente mejore la relación con sus familiares y cuide más adecuadamente de sí mismo. También incluye la satisfacción relacionada con la actividad del personal médico y de enfermería que es, respectivamente, el que prescribe y administra habitualmente la

metadona. El factor 2 explicó el 15,6% de la varianza total y se denominó "Intervenciones Específicas". Estas intervenciones no son esenciales o básicas, pero potencian notoriamente el TMM.

El factor 3 explicó el 11,0% de la varianza total y se denominó "Habilidades de los Trabajadores Sociales" porque incluye ítems relativos al trato personal y la habilidad para escuchar de estos profesionales. El peso de estos ítems fue de magnitud muy superior a los pesos de los ítems que fueron excluidos de este tercer componente por reducir su consistencia interna. El factor 4 se denominó "Habilidades de los Psicólogos" porque también incluía el trato y las habilidades para escuchar de estos profesionales. Este factor explicó el 9,2% de la varianza total.

Consistencia interna de las subescalas de la VSSS-MT

Los cuatro factores de la VSSS-MT presentaron una consistencia interna entre satisfactoria y excelente (Tabla 2).

Fiabilidad test-retest de la VSSS-MT

El retest se propuso a 96 participantes pero sólo 83 cumplieron la escala por

segunda vez. El grupo de participantes con retest ($n = 83$) y el grupo sin retest ($n = 433$) fueron diferentes respecto a su distribución por sexo, años de escolarización y tipo de centro de tratamiento.

El cálculo de coeficientes de correlación intraclase mostró unos niveles de fiabilidad test-retest entre regulares y satisfactorios (Tabla 2).

Tabla 2. Consistencia interna y fiabilidad test-retest de la VSSS-MT

VSSS-TMM	α de Cronbach	CCI (IC 95%)*
Intervenciones Básicas	0,91	0,58 (0,42-0,71)
Intervenciones Específicas	0,85	0,60 (0,44-0,73)
Habilidades de los Trabajadores Sociales	0,87	0,69 (0,51-0,81)
Habilidades de los Psicólogos	0,92	0,55 (0,33-0,72)

CCI, coeficiente de correlación intraclase.

IC, intervalo de confianza.

* $P < 0,0005$ en todos los CCI obtenidos.

Validez concurrente de la VSSS-MT

La Tabla 3 muestra las correlaciones de Pearson entre las preguntas sobre satisfacción global (PSG) y las subescalas o la puntuación global de la VSSS-MT. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas. Con la puntuación global de la VSSS-MT y la subescala Intervenciones Básicas la correlación fue moderada, mientras que las correlaciones restantes fueron de baja intensidad. A continuación se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con las tres PSG más los 27

ítems de la VSSS-MT. Las tres PSG saturaron en la subescala de Intervenciones Básicas. Las cargas factoriales rotadas ortogonalmente de las PSG sobre esta subescala fueron las siguientes: a) volver a solicitar tratamiento en el centro: 0,638; b) impresión general sobre el centro: 0,607; y c) recomendar el centro a un amigo que lo necesite: 0,434.

En las otras tres subescalas de la VSSS-MT, el peso factorial de las PSG fue inferior a 0,40.

Tabla 3. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de la VSSS-MT y de las preguntas sobre satisfacción global (PSG)

VSSS-MT	PSG		
	Impresión global en relación al servicio recibido	Recomendar el centro a un amigo	Solicitar de nuevo tratamiento en el mismo centro
Total	0,47**	0,38**	0,38**
<i>Componentes</i>			
Intervenciones Básicas	0,47**	0,38**	0,39**
Intervenciones Específicas	0,33**	0,24**	0,25*
Habilidades de los Trabajadores Sociales	0,24**	0,18*	0,15*
Habilidades de los Psicólogos	0,23**	0,21**	0,21**

* $P < 0,01$

** $P < 0,001$

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio sugieren que la VSSS-MT puede ser útil para medir de forma multidimensional la satisfacción de los pacientes dependientes de opioides con los centros de tratamiento con metadona. La VSSS-MT es breve, su estructura factorial es fácilmente interpretable y presenta unas propiedades psicométricas adecuadas.

No obstante, son necesarios nuevos estudios que confirmen la robustez de las propiedades psicométricas de la VSSS-MT.

Las subescalas de la VSSS-MT muestran cuatro áreas diferentes de satisfacción de los usuarios que reflejan la composición habitual de los equipos terapéuticos de los centros de tratamiento con metadona y la variedad de servicios que prestan estos recursos.

Interpretamos que la subescala Intervenciones Básicas (Tabla 1) incluye la actividad de los profesionales que son imprescindibles para aplicar los tratamientos con metadona junto con la ayuda en dos áreas especialmente deterioradas en los pacientes con dependencia de heroína: las relaciones interpersonales y el cuidado de sí mismo. Todos los ítems de la subescala Intervenciones Específicas pertenecen al factor conceptual de la VSSS-32 llamado "tipos de intervención". Además, ningún ítem de esta subescala de la VSSS-32 quedó retenido en otra subescala de la VSSS-MT. La valoración por separado de la satisfacción con los diferentes profesionales introducida en la VSSS-EU y adoptada por nosotros, permitió identificar otras dos áreas de satisfacción del paciente. Las subescalas de las Habilidades de los Trabajadores Sociales y la de los Psicólogos explicaron el 11% y el 9% de la varianza total, respectivamente. Ambas subescalas contienen los dos ítems referentes al trato personal y la capacidad para escuchar de estos profesionales. Las intervenciones específicas y las habilidades de los trabajadores sociales o de los psicólogos, no son imprescindibles para la mera administración de la metadona. Sin embargo, el conjunto de estos componentes de la satisfacción del usuario explicó el 36%

de la varianza total mientras que el factor de Intervenciones Básicas explicó únicamente el 23%. Este resultado posee una considerable trascendencia si la satisfacción del usuario se considera un criterio importante para decidir la composición del equipo terapéutico y las actividades a desarrollar por el centro. La estructura factorial de la VSSS-MT sugiere que los centros de tratamiento con metadona deben contar con un equipo multidisciplinar, en el que no falten trabajadores sociales y psicólogos capaces de implementar diferentes tipos de intervenciones específicas.

