

ORIGINAL

La satisfacción y la accesibilidad de los pacientes atendidos en el Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz

F.J. JAIME LORA^a Y M.A. GARCÍA SEDEÑO^b

^aCoordinador Asistencial. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz. Cádiz.

^bProfesor Titular de Psicología. Universidad de Cádiz. Cádiz.

RESUMEN: Objetivos. Con este trabajo se pretende valorar el grado de satisfacción que los pacientes tienen acerca de la calidad de los servicios ofrecidos en la Red Pública de Atención a las Drogodependencias de Cádiz, a partir del grado de accesibilidad y el aspecto físico del servicio y del proceso terapéutico seguido.

Material y métodos. Para llevarlo a cabo se utilizó una muestra formada por 379 pacientes, elegidos aleatoriamente de los diversos centros de la red, que llevaban en tratamiento más de 60 días. Se les realizó una entrevista estructurada diseñada por el Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz, partiendo del *Treatment Perceptions Questionnaire*.

Resultados. Los resultados obtenidos muestran unas puntuaciones altas tanto en el grado de satisfacción con la relación terapéutica como con el de accesibilidad, especialmente en el grado de dificultad para acceder al centro de tratamiento, en el de dificultad para obtener la primera cita, en el tiempo que permanece en la consulta, y en la comodidad y la limpieza del edificio.

Conclusiones. Se puede considerar, en su conjunto, que se aprecia claramente la existencia de un alto grado de confianza en el programa asistencial que desarrollan los profesionales de los equipos del Servicio Provincial de Drogodependencias.

PALABRAS CLAVE: drogodependencias, satisfacción, accesibilidad, percepción, tratamiento.

Satisfaction and accessibility of patients seen in the Cádiz Provincial Service of Drug Dependents

ABSTRACT: Objectives. After being made a theoretical approach to the satisfaction concept, one sets out to know how it influences the satisfaction and the accessibility in the perception that the patients have about the quality of the services offered in the Public Network of Attention to Drug addiction of Cádiz.

Material and methods. We designed a descriptive-observational study, using structured interview designed by the Provincial Service of Drug Dependents Cádiz, starting off of the «Treatment Perceptions Questionnaire». We randomly made 379 interviews in the own services by interviewers other people's to, to users such selected, who took in treatment more than 60 days.

Results. The scores throw a high global index of satisfaction. In general, the scores obtained in the accessibility section are equally high, specially related to the degree of difficulty to accede to Services of Treatment, degree of difficulty to obtain the first

Correspondencia:

F.J. JAIME LORA
Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
C/ Valenzuela, 1.
11071 Cádiz. España.
Correo electrónico: fjaime@dipucadiz.es

Recibido: 14-06-2006

Aceptado para su publicación: 20-03-2007

appointment, time that remain in the consultation, and comfort and cleaning of the building.

Conclusions. In general, we will consider the presented data like a manifestation of confidence in the welfare program that develop the professionals of the equipment.

KEY WORDS: drug addiction, satisfaction, accessibility, perception, treatment.

Introducción: aproximación teórica a la satisfacción del usuario y su medida

La satisfacción del usuario es una forma habitual de evaluar la asistencia sanitaria, resultando, al mismo tiempo, un buen indicador de la calidad del servicio prestado¹⁻⁴.

La medida de la satisfacción del paciente se ha desarrollado vertiginosamente en estos últimos años y, en la actualidad, existe un amplio consenso acerca de la necesidad de contar con algún tipo de medida que informe de cómo es vista la prestación sanitaria por quienes se benefician de ella⁵⁻¹¹. Por otro lado, la proliferación de estudios encaminados a medir la satisfacción responde a una presión social derivada de las demandas de los consumidores y al reconocimiento del derecho a la participación de los «administrados». Así pues, esta medida es un elemento cuyo valor va en aumento en todas las organizaciones, sean públicas o privadas, de producción o de servicios, y la idea de que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes se ha generalizado hasta tal punto que se ha llegado a modificar la definición de calidad. Algunos autores consideran que los programas de mejora de la calidad deberían centrarse en el usuario/cliente al entender que éstos deben ir dirigidos a satisfacer sus necesidades¹². Vuori añade que si se supone que los pacientes son racionales y capaces de realizar opciones inteligentes sobre su estado de salud, existe el imperativo ético de involucrar a los mismos en la mejora de la calidad de los servicios¹³.

