

Expectativas previas y satisfacción del usuario en un programa de tratamiento de mantenimiento con metadona

*Forcada Chapa R., **Santos Díez E.J., ***González Monte C.

*Psiquiatra, Unidad de Conductas adictivas del Area 9 de Salud. Conselleria de Sanidad.

**Psicólogo Clínico. Unidad de Conductas adictivas del Area 13 de Salud. Conselleria de Sanidad.

***Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunto. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Resumen

Los indicadores de satisfacción miden el grado de conformidad con la atención recibida y se construyen en base a las apreciaciones subjetivas de los pacientes. Los factores que influyen en la percepción de los tratamientos con metadona son: la utilización del fármaco, las listas de espera y la influencia sobre aspectos laborales. Se plantea este estudio con los objetivos de conocer las expectativas de los pacientes, previas al inicio de un programa de tratamiento con metadona y estudiar el grado de satisfacción con el mismo. Se elaboró una entrevista estructurada de preguntas abiertas a cerca de la información y expectativas previas al tratamiento. También se elaboró un cuestionario relativo a la accesibilidad, a las características del programa y a la intervención del equipo. La satisfacción con el programa (88,35%) y con el equipo terapéutico (92,02%) fueron muy altas, no así con la accesibilidad al tratamiento (73.4%). Los desplazamientos a la unidad interferían negativamente en las obligaciones de casi la mitad de los pacientes. Se proponen mejoras orientadas a facilitar la accesibilidad al fármaco.

Palabras Clave

Expectativas, satisfacción, usuario, programa de mantenimiento con metadona, accesibilidad.

Summary

Satisfaction indicators measure the degree of agreement with the attention received, and they are based on the subjective appreciations from patients. The factors influencing

Correspondencia a:

forcada@comv.es.
Tel. 963 78 94 96

in the perception of methadone treatments are the following: the use done of the drug, the waiting lists and the influence upon labour factors. This work is suggested with the aim of finding the patients' expectations, previous to the beginning of a methadone treatment programme, and also with the objective of studying the degree of satisfaction with it. A structured interview consisting on open questions about the information and expectations previous to treatment was made. A questionnaire about the accessibility, the characteristics of the programme and the team's intervention was carried out too. The satisfaction with both the programme (88,35%) and the therapeutic team (92.02%) was very high, unlike with the accessibility to the treatment (73.4%). The journeys to the centre inferred negatively with the duties of nearly half of the patients. Improvements oriented towards an easier access to the drug are suggested.

Key Words

Expectations, satisfaction, user, program maintenance metadona, treatment, accessibility.

Résumé

Les indicateurs de satisfaction mesurent le degré de conformité avec l'attention reçue et se construisent à partir des appréciations subjectives des patients. Les facteurs qui influent dans la perception des traitements avec la méthadone sont: l'utilisation du médicament, les listes d'attente et les possibles interférences sur le travail. Cette recherche se propose tantôt de connaître les expectatives des patients avant de commencer le traitement avec la méthadone aussi bien que d'étudier leur degré de satisfaction avec le traitement. Nous avons confectionné une interview structurée à partir de questions ouvertes sur les expectatives préalables. On a préparé aussi un questionnaire concernant l'accessibilité au traitement, les caractéristiques du programme et l'intervention de l'équipe thérapeutique. La satisfaction auprès du programme (88,33%) ainsi qu'auprès de l'équipe thérapeutique (92,02%) fût très élevée, ce ne fut pas le cas auprès de l'accessibilité au traitement (73,4%). Les déplacements interfèrent négativement dans l'accomplissement des obligations quotidiennes de près de la moitié des patients. Nous proposons de développer de meilleurs systèmes d'accessibilité au traitement.

Most Clé

Des espoirs, de la satisfaction, utilisateur, programme maintien metadona, traitement, accessibilité.



INTRODUCCION

La calidad asistencial supone el desarrollo de actividades específicas, de una manera tal, que incrementen o al menos prevengan, el deterioro en el estado de salud que habría ocurrido como consecuencia de una enfermedad o condición dada. Esto implica dos aspectos básicos¹:

- 1) la selección de las actividades adecuadas y
- 2) la realización de esas actividades del modo adecuado para que produzcan los mejores resultados.