La VSSS-MT proporciona pues diferentes medidas de la satisfacción del usuario potencialmente útiles para evaluar y planificar las actividades de los TMM.

ENCUESTA EN EL ESTADO ESPAÑOL SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS TMM

La valoración de la satisfacción del usuario que sigue tratamiento por una adicción ha sido especialmente recomendada (WHO, 2000), debido a la valiosa información que proporciona a los clínicos y a los gestores sanitarios. Este hecho es especialmente relevante en el ámbito del tratamiento con metadona porque los usuarios de los centros de TMM son uno de los grupos de usuarios de los centros o dispositivos de abordaje de las drogodependencias que más necesidades tienen y menos servicios reciben (Hser y Evans, 2000; Stein y Friedmann, 2002). Asimismo, se han observado actitudes de ambivalencia mutua entre el equipo terapéutico (Ross y Darke, 1992) y los pacientes dependientes de opioides (Hunt y Rosenbaum, 1998), y también se ha detectado ambivalencia por parte de ambos grupos hacia el TMM (Mavis et al., 1991; Fischer et al., 2002).

En el estado español, el número de personas en TMM se multiplicó espectacularmente durante los 90: 3043 usuarios en 1990 y 72236 en 1999. Tras este fenomenal esfuerzo cuantitativo nos preguntamos por la calidad de los servicios recibidos por los usuarios de

los centros de TMM. Con este fin, se valoró la satisfacción de los usuarios con los centros de TMM que reciben financiación pública en el estado español. En segundo lugar, se exploró si la mencionada satisfacción se asocia con las características del paciente, del TMM o de los centros donde se realizan estos tratamientos.

MÉTODO

Centros donde se realizó la encuesta

La encuesta fue diseñada para entrevistar en cada una de las 19 demarcaciones territoriales (17 comunidades y dos ciudades autónomas) el número de pacientes que fuese proporcional al total nacional. En cada zona de captación se seleccionaron aleatoriamente uno o dos centros dependiendo de si en ese territorio se debían encuestar menos de 75 pacientes o bien 75 o más personas. Los centros elegibles debían llevar 3 o más meses dispensando metadona y tenían que atender al menos al triple de pacientes que correspondiese encuestar en el centro.

Participantes y procedimiento de la encuesta

El tamaño de la muestra proyectado a priori era de 680 pacientes dependientes de heroína tratados con metadona (DSM-IV: 304,02; APA, 1994) que hubieran recibido este tratamiento en el mismo centro durante los últimos tres meses. Todos los participantes firmaron el correspondiente consentimiento informado. Los pacientes que presentaron signos claros de intoxicación por sustancias psicoactivas no fueron invitados a participar. Las encuestas se realizaron entre los meses de junio y julio del 2000.

Valoración de la satisfacción

Los participantes completaron la Escala de Verona para valorar la Satisfacción con el Tratamiento con Metadona (VSSS-MT). Tal como se ha presentado con anterioridad, la VSSS-MT es una escala autoadministrada de 27 ítems que se compone de

los cuatro factores o subescalas siguientes: Intervenciones Básicas, Intervenciones Específicas, Habilidades de los Trabajadores Sociales y Habilidades de los Psicólogos. Todos los ítems tienen como opción de respuesta una escala de 5 puntos (1 = malísima, 2 = muy insatisfactoria, 3 = ni buena ni mala, 4 = muy satisfactoria, 5 = excelente).

Análisis de datos

Para comprobar si existían diferencias entre grupos de participantes, se realizaron una serie de pruebas t para las variables continuas y de χ^2 para las variables categóricas. Con el fin de predecir la falta de participación en la encuesta, se realizó un análisis de regresión logística paso a paso. Las correlaciones de Pearson fueron utilizadas para expresar las relaciones entre las puntuaciones de la VSSS-MT y el resto de variables cuantitativas. Se llevó a cabo un ANOVA intrasujetos para valorar las diferencias entre las puntuaciones de las subescalas de la VSSS-MT. Las diferencias en las puntuaciones de la VSSS-MT según las características de los centros y el tratamiento con metadona fueron analizadas mediante ANOVAs utilizando comparaciones corregidas post hoc de acuerdo con el procedimiento de Bonferroni. Finalmente, se realizó un análisis de regresión multivariante paso a paso para determinar cuál de las variables estudiadas explicaba la mayor proporción de la varianza de la satisfacción global con el tratamiento con metadona. Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 11.0.

RESULTADOS

Aceptación de la encuesta

De las 680 encuestas proyectadas, 175 no pudieron ser propuestas porque las autoridades de una de las zonas de captación rechazaron que el estudio se realizase en su territorio. De los 505 usuarios que fueron invitados a participar en el estudio, 370 (73,3%) aceptaron.

Razones para el análisis separado de los datos de los pacientes tratados en prisiones

La frecuencia del rechazo a participar en el estudio fue significativamente más alta en las prisiones (50,5%) que en los centros convencionales (22,8%) o los autobuses (15,3%) ($\chi^2(2) = 35,74; P = 0,0005$). Asimismo, en el análisis de regresión logística el tipo de centro fue el único predictor de rechazo. El intervalo de confianza de la *odds ratio* muestra que la proporción de rechazos a responder el cuestionario fue al menos dos veces más alta en las prisiones que en los centros convencionales (OR = 3,5; IC 95% de 2,5-5,6) o en los autobuses (OR = 5,7; IC 95% de 2,8-11,6). Además, los participantes refirieron que los trabajadores sociales y los psicólogos estuvieron disponibles para el 84,1% de los pacientes tratados en autobuses y para el 72,1% de los atendidos en centros convencionales, pero únicamente para el 27,9% en el ámbito de las prisiones ($\chi^2(2) = 42,35; P = 0,0005$).