Teorías sobre la satisfacción del usuario

El concepto de satisfacción del usuario ha sido explicado en función de diferentes teorías psicosociológicas, existiendo un debate abierto acerca de cuál de ellas se acomoda mejor a los datos empíricos que conocemos. Esta cuestión puede decirse que constituye un problema aún no resuelto satisfactoriamente, aun-

que la mayoría de los autores consideran la teoría de la «desconfirmación de expectativas»¹⁴⁻¹⁷ como el modelo teórico que mejor explica este concepto.

Haciendo un rápido repaso de la literatura diríamos que una de las teorías más citadas es la de la acción razonada de Fishbein y Ajzen¹⁸⁻²², la cual afirma que los pacientes poseen expectativas sobre diversos aspectos de la asistencia prestada, y que tras recibir tratamiento, evalúan cada uno de los aspectos que para ellos son relevantes en la prestación sanitaria recibida, resultando que la satisfacción sería el sumatorio de los productos de las expectativas del paciente por la evaluación que realiza de cada uno de los aspectos significativos para él.

Haciéndose eco de la teoría de la «disonancia» de Festinger²³, se considera que la satisfacción de un paciente dependerá de cómo quede resuelto, durante la prestación sanitaria de la que es objeto, el conflicto originado por la discrepancia entre lo que él desea y lo que realmente obtiene. Así pues, un paciente insatisfecho experimentaría según la teoría anterior un elevado nivel de disonancia entre lo que él consideraría aceptable y lo que ocurre durante la atención sanitaria.

De otra parte se ha argumentado, según la teoría del «intercambio»²⁴, que un paciente se mostrará satisfecho si las recompensas recibidas son mayores que las que esperaba; y que un paciente se sentirá satisfecho, tal y como predice la teoría de la «deprivación»²⁵, si tras recibir asistencia sanitaria no experimenta un sentimiento de deprivación (si recibe menos de lo que quiere), de decepción (si recibe menos de lo que espera) o de injusticia (si recibe menos de lo que la norma social considera aceptable).

Mucho más recientemente, Strasser et al²⁶ han sugerido que en la satisfacción de los pacientes intervienen actitudes, expectativas, procesos de atribución, de aprendizaje social y de ensayo-error, junto a percepciones de cómo ha resultado la experiencia.

Es probable que la satisfacción sea una síntesis, en proporciones variables y difíciles de determinar, de sentimientos (componente afectivo) y de razonamiento comparativo con las expectativas previas del sujeto (componente cognitivo) formado a partir de creencias ético-morales, informaciones y experiencias diversas en un determinado contexto social, económico, espacio-temporal, organizativo y tecnológico.

La definición de satisfacción

Como venimos diciendo, la satisfacción es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las expe-

riencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad²⁷. Una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción radica justamente en la indeterminación de este concepto que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual. Esto es, de múltiples posibilidades de expresión definidas en los espacios socio-culturales en los que se muestra y de la multidimensionalidad de las experiencias previas relacionadas con ella. La satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social.

Por citar a los autores más influyentes, vemos que hay quienes identifican satisfacción del paciente con cantidad y calidad de la información que reciben, y basan en la comunicación con el usuario el criterio de satisfacción frente a insatisfacción, como en el caso de Ley y Spelman²⁸. Otros, como Hulka et al²⁹, entienden que la satisfacción se compone de la suma de la satisfacción ante la competencia profesional del que presta los servicios, de su cualidad personal y de los costos e inconvenientes de los cuidados prescritos.