Las dimensiones de la calidad son los diferentes aspectos que deben ser tenidos en cuenta en la evaluación de los servicios² y se agrupan en tres categorías:

- 1) aspectos estructurales, que se refieren a los medios materiales y humanos disponibles,
- 2) aspectos procesuales, que se refieren a las actividades que se realizan, y
- 3) resultados, o cambios en el estado de salud atribuibles a la actividad realizada.

Los aspectos estructurales son fácilmente medibles, pero no se consideran los mejores indicadores de calidad de servicios. Un equipamiento material y humano deficiente condiciona negativamente la calidad global de la asistencia, pero unos recursos adecuados no garantizan por sí mismos una buena calidad de la asistencia.

Las medidas referentes a los procedimientos empleados y las referentes a resultados son complementarias entre sí. El hecho de que las actividades médicas realizadas sean técnicamente adecuadas no significa nada si no se acompaña de resultados. La sola cuantificación del resultado tampoco es equivalente a calidad

de servicio, puesto que no siempre la mejoría de los pacientes es atribuible a la intervención sanitaria. El estudio de los resultados nos dará información sobre la validez de los procesos y el análisis de éstos nos permitirá hacer cambios para obtener mejores resultados. En ocasiones las medidas de resultados son difíciles de definir, por lo que los esfuerzos se concentran en la evaluación de los procedimientos, dando por supuesto que unos procedimientos debidamente contrastados obtendrán buenos resultados.

Conceptos importantes para la evaluación del rendimiento de las actividades son los de eficacia, efectividad y eficiencia. Además debe tenerse en cuenta otros aspectos de la calidad asistencial como la relevancia de los servicios para comunidad a la que se ofrecen; la relación entre los beneficios esperables y los peligros potenciales; el respeto de las normas éticas profesionales; la accesibilidad geográfica, burocrática y económica; la continuidad en las acciones y coordinación con otros profesionales y servicios involucrados en el cuidado del paciente; la aceptabilidad social, tanto para los destinatarios como para los profesionales y por último, la adecuación de las actuaciones para el tipo de usuarios que se pretende atender.

En este aspecto, se define la adecuación como la medida en que la atención se corresponde con las necesidades del paciente³, es decir, relación entre la disponibilidad de los servicios, las necesidades de la población y la demanda que esta población realiza. Es por tanto un concepto estrechamente relacionado con el de satisfacción del usuario, definiendo ésta como la medida en que la atención prestada y el estado de salud resultante consuman las expectativas del paciente.

En términos generales, la calidad puede ser definida en función del producto o servicio

como la adecuación para el uso; o en función del usuario como el cumplimiento de las necesidades y expectativas del cliente. Actualmente, en el campo sociosanitario^{4,5,6} la satisfacción de los profesionales y de los usuarios adquiere día a día mayor peso y relevancia.

Por **indicadores de satisfacción** entendemos aquellos que miden el grado de conformidad con la atención recibida que tienen el paciente, su familia y el grupo social inmediato. Se construyen estableciendo procedimientos que permitan recoger apreciaciones subjetivas de los usuarios de los servicios. El grado de conformidad con la atención recibida tiene dos tipos de componentes:

- a) unos componentes formales o externos que se refieren a las condiciones de accesibilidad y disponibilidad del servicio y a las capacidades del personal de generar confianza y contener la ansiedad que toda demanda trae consigo, y

- b) unos componentes estructurales o internos que se refieren a las expectativas que subyacen a la demanda expresa. Estas expectativas, que deben ser sistemáticamente investigadas, pueden o no ser realistas y pueden o no tener que ver con el problema tal y como es categorizado por el profesional que lo atiende.

Sobre estas bases, el principal indicador del grado de satisfacción en la atención psiquiátrica sería el cese de la demanda y la vuelta a los mecanismos de autoayuda. Pero esto no es siempre así, ya que en muchas ocasiones el abandono de la demanda se produce precisamente por la no satisfacción de las expectativas. Es por esto por lo que es necesario establecer indicadores positivos de satisfacción tanto en los aspectos formales como estructurales.