Finalmente, el tipo de centro se relacionó con las puntuaciones totales de la VSSS-MT ($F(2,351) = 20,38; P = 0,0005$) y con la satisfacción con Intervenciones Básicas ($F(2,349) = 16,02; P = 0,0005$), Intervenciones Específicas ($F(2,336) = 18,65; P = 0,0005$) y Habilidades de los Trabajadores Sociales ($F(2,290) = 7,36; P = 0,001$). El análisis *post hoc* aplicando el procedimiento de corrección de Bonferroni mostró que en cada caso estas diferencias fueron debidas a la baja satisfacción de los pacientes tratados en prisiones, aunque no se detectaron diferencias entre los grupos tratados en centros convencionales o en autobuses.

Dado que la aceptación de la encuesta, la disponibilidad de servicios y la satisfacción fueron muy diferentes en las prisiones en comparación con el resto de centros, la satisfacción del paciente con los centros convencionales y las unidades móviles (autobuses) se expone como el resultado nuclear de la encuesta. Los niveles de satisfacción observados en las prisiones no se presentan porque la elevada tasa de rechazos a completar la encuesta en dicho tipo de centro

aconseja dudar de la representatividad de esta submuestra.

Variables asociadas con el rechazo a participar

En los centros convencionales y los autobuses 410 pacientes fueron invitados a participar en la encuesta y 323 aceptaron (78,8%). Los usuarios que rechazaron participar, en comparación con los que aceptaron, tomaban dosis más bajas (mg/día) de metadona ($70,9 \pm 32,2$ vs. $84,0 \pm 54,0$; $t(73,12) = 2,23; P = 0,029$) y realizaban con más frecuencia al menos un análisis de orina de drogas de abuso semanal (75,6% vs. 45,4%; $\chi^2(3) = 13,36; P = 0,004$).

Características de los participantes, el tratamiento con metadona y los centros

De las 323 encuestas realizadas se descartaron 15 porque 5 o más ítems de la VSSS-MT, el valor más próximo al 20% de los ítems de la escala, no habían sido contestados. Los 308 pacientes que completaron la encuesta tuvieron edades comprendidas entre los 19 y los 54 años, con una edad media de 33,4 (DE = 6,4). Los varones formaban el 75,5% de la muestra. Los participantes eran con mayor frecuencia solteros (53,4%) que casados (26,3%), separados/divorciados (18,7%) o viudos (1,7%).

La Tabla 4 muestra las características de los centros (14 convencionales, 2 autobuses) seleccionados aleatoriamente, donde se realizaron las encuestas. El 69,2% de los pacientes se encontraba en el primer episodio de TMM, el 24,5% en el segundo, el 5,0% en el tercero, el 1,0% en el cuarto, y el 0,3% en el sexto.

Tabla 4**Características del TMM y de los centros de dispensación para los participantes (n = 308) de los centros convencionales y de las unidades móviles**

Tratamiento con metadona	
Dosis (mg/d)	85,3 ± 54,5
Días en esta dosis	140,6 ± 235,0
Retención (meses)	38,3 ± 35,5
Visitas al centro/mes	13,2 ± 8,3
Clientes con dosis para llevar (%)	54,2
Frecuencia de urinoanálisis (%)	
Semanal o más frecuente	45,4
Mensual pero no semanal	35,4
Anual pero no mensual	11,4
Sin urinoanálisis	7,8
Metas del equipo (%)	
Abstinencia de opioides	24,3
Rehabilitación	36,0
Reducción del daño	39,7
Centros de tratamiento (n)	16
Distribución de los pacientes (%)	
Convencionales	77,6
Autobuses	22,4
Número de pacientes/centro	305,7 ± 247,0
Horas de dispensación/semana	34,2 ± 22,1
Meses de actividad	86,0 ± 74,0

Datos expresados en medias y desviaciones estándar si no se especifica lo contrario.

La satisfacción con el tratamiento con metadona

La puntuación media de la satisfacción global (media ± DE) fue 3,5 ± 0,6. Esta puntuación fue interpretada como satisfacción ligera de acuerdo con los siguientes rangos de significación clínica de la VSSS-MT: 1-2 muy insatisfecho; >2-3 ligeramente insatisfecho; >3-4 ligeramente satisfecho; >4-5 muy satisfecho.

Con respecto a las diferentes subescalas de la VSSS-MT, los participantes puntuaron 3,6 ± 0,7 en Intervenciones Básicas (n = 307), 3,2 ± 0,7 en Intervenciones Específicas (n = 296), 3,6 ± 1,1 en Habilidades de los Trabajadores Sociales (n = 270) y 3,6 ± 1,0 en Habilidades de los Psicólogos (n = 248). Un ANOVA intrasujetos reveló diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las subescalas de la VSSS-MT (F(3,654) = 16,75; P = 0,0005). Los análisis

post hoc mostraron que sólo las puntuaciones de las Intervenciones Específicas eran estadísticamente diferentes de las puntuaciones de las Intervenciones Básicas (F(1,218) = 88,43, P = 0,0005).

La Tabla 5 muestra el análisis categórico de las puntuaciones de la VSSS-MT. Este análisis se realizó distribuyendo las medias de la satisfacción global y las cuatro subescalas de la VSSS-MT en los rangos de significación clínica antes referidos. El porcentaje de pacientes que se sintieron insatisfechos (VSSS-MT ≤ 3) y satisfechos (VSSS-MT > 3) fue por categorías el siguiente: satisfacción global: 15,9% insatisfechos y 84,1% satisfechos; Intervenciones Básicas: 16,0% insatisfechos y 84,0% satisfechos; Intervenciones Específicas: 45,4% insatisfechos y 54,6% satisfechos; Habilidades de los Trabajadores Sociales: 33,8% insatisfechos y 66,2% satisfechos; Habilidades de los Psicólogos: 38,5% insatisfechos y 61,5%

satisfechos. Por lo tanto, más del 60% de los participantes se sintieron satisfechos globalmente y con las diferentes áreas de la satisfacción del usuario con la única excepción de las Intervenciones Específicas.