Desde una perspectiva exclusivamente estadística, Ware y Snyder³⁰ definen diez factores de primer orden que enmarcan la satisfacción del paciente: conveniencia/accesibilidad a los cuidados; disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados; eficacia/resultados de los cuidados; financiación y humanización; prestación de la información al paciente; posibilidad de acceso a la información; competencia profesional, y ambiente favorecedor de los cuidados. Dichos autores concluyen afirmando que la satisfacción del paciente dependerá de la conducta del médico, de la disponibilidad de los cuidados, de la continuidad/conveniencia de los cuidados y de la accesibilidad a los mismos.

También destacamos a Wolf et al³¹, quienes consideran tres dimensiones a la hora de hablar de satisfacción del usuario: cognitiva-comunicacional (cantidad, tipo y calidad de la información que da y recibe el prestador de servicios), afectiva (interés y comprensión que demuestra) y técnico-instrumental (habilidades y competencias clínicas del profesional).

Estas tres dimensiones son coincidentes en la totalidad de los cuestionarios de medida de la satisfacción, aunque algunos autores incluyan otros aspectos relacionados con el proceso de atención o generen subdimensiones dentro de aquéllas^{29,30,32}.

A la complejidad de la definición de la satisfacción hay que añadir la «labilidad» del sujeto de análisis, que explica la resistencia de algunos autores a incluir

la satisfacción entre los criterios de calidad asistencial. Esta resistencia se fundamenta en las siguientes razones:

1. Falta de conocimiento científico y técnico por parte de los pacientes para evaluar la calidad asistencial.

2. Estado físico o mental de los pacientes que puede influirlos, o en algunos casos incapacitarlos, para emitir juicios objetivos.

3. Rápido proceso asistencial (atención de enfermería, realización de pruebas diagnósticas, medidas terapéuticas) que dificulta que los pacientes puedan tener una opinión objetiva y comprensiva de lo que está ocurriendo.

4. Dificultad para definir lo que los pacientes consideran «calidad».

La calidad es un concepto que depende de las características de los pacientes y varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico y los cambios del estado de salud (la percepción de éste varía considerablemente cuando está grave o cuando está en vías de recuperación). Además, las características de los pacientes influyen en la actitud de los profesionales, que repercute, a su vez, en la satisfacción de la población³³.

A pesar de esta complejidad, Vuori¹³ propone una serie de consideraciones éticas, desde el punto de vista del paciente, que justificarían que la satisfacción se incluyera en la evaluación de la calidad:

1. El principio hipocrático, según el cual el bienestar del paciente ha de ser el interés máximo de la atención médica.

2. El principio democrático, según el cual aquéllos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella.

3. Los derechos del consumidor, por los que éste tiene derecho a decidir aquello que quiere.

4. El concepto de enfermedad, que debería desplazarse del concepto biológico estricto al concepto vivencial de la misma. Se entiende que las personas se definen enfermas o sanas teniendo en cuenta sus sentimientos y no los resultados de la valoración objetiva externa.

La medida de la satisfacción

En un entorno de creciente competitividad, para cualquier institución resulta imprescindible conocer y aumentar la satisfacción de los usuarios. La progresiva implantación de modelos de gestión de Calidad Total³⁴ en el ámbito de los servicios sanitarios y la puesta en valor de la perspectiva del cliente ha acentuado la

orientación hacia los resultados³⁵. Ello ha supuesto hacer un mayor énfasis en la calidad percibida y en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes, lo que en la práctica obliga a la medida de la satisfacción como herramienta para la mejora continua de la calidad.

Los métodos más utilizados y conocidos para valorar si la prestación sanitaria es evaluada positivamente por los pacientes son las encuestas de satisfacción^{36,37}. Éstas se presentan normalmente en formato multidimensional y las áreas exploradas hacen referencia habitualmente a la empatía de los profesionales en su trato con los pacientes, el tipo y la cantidad de información que se les presta, la competencia técnica de los profesionales, el confort de las instalaciones, las facilidades de acceso, la complejidad burocrática del sistema, la continuidad de los cuidados y el resultado percibido de la asistencia.