Aun hoy en día existe una importante confusión entre los profesionales sanitarios y los gestores a cerca de los objetivos y fines asistenciales de los servicios de tratamiento de las toxicomanías⁷. La gran dificultad en el diseño, implementación y evaluación de los programas de tratamiento con sustitutivos opiáceos es la heterogeneidad de sus objetivos, que van desde la remisión completa de la adicción de opiáceos hasta el mero complemento en la lucha contra las enfermedades transmisibles, pasando por una larga lista de objetivos intermedios, como la mejora en las condiciones sanitarias, psicológicas o sociales, la disminución de la delincuencia, etc.

Actualmente se considera que este tipo de programas es capaz de conseguir objetivos diversos y compatibles entre sí cuando plantean la suficiente flexibilidad en las actuaciones que les permita adaptarse a las necesidades y expectativas individualizadas de los pacientes, en la superación de la drogodependencia, la prevención de la morbi-mortalidad y la mejora de la calidad de vida del adicto.

Por ello deben existir en el campo de las drogodependencias programas de mejora de la calidad que permitan abordar este problema de manera efectiva y ágil, teniendo en cuenta la opinión de los pacientes y que faciliten a los gestores realizar un análisis sobre la calidad de la atención prestada que posibilite la detección de puntos débiles y su mejora.

Los programas de control de calidad en servicios sanitarios deben tener en cuenta el grado de satisfacción de los usuarios como uno de sus principales indicadores. La percepción y las estrategias de adaptación de los programas de mantenimiento de metadona a las propias necesidades de los pacientes, son una fuente de conocimiento importante para el diseño de los criterios de calidad de los



tratamientos⁸. Diversos estudios indican, como factores que pueden incidir en la percepción de los tratamientos con metadona: la correcta utilización del fármaco⁹, la existencia de listas de espera¹⁰ y la influencia del tratamiento sobre la problemática laboral¹¹.

Por otro lado, el estudio de las razones por las que una persona demanda tratamiento con metadona, sus creencias y expectativas sobre el mismo, y los motivos por los que lo elige preferentemente a otras opciones terapéuticas, puede ayudarnos a mejorar el diseño de los programas y servir de base para la adaptación de los tratamientos de mantenimiento con sustitutivos a las propias necesidades de los pacientes.

Precisamente en este último aspecto queremos centrar la atención de este estudio, en el que intentaremos dilucidar qué esperan los pacientes al iniciar un tratamiento con metadona y hasta qué punto se cumplen dichas expectativas.

Los objetivos del presente estudio son:

- conocer las expectativas previas al inicio de un programa de tratamiento con metadona en una muestra de sujetos que lo demandan.
- estudiar el grado de satisfacción con el tratamiento de los usuarios que llevan a cabo dicho tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Para ello se dividió el estudio en dos partes, en la primera de las cuales se elaboró una entrevista estructurada de preguntas abiertas. Éstas se referían a los tipos de tratamiento que el paciente conocía, tratamientos previos realizados, valoración subjetiva de los mismos, conocimientos previos sobre el tratamiento de metadona, aspectos positivos y negativos

del mismo, razones por las que había elegido este tratamiento y expectativas sobre el mismo. Las entrevistas se realizaron antes de iniciar el tratamiento con metadona. La muestra de esta fase estudio está formada por 30 sujetos (3 mujeres y 28 varones) que de manera consecutiva solicitaron tratamiento de mantenimiento con metadona en la Unidad de Conductas Adictivas (U.C.A.) del Área de Salud nº 13 de Xàtiva durante los meses de Enero a Abril de 2004.