En la Tabla 6 se presentan los resultados de la VSSS-MT sobre satisfacción con la falta de provisión de las Intervenciones Específicas.

La mayoría de usuarios que no recibieron psicoterapia de grupo o de familia tampoco deseaban recibir estos tratamientos. Por el contrario, la falta de los demás servicios fue considerada insatisfactoria, aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas sólo en el caso del trabajo protegido y la ayuda para tomar parte en actividades fuera del centro.

Tabla 5
Porcentaje de participantes satisfechos e insatisfechos en función del análisis categórico de las puntuaciones de la VSSS-MT

	Insatisfacción		Satisfacción	
	Elevada %	Leve %	Leve %	Elevada %
VSSS-MT, global (n = 308)	2,6	13,3	65,6	18,5
Intervenciones básicas (n = 307)	3,9	12,1	56,3	27,7
Intervenciones específicas (n = 296)	5,3	40,1	46,7	7,9
Habilidades de los Trabajadores sociales (n = 270)	13,7	20,1	39,2	27,0
Habilidades de los psicólogos (n = 248)	9,4	29,1	35,0	26,5

Tabla 6
Satisfacción con la no provisión de los servicios incluidos en el factor de Intervenciones Específicas de la VSSS-MT

Servicios no ofertados	'Hubiera deseado recibir este servicio?'		Comparación
	Sí (%)	No (%)	
Rehabilitación individual	34,4	33,3	$\chi^2(1) = 0,03$ NS
Psicoterapia individual	41,7	32,1	$\chi^2(1) = 1,96$ NS
Psicoterapia de grupo	26,7	48,5	$\chi^2(1) = 16,49$ P = 0,0005
Psicoterapia familiar	25,0	48,6	$\chi^2(1) = 16,36$ P = 0,0005
Trabajo protegido	46,8	31,2	$\chi^2(1) = 8,20$ P = 0,004
Actividades recreativas en el centro	40,5	38,1	$\chi^2(1) = 0,18$ NS
Ayuda para disfrutar de actividades recreativas fuera del centro	47,3	31,2	$\chi^2(1) = 8,64$ P = 0,003
Ayuda en casa	42,9	35,7	$\chi^2(1) = 1,82$ NS

* Las respuestas "no sé" y "no aplicable" no se presentan. Por este motivo, la suma de porcentajes es diferente del 100%.
NS: no significativo.

Relación entre la satisfacción y las características del usuario, del tratamiento con metadona y del centro

Apenas se detectaron asociaciones bivariantes estadísticamente significativas entre la satisfacción y el resto de variables evaluadas. En primer lugar, las asociaciones esperadas entre la satisfacción y la dosis de metadona o la duración del tratamiento con metadona no fueron encontradas. Sin embargo, como se había previsto, los pacientes que se encontraban en el primer episodio de tratamiento con metadona mostraron una satisfacción global más elevada que el resto de los participantes ($3,6 \pm 0,6$ vs. $3,4 \pm 0,6$; $t(295) = 3,51$; $P = 0,001$). Segundo, las relaciones detectadas fueron en su mayoría poco consistentes, porque se basaron en correlaciones muy débiles (r de Pearson menor de 0,19).

Se realizó un análisis multivariante para determinar qué variables explicaban la proporción más grande de la varianza de la satisfacción global con el tratamiento con metadona. De acuerdo con este análisis el número de horas a la semana dedicado por el centro a dispensar metadona ($b = 0,004$) fue la única variable asociada con la satisfacción. Este modelo de regresión explicó únicamente el 2,5% de la varianza de las puntuaciones globales de la VSSS-MT ($F(6,143) = 6,14$; $P = 0,014$).

DISCUSIÓN

De acuerdo con la literatura conocida por los autores, este es el primer estudio que utiliza una escala específicamente desarrollada para valorar la satisfacción del usuario con los centros de tratamiento con metadona, la VSSS-MT. También es la primera encuesta que se realiza en el conjunto de un país con este objetivo. Los resultados de la encuesta muestran que los usuarios españoles están ligeramente satisfechos con los centros convencionales y las unidades móviles y ligeramente insatisfechos con los servicios recibidos en las prisiones.

Desgraciadamente, el estudio no proporcionó sugerencias sobre las medidas que pueden mejorar los servicios ya que las características de los pacientes, del tratamiento con metadona y de los centros asistenciales sólo explicaron un porcentaje muy escaso de la varianza de la satisfacción.

Los resultados obtenidos no son generalizables a todas las personas dependientes de opioides mantenidas con metadona que son tratadas en los centros públicos del estado español. Existen varias razones para esta constatación. Primero, no fueron entrevistados los usuarios que abandonaron el tratamiento con metadona o que tenían menos de tres meses de experiencia con los servicios proporcionados por los centros. Además, no pudieron ser entrevistados los usuarios de una de las áreas de captación. Asimismo, el reclutamiento consecutivo de participantes no asegura una muestra representativa de usuarios y por último hubo un considerable rechazo a participar en la encuesta. A pesar de este rechazo, la precisión proporcionada por el tamaño de la muestra que se pretendía valorar (4%) y la proporcionada por la muestra realmente valorada (4,9%) fue similar.

Aunque la tasa de rechazos fue, como se ha descrito antes, bastante alta (27%), resultó más baja de lo esperado cuando se planificó el estudio. Entonces se asumió que sería superior al 30% debido principalmente a la falta de tiempo o a desconfianza. Esta preocupación nos llevó a buscar el mejor equilibrio posible entre la aceptación de la encuesta y la validez de la evaluación. Para minimizar el rechazo, diseñamos una encuesta breve, varios encuestadores independientes garantizaron el anonimato e hicimos coincidir la propuesta de participación en la encuesta con la dispensación de metadona. El anonimato también contribuyó a la validez de la valoración de la satisfacción junto con el uso de una escala multidimensional, la VSSS-MT.