Las encuestas se han extendido por casi todos los centros y hospitales pero existen otros métodos o técnicas de investigación cualitativa para conocer el grado de satisfacción de los usuarios, como grupos focales, nominales u otros métodos de consenso, técnicas del cliente invisible, hojas o buzones de sugerencias y análisis de reclamaciones, auditorías o análisis de las preferencias^{38,39}.

La medición de la satisfacción se enfrenta a diferentes cuestiones, entre las que destacan algunas importantes que se refieren al ámbito métrico y metodológico, como son la medición del constructo y su ponderación; cuestiones de encuadre y conceptualización teórica, etc. Otros problemas tienen que ver con la validez y la fiabilidad del instrumento, su consistencia interna, su capacidad de discriminación, etc.⁴⁰. No obstante, el método más frecuentemente utilizado sigue siendo el de las encuestas. El cuestionario universal no existe y en cada lugar se confecciona un cuestionario adaptado a las necesidades, lo cual tiene la ventaja de poder profundizar en el conocimiento del propio contexto pero dificulta la comparación, por otra parte necesaria⁴¹.

A pesar de las dificultades conceptuales señaladas antes sobre el significado de la satisfacción y de las dificultades metodológicas para medirla, deberemos considerar la investigación de la satisfacción de los usuarios con los distintos componentes de la prestación, así como la investigación de la calidad de la oferta asistencial como una actividad permanente para la gestión eficaz del sistema sanitario.

Por último, el conocimiento mediante encuestas de opinión respecto de la prestación sanitaria proporcionada debe permitirnos los siguientes objetivos⁴²:

1. Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios.
2. Identificar los posibles motivos de insatisfacción.
3. Priorizar problemas que deben ser objeto de seguimiento.
4. Proponer acciones de mejora.
5. Comprobar su evolución y realizar comparaciones en el tiempo.

Las escalas de medida en el ámbito de las adicciones

Si analizamos la experiencia en nuestro país con este tipo de instrumentos podríamos encontrar un escaso número de publicaciones. Se han realizado esfuerzos por aproximarse a la valoración de la satisfacción de los usuarios⁴³⁻⁴⁵, entre los cuales se ha utilizado como instrumento de evaluación el cuestionario de percepción del tratamiento (TPQ)⁴⁶, que fue desarrollado por el grupo de Marsden en 1998⁴⁶, y estaba destinado a población en tratamiento por adicción a drogas y diseñado para medir satisfacción del usuario respecto del proceso terapéutico.

El análisis factorial del cuestionario realizado por el grupo de Marsden⁴⁶ mostró dos dimensiones: factor de percepción de los usuarios sobre la naturaleza e intensidad del contacto con el personal del programa y el segundo factor, que agrupa los aspectos del servicio de tratamiento, su aplicación, sus reglas y su normativa.

Dos grupos han trabajado sobre la adaptación del TPQ al castellano, ERIT⁴³ y Jiménez-Lerma et al⁴⁴, publicándose posteriormente un análisis de fiabilidad y de la estructura factorial de la versión española del TPQ, donde se concluye, entre otras, que la valoración de la satisfacción, sin desestimar la propuesta bidimensional original, posee un carácter multidimensional⁴⁷.

En España, en los últimos años, se han realizado estudios de satisfacción de usuarios drogodependientes, utilizando para ello el cuestionario TPQ con diseños descriptivos de corte transversal donde se realiza una descripción de la muestra y de los indicadores mediante estadísticos de frecuencias y porcentajes, como es el caso del Estudio de satisfacción de usuarios en una Unidad de Conductas Adictivas, realizado por Jiménez-Lerma et al⁴⁸.