En la segunda fase se elaboró un cuestionario (ANEXO I) compuesto por 14 ítems con el cual se pretende estudiar las opiniones sobre aspectos concretos relativos a la accesibilidad, a las características del programa y a la intervención del equipo. El contenido de este cuestionario está basado en las variables relacionadas con el tratamiento que la literatura científica cita como de mayor incidencia en la efectividad del mismo, así como en la información recogida en la fase anterior a cerca de las expectativas de los usuarios. Éstas se referían esencialmente a la evitación del síndrome de abstinencia, el temor a depender de una institución para la toma de sus dosis y diversos aspectos referentes a la integración sociolaboral. La muestra en esta fase del estudio está formada por 75 sujetos (5 mujeres y 70 varones) que llevan a cabo un tratamiento de mantenimiento con metadona en la Unidad antes citada. La selección de la muestra se realizó aleatoriamente. El cuestionario se cumplimentó durante el mes de mayo de 2004. Los sujetos fueron informados de la confidencialidad de los datos. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS/PC+.

RESULTADOS

Los sujetos entrevistados en la primera fase conocían principalmente los tratamientos am-

bulatorios en Unidades de Conductas Adictivas (UCAs), Unidades de Desintoxicación (UDHs), Unidades de Deshabituación Residencial (UDRs), los programas de metadona y con antagonistas. Casi ninguno se refirió a centros y/o comunidades no profesionales. En cuanto a los tratamientos realizados por los pacientes con anterioridad al actual, primaba el farmacológico con antagonistas, seguido de distintas pautas de desintoxicación ambulatoria u hospitalaria y en menor medida, los programas con metadona y residenciales. En la mayoría de los casos se trataba de su primer tratamiento con agonistas sustitutivos. A la pregunta de ¿con qué tratamiento te ha ido mejor?, algo más de la mitad de la muestra contesta "con ninguno" seguido de un 25% que contesta Comunidad Terapéutica.

El 40% de la muestra refería haber oído hablar bien de este tratamiento, un 8% había oído "cosas malas" y otro 8% que "crea dependencia". Al ser preguntados por los aspectos positivos del tratamiento con metadona, las respuestas más frecuentes estuvieron relacionadas con la evitación del síndrome de abstinencia, seguido de ahorro económico al no precisar comprar diariamente las dosis de heroína y en menor medida respuestas como: "poder trabajar", "no consumes", "te quita los deseos de consumo" y "hacer una vida normal". Las expectativas negativas más temidas, de mayor a menor frecuencia, fueron: "es un enganche", "perjudica el cuerpo", "consumes cocaína u otras drogas" y "tener que venir todos los días".

El 50% de la muestra conocía a alguien que realizaba un PMM y "le va bien", un 20% conocía a alguien y "le va bien pero consume cocaína u otras drogas", otro 20% "bien unos, otros no" y el restante 10% no conoce a nadie que lleve a cabo este tratamiento.

Las razones que adujeron para la elección de este programa son: "los otros no me han funcionado" (35%), "no perder trabajo" (15%), "porque lo he probado" (10%) y "es rápido" (10%).

Los aspectos de su vida que creían poder mejorar con este tratamiento son: "trabajo" (24%), "entorno familiar" (24%), todos (16%) y "relaciones sociales" (12%). A la pregunta de porqué, respondieron en blanco el 50% de la muestra, un 10% "porque te evita el síndrome de abstinencia", otras contestaciones fueron: "porque la metadona estabilizará mi vida", "seré una persona normal", "porque lo veo en otros", entre otras respuestas.

Finalmente el 40% de los sujetos creía que este tratamiento iba a ser con seguridad mejor que los que ha llevado a cabo con anterioridad, un 25% contestó: "que tiene esa esperanza", un 10% no contestó, un 10% "regular", un 5% "diferente" y un 5% "no lo sé". El 40% de la muestra que respondió a la pregunta de porqué, lo hizo diciendo: "porque he visto gente que va bien".

El perfil tipo de la muestra estudiada con el cuestionario en la segunda fase del estudio estaría representado, en cuanto a las variables sociodemográficas, por un varón de 31 años, soltero y sin hijos; con un nivel de estudios de E.G.B. y laboralmente activo. En el momento de la recogida de datos, el tiempo medio de tratamiento con metadona era de 16 meses. El 76% de la muestra recogía las dosis de metadona con una frecuencia semanal. Con relación al consumo de sustancias, señalar que la mitad de la muestra ingería alcohol a diario (abusivamente o no), el 94% fumaba tabaco, más de la mitad fumaba cannabis, consumía cocaína - vía nasal - el 40.6%, el 11% cocaína en base y el 6.3% vía endovenosa. Una cuarta parte de la muestra tomaba benzodiazepinas



sin prescripción médica; consumía heroína de manera esporádica el 21.9%, otros opiáceos el 3.2%, speed o anfetaminas el 7.9% y éxtasis el mismo porcentaje.