Los usuarios españoles tratados en centros convencionales y autobuses se mostraron ligeramente satisfechos con los servicios recibidos. Las puntuaciones medias de la VSSS-MT se situaron en el rango de satis-

facción ligera. Además, el análisis categórico mostró claramente que en la satisfacción global y con Intervenciones Básicas, muchos más usuarios se sintieron satisfechos que insatisfechos.

Las diferencias de porcentajes entre usuarios satisfechos e insatisfechos fueron más bajas en el caso de las Intervenciones Específicas y las Habilidades de los Trabajadores Sociales y los Psicólogos. Estos resultados sugieren que los servicios específicos y las intervenciones de los psicólogos y los trabajadores sociales suscitan opiniones más divergentes entre los usuarios que las intervenciones básicas.

Aunque la comparación es difícil por las diferencias en la metodología utilizada, los niveles de insatisfacción detectados en nuestro estudio fueron más elevados que los detectados en otras encuestas realizadas previamente (Joe y Friend, 1989; Etheridge et al., 1995; Ward, 2000). Esta diferencia estuvo seguramente influenciada por la multidimensionalidad de la VSSS-MT y más específicamente por los contenidos y la estrategia de entrevista de la subescala Intervenciones Específicas, la subescala asociada con la satisfacción del usuario más baja.

Al contestar la subescala de Intervenciones Específicas, los participantes comprobaron si ellos recibían una variada gama de servicios que podían no estar siendo prestados por sus centros, ya que no son básicos para aplicar el TMM. Sin embargo, como la idoneidad de estos servicios específicos quedaba avalada por los propios contenidos de la encuesta, el participante dispuso de un marco de referencia para identificar necesidades no cubiertas. Las repercusiones negativas de la falta de cobertura de necesidades sobre la satisfacción de los usuarios tratados con metadona se ha descrito previamente (Hser y Evans, 2000). Notablemente, la no provisión de psicoterapia familiar o de grupo no produjo insatisfacción, ya que los usuarios no consideraron probablemente estos tratamientos como una necesidad. En concordancia con este hallazgo, la psicoterapia de grupo y de familia son consideradas por los usuarios como uno de los servicios adicionales menos

deseados en un programa de metadona ideal (Jones et al., 1994).

Las respuestas de los usuarios tratados en prisiones se analizaron separadamente porque estas personas rechazaron participar en la encuesta más a menudo y se sintieron más insatisfechos que el resto de participantes. La conjunción de ambos resultados sugiere que la insatisfacción pudo ser la causa de su rechazo a participar. Las dosis bajas de metadona también se asociaron con el rechazo a participar, pero luego no mostraron relación con las respuestas del VSSS-MT. Obviamente, no podemos descartar que se detecte una relación entre insatisfacción y dosis bajas de metadona, por ejemplo, en una encuesta en la que se consiga un mayor índice de participación.

Finalmente, tampoco podemos descartar que la retención en el TMM se asocie con una mayor satisfacción, pero que esta relación no fuese detectada por la exclusión en nuestro estudio de los abandonos tempranos del TMM. Sin embargo, ésta podría no ser la causa del resultado obtenido ya que en una muestra de usuarios prácticamente exenta de abandonos tempranos del TMM, se observó una relación positiva entre retención en el programa y satisfacción (Joe et al., 1991).

El número de horas por semana que los centros dedicaban a la dispensación de metadona fue la única variable predictora de satisfacción en el análisis multivariante, aunque sólo explicó el 2,5% de la varianza de las puntuaciones totales de la VSSS-MT. Una encuesta previa ha mostrado que el número de horas que los centros dedican a la dispensación de metadona es, con mucha diferencia, el aspecto de la actividad de los centros que a los usuarios les gustaría más cambiar (Ward, 2000).

CONCLUSIONES

La escasa proporción de la varianza de la satisfacción explicada por las variables valoradas en el estudio a nivel del estado

español que acabamos de presentar, parece indicar que dicho estudio apenas ha servido para identificar intervenciones potencialmente capaces de optimizar los niveles de satisfacción detectados. Este resultado puede explicarse en parte por los límites de la selección de las variables relacionadas con los niveles de satisfacción. Así, por ejemplo, Aceña et al. (2003), utilizando la propia VSSS-MT, han hallado que los usuarios con patología dual, en comparación con los usuarios sin dicho doble diagnóstico, presentan una menor satisfacción global con el TMM y en el factor de Intervenciones Básicas. Otra posible explicación, compatible con la anterior, radicaría en el hecho de que la escala utilizada, al igual que la práctica totalidad del escaso número de autoinformes existentes en la actualidad para la evaluación de la satisfacción con el TMM, probablemente no pueda medir satisfactoriamente dicho constructo debido al proceso de desarrollo de dicho autoinforme (modelo estandarizado de satisfacción con el tratamiento cuyos ámbitos de evaluación –accesibilidad, habilidades y competencia del personal, etc.– han sido preseleccionados por los propios profesionales). Es posible que este autoinforme, a pesar de su multidimensionalidad, tienda a focalizar la atención en las agendas de los gestores y clínicos en lugar de los temas relevantes para los propios usuarios.

Probablemente, la complejidad y diversidad de las expectativas y experiencias de los usuarios de los centros de TMM –como los de cualquier otro centro o dispositivo asistencial– puedan aprehenderse de forma más satisfactoria mediante la utilización de preguntas abiertas de tipo genérico –formuladas en relación a la experiencia (y no la satisfacción) con el centro– u otras técnicas cualitativas de recogida/generación de datos como los grupos focales o las entrevistas en profundidad (Conners y Franklin, 2000; Fischer et al., 2002; Friedman y Alicea, 2001; Hunt y Rosenbaum, 1998; Koester et al., 1999).