También se han realizado estudios descriptivos de opinión de usuarios mediante cuestionarios utilizados *ad hoc* que contemplaban distintas dimensiones, como es el caso del estudio realizado por Martín-Araujo⁴⁹, el cual contempla, en su Cuestionario Cedex-Mérida,

hasta 6 dimensiones: accesibilidad, información sobre el proceso terapéutico, intervención, horarios de atención y tiempos de espera, instalaciones y servicios y valoración global. También se ha correlacionado el estudio de la satisfacción de los usuarios de los recursos en drogodependencias con el grado de conocimiento que dichos usuarios tienen sobre sus derechos como pacientes⁵⁰, o bien se ha orientado el estudio de la satisfacción en torno a un grupo concreto de usuarios como es el caso de las mujeres, tal y como se realizó en Asturias por Arnáez Montaraz et al⁵¹.

Otro problema muy importante en la población drogodependiente es la dificultad que tienen para mantener la adherencia a los tratamientos. Pero si la satisfacción se considera un predictor de la conducta del usuario, de tal modo que afecta a su decisión de acudir a la consulta o de ser adherente a un tratamiento, no debemos dejar a un lado este excelente indicador, —ya que podría indicar desajustes en nuestras intervenciones—, que evidencia oportunidades de mejora y que nos ayuda a rediseñar los procesos asistenciales.

Uno de los últimos estudios publicados sobre satisfacción entre los usuarios es el realizado entre pacientes dependientes de opiáceos en programas de mantenimiento con metadona en España. En dicho estudio, realizado por Pérez de los Cobos et al⁵², se entrevista a 505 usuarios que acudieron consecutivamente a 20 centros seleccionados aleatoriamente, utilizando para la evaluación de la satisfacción la Escala de Verona para el tratamiento con metadona (VSSS-TM), arrojando unos resultados para los usuarios españoles que indican que éstos están ligeramente satisfechos con los centros convencionales y las unidades móviles, aunque fracasan en detectar variables específicas que están fuertemente relacionadas con la satisfacción.

Actualmente se vienen desarrollando en el País Vasco diversos estudios donde la línea de trabajo es la evaluación de la satisfacción del usuario mediante el TPQ junto con la valoración de la calidad de vida. También el Modelo Europeo de Excelencia de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM)³⁴ representa una alternativa muy válida para aproximarnos a una dimensión más real de lo que la población drogodependiente está expresando cuando dice las cosas. Probablemente el modelo SERVQUAL⁵³ es el procedimiento que más expectativas ofrece para medir las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio recibido, constituyendo una herramienta completa y compleja de medición.

Este cuestionario tiene dos partes bien diferenciadas, la primera dedicada a medir las expectativas y la segunda a medir las percepciones recibidas por los

usuarios al hacer uso del servicio. Con las respuestas de los cuestionarios (con escala Likert de 7 puntos) se calculan las diferencias entre percepciones y expectativas para cada pareja de afirmaciones. A su vez, las 22 afirmaciones reflejan cinco dimensiones básicas de la calidad: 1) elementos tangibles, 2) fiabilidad de la prestación del servicio, 3) capacidad de respuesta, 4) confianza y seguridad que inspiran los profesionales, y 5) empatía de la organización para con sus usuarios. Dicho cuestionario, pese a ser validado y contrastado en numerosas ocasiones, no es un instrumento rígido e inalterable, por lo que permite su utilización para la medición en las distintas organizaciones y recursos dentro del campo de las adicciones.

Distinguimos distintos componentes de la accesibilidad, que pudieran resultar más significativos en el ámbito de las adicciones:

- Accesibilidad cultural en la medida que el servicio de drogodependencias esté o no adaptado a las actitudes o rasgos psicosociales de la población a la que va destinado, de forma que la normativa y reglas puedan ser entendidas.

- Accesibilidad económica o posibilidad de uso del servicio atendiendo a los posibles desembolsos económicos que pudiera implicar tanto el acceso al servicio como otros gastos derivados.

- Accesibilidad geográfica o posibilidad de uso del servicio de acuerdo a su ubicación física, cercana al demandante.