Los ítems referentes a la accesibilidad (1, 4, 12, 13) resultaron los peor valorados. En concreto, el 73.4% de la muestra opinó (muy de acuerdo o de acuerdo) que le resultó fácil y rápido iniciar el tratamiento. Esto indica que algo más de una cuarta parte de los pacientes, no se mostró satisfecha con la celeridad con la que pudo iniciar el tratamiento (habitualmente entre uno y siete días tras la demanda). Además, el 48,4% de la muestra opinaba que los desplazamientos a la UCA incidían negativamente sobre sus actividades cotidianas. Esto se produjo por tratarse de un área de salud muy fragmentada en pequeñas poblaciones y con gran extensión geográfica, unido al hecho de que la dispensación de metadona se centralizaba en un solo punto de dicho área.

El resto de los ítems presentó un porcentaje superior al 85% de respuesta favorable (muy de acuerdo o de acuerdo); en concreto, la puntuación media en las preguntas referidas a las características del programa de tratamiento (2, 3, 7, 8, 10, 11, 14) fue del 88.35% y en las referentes a la percepción sobre el equipo terapéutico (5, 6, 9,), de 92.02%.

CONCLUSIONES

En los últimos años, venimos asistiendo a un creciente interés por la aplicación de programas de calidad en la asistencia sanitaria. Las características específicas de la atención a los drogodependientes han propiciado que esta cultura de la calidad se haya retrasado en su llegada a los dispositivos de atención a dichos pacientes. Por ello son escasas las

experiencias de aplicación de programas de calidad en atención a las drogodependencias en España y poco abundante la literatura al respecto.

Uno de los aspectos menos estudiados es la satisfacción del usuario drogodependiente con su tratamiento, pues éstos tradicionalmente han recibido una atención sanitaria de corte paternalista, cuando no se han visto excluidos de la misma con criterios más moralistas que científicos, en claro menoscabo de sus derechos sociales. En este sentido, es interesante recordar que en la Comunidad Valenciana, merced a la Ley 3/97¹² de drogodependencias y otros trastornos adictivos, las adicciones se consideran enfermedades y se reconoce el derecho de los drogodependientes a la atención sanitaria pública en las mismas condiciones que para el resto de enfermedades.

La mayoría de los pacientes entrevistados sobre sus expectativas hacia el tratamiento habían realizado otros tipos de intervención terapéutica por su adicción con pobres resultados y esperaba de éste un resultado superior; expectativa que venía reforzada por el conocimiento de otros usuarios que estaban realizando este tipo de tratamiento.

El 40% tenía unas expectativas favorables respecto al mismo, cifradas en aspectos relacionados con las tres fases clásicas del tratamiento, tal como reflejaron en sus respuestas:

- Desintoxicación: evitación del síndrome de abstinencia, no depender de una sustancia cara e ilegal.
- Deshabitación: evitar el consumo, tratamiento del craving o deseo compulsivo de consumir.
- Reinserción: normalización del estilo de vida, compatibilidad con el desempeño de un trabajo.

Las expectativas negativas más temidas fueron la adicción a la propia metadona, sus posibles efectos secundarios, su ineffectividad en el tratamiento de adicciones concomitantes a la de opiáceos y la frecuencia de desplazamientos a la unidad.

Los resultados obtenidos indican un alto grado de aceptación del servicio (programa y equipo terapéutico). En concreto en nuestro centro, se administran las dosis de metadona en la consulta de enfermería en el marco de una entrevista de unos minutos con la enfermera en la que ésta evalúa la evolución del paciente y realiza intervenciones orientadas a la reducción de daños. Las dosis de metadona utilizadas durante la fase de mantenimiento se encuentran en el rango de 61,2 +/- 17,1. Se ofrece a los pacientes consulta con el psiquiatra y el psicólogo con periodicidad mensual para la intervención en prevención de recaídas y a la demanda del paciente para tratar aspectos concretos de su tratamiento con agonistas.