No obstante, el empleo de estas técnicas cualitativas de recogida/generación de datos no ha de ponerse únicamente al servicio del

desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación de la satisfacción con el TMM, realmente ‘centrados’ en el punto de vista del usuario. Dichas técnicas deben jugar un papel primordial a la hora de intentar conocer realmente la perspectiva de los usuarios sobre los TMM. El conocimiento en profundidad de dicha perspectiva es imprescindible para intentar optimizar los TMM con el objetivo de que respondan a las necesidades de sus usuarios. La perspectiva de los usuarios de los TMM no puede –ni debería– reducirse a su satisfacción o no con el TMM –ni su participación en la mejora de dichos recursos limitarse a contestar una escala–.

Finalmente, remarcar que sin una voluntad real por parte de los políticos, planificadores, gestores y trabajadores de los TMM, de conocer dicha perspectiva –y actuar en consecuencia a partir de los resultados obtenidos–, cabe preguntarse hasta qué punto este tipo de evaluaciones y estudios y, más concretamente, los referidos a la satisfacción de los usuarios de los TMM, son realmente un eslabón de un proceso emergente de toma de decisiones compartidas cuyo objetivo es la reorganización real de la práctica asistencial o, por el contrario, son una mera cuestión estética o, incluso, una moda pasajera, de la que apenas se derivan cambios en la práctica asistencial (Trujols et al., 2004).

AGRADECIMIENTOS

Tanto el proyecto de desarrollo de la VSSS-MT como la encuesta sobre la satisfacción de los pacientes dependientes de opioides con los centros de tratamiento con metadona del estado español, se realizaron parcialmente con el apoyo económico del Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio del Interior) y la Dirección General de Drogodependencias (Conselleria de Benestar Social de la Generalitat de Valencia). Asimismo, la realización de ambos estudios no hubiera sido posible sin el concurso de las siguientes personas

(sus afiliaciones respectivas corresponden al período en que contribuyeron a la realización de los estudios): Isabel Blásquiz (Unitat de Conductes Addictives del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona), Gemma Escuder (Unitat de Conductes Addictives del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona), Guila Fidel (Unitat de Conductes Addictives del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona), Luis Gaité (Unidad de Investigación de Psiquiatría Social de la Universidad de Cantabria), Vanessa García (Unitat de Conductes Addictives del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona), Ignasi Gich (Departament d'Epidemiologia Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona), Gonzalo Haro (Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Valencia), Teresa Puig (Departament d'Epidemiologia Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona), Nuria Sánchez (Oficina Regional Valenciana de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción), Juan Carlos Valderrama (Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero de la Universidad de Valencia) y Sergi Valero (Unitat de Conductes Addictives del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona).

NOTA

Tanto el desarrollo de la VSSS-MT y el estudio de sus propiedades psicométricas como el procedimiento y resultados de la encuesta sobre la satisfacción de los pacientes dependientes de opioides con los centros de tratamiento con metadona del estado español, han sido publicados previamente *in extenso* por los propios autores de la presente revisión, entre otros coautores, en la revista anglosajona *Drug and Alcohol Dependence* los años 2002 (68, 209-214) y 2004 (73, 307-313), respectivamente. Las personas interesadas en obtener la VSSS-MT pueden solicitarla por correo electrónico a sus autores: Dr José Pérez de los Cobos (iblasquiz@santpau.es) o Joan Trujols (jtrujols@santpau.es).

REFERENCIAS

- Aceña, R., Fonseca, F., Díez, G., Donaire, S., Lorés, H., Tort, L. y Torrens, M. (2003). Estudio del grado de satisfacción en pacientes incluidos en un programa de mantenimiento con metadona: Resultados preliminares [resumen]. *Trastornos Adictivos*, 5, 158.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Arnáez, C., Marina, P.A., Secades, R. y Fernández, J.R. (2004). Calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en tratamiento por drogodependencias en Asturias. *Adicciones*, 16, 81-90.
- Ball, J.C., Graff, H. y Sheehan, J.J. (1974). The heroin addicts' view of methadone maintenance. *British Journal of Addiction*, 69, 89-95.
- Belding, M.A., McLellan, A.T., Zanis, D.A. y Incmikoski, R. (1998). Characterizing "nonresponsive" methadone patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 485-492.
- Bell, J. (2000). Quality improvement for methadone maintenance treatment. *Substance Use & Misuse*, 35, 1735-1756.
- Blankertz, L. y Hazem, D. (2002). Assessing consumer program needs: Advantages of a brief unstructured format. *Community Mental Health Journal*, 38, 277-286.
- CARF (2001). *Opioid treatment program accreditation standards manual*. Tucson, AZ: The Rehabilitation Accreditation Commission.
- Casas, M., Callao, R., Cañellas, J., Cunillera, C., Gabriel, M., García, M., Martí, V., Martínez, C., Pujol, R., Solé, J.M. y Vallribera, P. (2001). *Indicadors de qualitat per a l'avaluació externa de centres d'atenció i seguiment en drogodependències*. Barcelona: Direcció General de Drogodependències i Sida del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.
- Connors, N.A. y Franklin, K.K. (2000). Using focus groups to evaluate client satisfaction in an alcohol and drug treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 313-320.
- CSAT (2001). Guidelines for the accreditation of opioid treatment programs. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
- Czechowicz, D., Hubbard, R.L., Phillips, C.D., Fountain, D.L., Cooper, J.R., Molinari, S.P.,