- Accesibilidad organizativa o posibilidad de uso del servicio, derivada de las circunstancias de índole operativa como son el tiempo de espera, el horario de atención, la operatividad de los tratamientos, etc.

- Accesibilidad física, entendida como el conjunto de características del que debe disponer un servicio para ser utilizado en condiciones de confort, seguridad e igualdad y en particular para aquellas personas que tienen alguna discapacidad.

La accesibilidad es una característica fundamental del servicio sanitario. Si ésta se encuentra limitada, se verían afectadas las cualidades elementales de la atención como son la igualdad, la equidad, la utilidad y la universalidad. De hecho, condiciones consustanciales a la atención de la salud, como son la eficacia y la eficiencia, requieren no solamente la disponibilidad de los recursos, sino también que éstos sean accesibles tanto geográficamente como desde el punto de vista organizativo⁵⁴.

Si analizamos las particularidades de la población drogodependiente a la que se dirigen los recursos de drogodependencias, podríamos pensar inicialmente en algunas dificultades de acceso al servicio público

de atención a las drogodependencias y que pueden estar determinadas bien por las características del propio sistema de salud, bien por el estilo de vida del colectivo de usuarios de estos centros. Por ello, sería importante despejar la incógnita sobre aquellos factores que pudieran estar limitando el acceso de esta población.

Los objetivos del estudio de satisfacción y accesibilidad de los pacientes atendidos en el Servicio Provincial de Drogodependencias (SPD) de Cádiz han sido: 1) conocer la satisfacción y la accesibilidad de los pacientes atendidos, 2) analizar las diferentes variables identificadas, 3) identificar puntos fuertes y oportunidades de mejora en relación con la calidad percibida por los pacientes, y en su caso, introducir medidas correctoras.

Material y métodos

Sujetos

La muestra está compuesta por 379 sujetos, todos ellos pacientes de alguno de los centros del SPD, que llevaban al menos 60 días de tratamiento. Para su elección se realizó una afijación proporcional a partir del número de pacientes entre los diversos programas en cada uno de los centros (tabla 1), lo que permite estimaciones al nivel de confianza de 95% y una sigma de +/- 5.

Respecto a los valores generales de la muestra, nos indican una alta variabilidad y disparidad tanto entre la edad, como en los niveles educativos, el estado civil y el sexo (tabla 2).

Diseño de la investigación y procedimiento

Tabla 1. Distribución de la muestra por centros asistenciales

Centros de tratamiento ambulatorios	N.º de casos
Alcalá	6
Algeciras	55
Algodonales	4
Arcos	4
Barbate	9
Cádiz	61
Chipiona	9
Chiclana	19
Conil	4
El Puerto de Santa María	30
Jerez de la Frontera	52
La Línea	38
Puerto Real	16
Rota	7
San Fernando	27
Sanlúcar	21
Ubrique	6
Villamartín	12

Tabla 2. Perfil de la muestra

n = 379					
Edad	Rango:	14-62	Nivel educativo	E. primarios o inferiores:	60,2%
	Media:	37,4		Graduado Escolar o ESO:	31,7%
	Desviación T:	8,06		Estudios superiores	8,9%
Sexo	Hombres:	81,3%	Estado civil	Solteros:	45,1%
	Mujeres:	18,7%		Casados:	39,8%
				Separados:	12,4%
Situación Laboral	Trabajan:	34,6%	Tipo de droga	Viudos:	2,6%
	Parados:	41,1%		Heroína:	55,9%
	Inactivos:	34,3%		Cocaína:	13,4%
				Mezcla de ambas:	14,8%
				Alcohol:	10,3%
				Otras adicciones:	5,6%
Usuarios que refieren incidencias legales:				64,1% refieren haberlas tenido	
Tiempo medio de inicio del consumo:				13,6 años	
Tiempo medio desde el inicio de cualquier tratamiento:				7 años	
Tiempo medio desde el inicio del tratamiento en CTA:				5,7 años	
En programa de tratamiento con metadona:				66,20%	
Promedio de citas al CTA:				2 citas mensuales	

CTA: centro de tratamiento ambulatorio; ESO: Educación Secundaria Obligatoria.