El estudio detallado de los ítems referidos a la accesibilidad nos ofrece la posibilidad de mejoría en cuanto al tiempo que transcurre desde que el paciente solicita el tratamiento hasta que puede iniciarlo. Esta demora se produce porque la dispensación de la metadona utilizada en nuestro tratamiento, corresponde a la Cruz Roja de Castellón, desde donde es enviada dos veces por semana. Recordemos que por la ley del medicamento¹³, la prescripción de cualquier fármaco requiere de la intervención de un farmacéutico, figura profesional no disponible en todas y cada una de las 34 UCAs de la Comunidad Valenciana.

El hallazgo más preocupante es que casi la mitad de los pacientes opinó que los desplazamientos a la unidad interferían negativamente en sus obligaciones. Esto se produce a pesar

de la práctica de un sistema responsable de entrega de dosis para llevar que disminuye el número de visitas al centro sin propiciar el tráfico o el mal uso de la sustancia. Los pacientes recogen las dosis semanalmente en cuanto dejan de consumir heroína y en aquellos casos que justifican incompatibilidad de horario o excesiva lejanía se permite que un familiar responsable acuda a por las dosis hasta 3 de cada 4 semanas. Se explica esta insatisfacción porque el área I3 de salud es eminentemente rural y está fragmentada en 54 poblaciones diferentes, la más lejana de las cuales se encuentra a 90 Km de Xàtiva, sede de la UCA. A menudo, aquellos pacientes que dependen del transporte público sólo disponen de un autobús de ida antes de las 8 AM y uno de vuelta a mediodía.

Ante estos datos no debe obviarse el estudio de todas las posibilidades de introducir mejoras orientadas a facilitar la accesibilidad del fármaco. Dichas mejoras son imprescindibles si pretendemos avanzar hacia la aplicación de protocolos estandarizados de control de calidad, y más si queremos que los criterios de calidad contemplen la satisfacción de los usuarios y la imagen del servicio frente a los mismos y la sociedad en general.

Por ello sería adecuado favorecer la accesibilidad en el inicio del tratamiento, con la existencia de puntos de dispensación (no sólo de administración) más próximos al usuario que evitaren los retrasos de unos días que se producen en la disponibilidad de las dosis. Estos mismos puntos de dispensación serían una solución apropiada para evitar pérdidas de jornadas laborales y otros problemas de inserción social que derivan de los largos desplazamientos para recogida de las dosis de metadona. Si atendemos a los recursos disponibles, concluiremos que no hay mejor



lugar para la dispensación de un fármaco que la oficina de farmacia. La dispensación de metadona en las farmacias, al menos en aquellas áreas en la que existe una notable dispersión geográfica, resultaría una iniciativa lógica, sencilla y efectiva en este sentido.

La información obtenida es una fuente de conocimiento importante a cerca de las necesidades percibidas por una muestra de pacientes drogodependientes en su tratamiento así como del grado en que nuestro dispositivo asistencial es capaz de responder a las mismas. A parte de la evaluación de una intervención concreta, su valor se cifra en la utilidad para la elaboración futura de cuestionarios y estudios de satisfacción del usuario en programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos. En tal caso deberían validarse dichos cuestionarios mediante los correspondientes análisis estadísticos para posibilitar la inferencia poblacional y la comparabilidad entre estudios.

El estudio del grado en que las intervenciones sanitarias en drogodependencias

colman las necesidades percibidas por los usuarios y de la satisfacción con las mismas debe ser tenido en cuenta en la elaboración de procedimientos, instrucciones de trabajo, protocolos clínicos estandar y en la valoración de la dotación de recursos necesarios en la asistencia a las conductas adictivas. Todo ello cobra su verdadero sentido en el momento actual si no es entendido como actuaciones puntuales que carezcan de la continuidad necesaria para ser eficaces sino como un primer paso en el marco de la elaboración e implantación de sistemas de calidad, lo cual representa un importante avance en el camino hacia la excelencia representada por el modelo europeo de calidad.