- Luckey, J.W. y Graham, L.A. (1997). Methadone Treatment Quality Assurance System (MTQAS): A federal effort to assess the feasibility of using outcome indicators for methadone treatment. *Journal of Maintenance in the Addictions*, 1(1), 11-24.
- Deren, S., Goldstein, M.F., Des Jarlais D.C., Richman, B.L., Kang, S.Y. y Flom, P.L. (2001). Drug use, HIV-related risk behaviors and dropout status of new admissions and re-admissions to methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 185-189.
- Domingo-Salvany, A., Pérez, K., Torrens, M., Bravo, M.J., Antó, J.M. y Alonso, J. (1999). Methadone treatment in Spain, 1994. *Drug and Alcohol Dependence*, 56, 61-66.
- Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. y Alcabes, P. (1998). Measuring harm reduction: The effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV. *AIDS*, 12(Suppl A), 217-230.
- Ducharme, L.J. y Luckey, J.W. (2000). Implementation of the Methadone Treatment Quality Assurance System. *Evaluation & the Health Professions*, 23, 72-90.
- Etheridge, R.M., Craddock, S.G., Dunteman, G.H. y Hubbard, R.L. (1995). Treatment services in two national studies of community-based drug abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse*, 7, 9-26.
- Farré, M., Mas, A., Torrens, M., Moreno, V. y Camí, J. (2002). Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 283-290.
- Fiellin, D.A., O'Connor, P.G., Chawarski, M., Pakes, J.P., Pantalon, M.V. y Schottenfeld, R.S. (2001). Methadone maintenance in primary care: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1724-1731.
- Fischer, B., Chin, A.T., Kuo, I., Kirst, M. y Vlahov, D. (2002). Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: An exploratory qualitative study. *Substance Use & Misuse*, 37, 495-522.
- Fischer, B., Medved, W., Gliksman, L. y Rehm, J. (1999). Illicit opiates in Toronto: A profile of current users. *Addiction Research*, 7, 377-415.
- Forcada, F., Santos, P., Zamorano, M.C., Pina, Y. y Cerdá, N. (2001). Evaluación de la satisfacción en un programa de tratamiento con metadona [resumen]. *Trastornos Adictivos*, 3, 295-296.
- Friedman, J. y Alicea, M. (2001). *Surviving heroin: Interviews with women in methadone clinics*. Gainesville, FL: University Press of Florida.
- Gabbay, M.B., Clarke, S., Willert, E. y Esmail, A. (1999). Shared care methadone clinics: A survey of patients satisfaction behaviour change and staff views. *Addiction Research*, 7, 129-147.
- Gaite, L., Ramírez, N., Artal, J., Rodríguez Pulido, F., Arriaga, A. y Vázquez-Barquero, J.L. (1998). Estudio de la satisfacción con los servicios de salud mental en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Archivos de Neurobiología*, 61, 153-168.
- Gibson, D.R., Flynn, N.M. y McCarthy, J.J. (1999). Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*, 13, 1807-1818.
- Goldstein, M.F., Deren, S., Beardsley, M. y Richman, B.L. (2001). An alternative program for methadone maintenance dropouts: Description and preliminary data. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 68, 33-40.
- Goldstein, M.F., Deren, S., Kang, S.Y., Des Jarlais, D.C. y Magura, S. (2002). Evaluation of an alternative program for MMTP drop-outs: Impact on treatment re-entry. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 181-187.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Rolfe, A. (2000). Patterns of improvement after methadone treatment: 1 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 275-286.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. y Ali, R. (2004). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004145.
- Hser, Y.I. y Evans, E. (2000, junio). Patients' needs, services, and treatment satisfaction. Póster presentado al 62nd Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence, San Juan, Puerto Rico.
- Hunt, G. y Barker, J.C. (1999). Drug treatment in contemporary anthropology and sociology. *European Addiction Research*, 5, 126-132.
- Hunt, G. y Rosenbaum M. (1998). "Hustling" within the clinic: Consumer perspectives on

- methadone maintenance treatment. En: J.A. Inciardi y L.D. Harrison (Eds.), *Heroin in the age of crack-cocaine* (pp. 188-214). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Iraurgi, I. (2000). Calidad de vida en programas de metadona. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida*, 11, 237-239.
- Iraurgi, I., Rodríguez, M., Carreras, I., Landabaso, M., Larrazabal, A., Muñoz, J., Estébanez, M. y Jiménez-Lerma, J.M. (2004). Análisis de la fiabilidad y estructura factorial de la versión española del TPQ – Cuestionario de Percepción del Tratamiento en Drogodependencias. *Adicciones*, 16, 31-36.
- JCAHO (2000). *Opioid treatment program accreditation standards*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Jiménez-Lerma, J.M., Iraurgi, I., Rodríguez, M., Landabaso, M. y Gutiérrez, M. (2004). Valoración de la satisfacción con el tratamiento en adicciones: Adaptación y validación del TPQ mediante análisis estructurales de covarianza [resumen]. *Psiquiatría Biológica*, 11(Supl. 1), 127-128.
- Joe, G.W. y Friend, H.J. (1989). Treatment process factors and satisfaction with drug abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3, 53-64.
- Joe, G.W., Simpson, D.D., Dansereau, D.F. y Rowan-Szal, G.A. (2001). Relationships between counseling rapport and drug abuse treatment outcomes. *Psychiatric Services*, 52, 1223-1229.
- Joe, G.W., Simpson, D.D. y Hubbard, R. L. (1991). Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse*, 3, 73-84.
- Jones, S.S., Power, R. y Dale, A. (1994). The patients' charter: drug users' views on the 'ideal' methadone programme. *Addiction Research*, 4, 323-334.
- King, V.L., Stoller, K.B., Hayes, M., Umbricht, A., Currens, M., Kidorf, M.S., Carter, J.A., Schwartz, R. y Brooner, R.K. (2002). A multicenter randomized evaluation of methadone medical maintenance. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 137-148.
- Koester, S., Anderson, K. y Hoffer, L. (1999). Active heroin injectors' perceptions and use of methadone maintenance treatment: Cynical performance or self-prescribed risk reduction? *Substance Use & Misuse*, 34, 2135-2153.
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A. y Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Markez, I., Iraurgi, I. y Póo, M. (2002). Programas de mantenimiento con metadona en el País Vasco: Dispositivos específicos y oficinas de farmacia. *Trastornos Adictivos*, 4, 171-180.
- Marsch, L.A. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: A meta-analysis. *Addiction*, 93, 515-532.
- Marsden, J., Stewart, D., Gossop, M., Rolfe, A., Bacchus, L., Griffiths, P., Clarke, K. y Strang, J. (2000). Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems and the development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). *Addiction Research*, 8, 455-470.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. y Davoli, M. (2003). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD002209.
- Mavis, B.E., DeVoss, G.H. y Stöffelmayr, B.E. (1991). The perceptions of program directors and clients regarding the efficacy of methadone treatment. *International Journal of the Addictions*, 26, 769-776.
- Morral, A.R., Belding, M.A. y Iguchi, M.Y. (1999). Identifying methadone maintenance clients at risk for poor treatment response: Pretreatment and early progress indicators. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 25-33.
- Neale, J (1998). Drug users' views of prescribed methadone. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 5, 33-45.
- Nunes, E.V., Coyne, T.H., Young, S., Hoffman, M., Woytek, R., Bertino, L., Koger, J. y Amann K. (1997). Group psychotherapy for treatment refractory methadone maintenance patients: A clinical experience. *Journal of Maintenance in the Addictions*, 1(1), 103-113.
- Pascual-Fernández, C. (1999). Calidad asistencial en drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 1, 48-63.
- Pérez, K., Rodés, A., Meroño, M. y Casabona, J. (2001). Comportamientos de riesgo en usuarios

- de drogas por vía parenteral en tratamiento con metadona. *Medicina Clínica*, 116, 315-316.
- Rodríguez, M., Jiménez-Lerma, J.M., Iraurgi, I., Murua, F., Bacigalupe, L., Chavarri, M.R. y Balsategi, B. (2002). Evaluación de la satisfacción con el tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias a través del "Treatment Perception Questionnaire" (TPQ). *Adicciones*, 14(4), 1-8.
- Ross, M. W. y Darke, S. (1992). Mad, bad and dangerous to know: dimensions and measurement of attitudes toward injecting drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 30, 71-74.
- Ruggeri, M. (1996). Satisfaction with psychiatric services. En: G. Thornicroft y M. Tansella (Eds.), *Mental health outcome measures* (pp. 27-51). Berlin: Springer.
- Ruggeri, M., Dall'Agnola, R., Agostini, C., y Bisoffi, G. (1994). Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 265-276.
- Ruggeri, M., Dall'Agnola, R. y Bisoffi, G. (1996). Factor analysis of the Verona Service Satisfaction Scale-82 and development of reduced versions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6, 23-38.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Dall'Agnola, R., Van Wijngaarden, B., Knudsen, H.C., Leese, M., Gaité, L., Tansella, M. y the Epsilon Study Group (2000). Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale - European Version. *British Journal of Psychiatry*, 177(Suppl. 39), s41-s48.
- Sanders, L.M., Trinh, C., Sherman, B.R. y Banks, S.M. (1998). Assessment of client satisfaction in a peer counseling substance abuse treatment program for pregnant and postpartum women. *Evaluation and Program Planning*, 21, 287-296.
- Schütz, C.G., Rapiti, E., Vlahov, D. y Anthony, J.C. (1994). Suspected determinants of enrollment into detoxification and methadone maintenance treatment among injecting drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 36, 129-138.
- Sorensen, J.L. y Copeland, A.L. (2000). Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 17-33.
- Stein, M.D. y Friedmann, P. (2002). Need for medical and psychosocial services among injection drug users: A comparative study of needle exchange and methadone maintenance. *American Journal on Addictions*, 11, 262-270.
- Stone, E. y Fletcher, K. (2003). User views on supervised methadone consumption. *Addiction Biology*, 8, 45-48.
- Strain, E.C. y Stitzer, M.L. (Eds.) (1999). *Methadone treatment for opioid dependence*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Strang, J., Marsden J., Cummins, M., Farrell, M., Finch, E., Gossop, M., Stewart, D. y Welch, S. (2000). Randomized trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance: Report of feasibility and 6-month outcome. *Addiction*, 95, 1631-1645.
- Tober, G. y Strang, J. (Eds.) (2003). *Methadone matters: Evolving community methadone treatment of opiate addiction*. London: Martin Dunitz.
- Torres, M.A. y Guillot, J. (2001). Evaluation of heroin-addicts in methadone program using the questionnaires MAP and TPQ. En: U. Nazzoli y C. Covri (Eds.), *Evaluation of the medical, psychological, socio-educational interventions* (pp. 97-130). Lisboa: Federation of European Professionals Working in the Field of Drug Abuse.
- Trujols, J., Fidel, G., Escuder, G., Haro, G., Sánchez, N., Pascual, C., Valderrama, J.C., Valero, S. y Pérez de los Cobos, J. (2004, febrero). ¿Satisfecho? "Sí, un poco... ¿y?": Elementos para un análisis crítico de las encuestas de satisfacción con los programas de mantenimiento con metadona. Póster presentado al I Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos, Santiago de Compostela.
- Trujols, J., Salazar, J.I. y Salazar, I. (1999a). Los usuarios de drogas como ciudadanos: Los programas de reducción de daños. En: E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Eds.), *Drogodependencias V. Avances* (pp. 343-378). Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Trujols, J., Tejero, A., Duro, P. y Casas, M. (1999b, marzo). Users' satisfaction with methadone maintenance treatment. Póster presentado a la 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Genève.

- Wall, H. y Haga, E. (Eds.) (2003). *Maintenance treatment of heroin addiction: Evidence at the crossroads*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Ward, J. (2000). The case of community methadone treatment programs. En: World Health Organization (Ed.), *Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment: Workbook 6 Client satisfaction evaluations* (pp. 32-38). Genève: World Health Organization.
- Ward, J., Mattick, R.P. y Hall, W. (Eds.) (1998). *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam: Harwood Academic.
- WHO (Ed.) (2000). *Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment: Workbook 6 Client satisfaction evaluations*. Genève: World Health Organization.
- Zaric, G.S., Barnett, P.G. y Brandeau, M.L. (2000). HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *American Journal of Public Health*, 90, 1100-1111.
- Zule, W.A. y Desmond, D.P. (1998). Attitudes toward methadone maintenance: Implication for HIV prevention. *Journal of Psychoactive Drugs*, 30, 89-97.