ANEXO I

Sexo: Edad; Tiempo en tratamiento con metadona: Dosis: Recoge: todos los días, dos a la semana, semanal.

Estado civil: Estudios: Situación laboral:

Consumo concomitante:

	VÍA	DIARIO	SEMANAL	ESPORÁDICO
Alcohol				
Tabaco				
THC				
Cocaína				
Tanquilizantes				
Heroína				
Otros opiáceos				
Speed/anfetaminas				
Éxtasis				
Otras:				

CUESTIONARIO:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Me resultó fácil y rápido iniciar este tratamiento.					
He sido adecuadamente informado sobre todos los aspectos de mi tratamiento.					
Participo en las decisiones que se toman sobre mi tratamiento.					
Tener que desplazarme a la UCA para mi tratamiento dificulta mis actividades normales (trabajo y otras obligaciones).					
Me siento comprendido por el equipo terapéutico.					
Siempre he tenido la posibilidad de hablar con algún miembro del equipo cuando lo he necesitado.					
Considero que el tiempo y la frecuencia de las sesiones son adecuados.					
Me han resultado útiles las sesiones a las que he asistido.					
Considero que el equipo terapéutico está bien preparado y actúa profesionalmente.					
El tratamiento con metadona me ayuda a solucionar mis problemas.					
El tratamiento con metadona es el mejor que he realizado hasta ahora.					
Se me entregan las dosis de metadona de manera rápida y eficaz.					
Los requisitos que se me piden para llevarme las dosis a casa son adecuados.					
La dosis de metadona que recibo me resulta adecuada.					



(ANEXO II)



El dibujo se llama "Morir de sed al lado de una fuente". Es una alegoría acerca de lo que ocurre cuando diseñamos servicios atendiendo únicamente a la calidad científico - técnica y obviamos las expectativas, opiniones y necesidades percibidas de aquellos a quienes pretende servir. Los pacientes que más preocupan en un programa de reducción de daños son aquellos que jamás acudieron al servicio.

BIBLIOGRAFIA

- Ortega Trujillo L. Calidad Asistencial y evaluación de servicios. En Manual de la Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid. 2002.
- Baca E. Indicadores de efectividad en la evaluación de los servicios psiquiátricos. Rev Asoc Esp Neuropsiq., 1991; 11, 37: 93-101.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). The transition from QA to CQI: An introduction to quality improvement in health care. JCAHO, Chicago 1991.
- Palmer RH. Evaluación en la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Ministerio de Sanidad y Consumo: Dirección General de Planificación Sanitaria, Madrid 1989.
- WHO Regional Office for Europe. The principles of Quality Assurance. European Reports and Studies 94. Copenhagen, 1985.
- Donabedian A. La calidad de la Atención médica. Editorial la Prensa Médica Mejjicana. Méjico D.F. 1984.
- Fernández Miranda JI. Dificultades en la evaluación de Programas de Mantenimiento con Agonistas Opiáceos. En Fernandez Miranda JI, Marina González PA. Manual de los tratamientos de mantenimiento con opiáceos.
- Koester S, Anderson K, Hoffer L. Active heroin injector's perceptions and use of methadone maintenance treatment: cynical performance or self-prescribed risk reduction? Subst Use Misuse 1999. Dec; 34(14): 2135-53.
- Lenne M, Lintzeris N, Breen C, Harris S, Hawken L, Mattick R, Ritter A. Withdrawal from methadone maintenance treatment: prognosis and participant perspectives. Aust N Z J Public Health 2001 Apr;25(2): 121-5.
- Fountain J, Strang J, Griffiths P, Powis B, Gossop M. Measuring met and unmet need of drug misusers: integration of quantitative and qualitative data. Eur Addict Res 2000 Jun; 6(2):97-103.
- Grella CE, Annon JJ, Anglin MD. Ethnic differences in HIV risk behaviors, self-perceptions, and treatment outcomes among women in methadone maintenance treatment. J Psychoactive Drugs 1995 Oct-Dec; 27(4):421-33.
- Ley 3/1997 sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos. Generalitat Valenciana. 1997.
- Ley 25 /1990 de 20 de diciembre del medicamento.