El diseño utilizado para llevar a cabo el estudio se encuentra entre los denominados diseños descriptivos, mediados instrumentalmente⁵⁵. Para su puesta en marcha se ha adaptado el TPQ, que en su forma original se ideó para medir la satisfacción del usuario respecto al proceso terapéutico en población en tratamiento por adicción a drogas, y ha sido adaptado y complementado con cuestiones de accesibilidad.

La adaptación que se ha realizado al TPQ original ha consistido básicamente en la reformulación de todas las preguntas en un formato afirmativo, transformando aquellas preguntas que utilizaban el «No me gusta...» o «No he tenido tiempo...» por «Me gusta...» o «He tenido tiempo...», todo ello debido a las confusiones que se presentaron en un análisis inicial, tras ser administrado a un grupo de sujetos. Por otro lado, se ha eliminado de la escala de contestación la opción «indeciso» para evitar la tendencia centralista a dar la respuesta (homocedasticidad). Por último, el número de ítems ha pasado de 10 a 17, con el objeto de complementar otras dimensiones sobre la percepción que el paciente tiene tanto del equipo como del propio programa.

La aplicación del cuestionario se realizó directamente en forma de entrevista estructurada, en cada uno de los centros donde son tratados los pacientes. El cuestionario se administró por encuestadores ajenos al centro, previamente adiestrados.

La entrevista está estructurada en cuatro partes (anexo 1):

- Datos del usuario y su tratamiento. Consta de 16 preguntas (abiertas y cerradas) donde se recogen las variables sociodemográficas, toxicológicas y de tratamiento.

- Datos sobre satisfacción, que consta de 17 preguntas cerradas con escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta, para conocer tanto la satisfacción del propio programa como la satisfacción del equipo.

- Datos sobre accesibilidad, que consta de 13 preguntas (cerradas y abiertas).

- Otros datos sobre los tratamientos recibidos, con 4 preguntas tipo Likert.

- Pregunta abierta final de impresión cualitativa.

Resultados

En relación a la satisfacción, una vez realizadas las encuestas, las puntuaciones obtenidas arrojan un índice global de satisfacción en la escala general de $55,37 \pm 6,57$ (media \pm DS, rango, 32-68). Sobre una escala de 1 a 4, la puntuación media de los ítems es

de 3,26, lo que revela el alto nivel de satisfacción de los usuarios.

Sobre la accesibilidad medida en la encuesta, obtenemos los resultados siguientes:

- La mayoría de los usuarios han conocido la existencia de los centro de tratamiento ambulatorio (CTA) a través de los amigos o de sus familiares (66,8%), siendo aún escaso el número de usuarios que acceden a los centros por indicación de los servicios médicos y de los servicios sociales.

- El 92,6% afirma haberle sido fácil o muy fácil localizar el CTA.

- Sólo un 14% de los usuarios estudiados refiere haber tenido dificultades (algunas o muchas) para que se les facilitara la primera cita en el CTA.

- La amabilidad en el trato por parte de los administrativos de la recepción es especialmente bien valorada con un 97,4% de personas que la consideran amable o muy amable.

- El tiempo medio empleado por los usuarios para ir desde su casa hasta el CTA correspondiente es de 15 minutos.

- La mayoría de los usuarios no necesita emplear dinero para ir desde su casa al CTA correspondiente (64,0%) y de los que emplean dinero, básicamente utilizan menos de 1 euro.

- En relación al medio de transporte utilizado, la mayoría accede a pie (62,0%) y en segundo lugar, en coche propio (14,8%).

- El tiempo medio transcurrido desde que pidieron cita la última vez hasta que fueron atendidos es de 13 días.

- El tiempo medio que un usuario permanece en la sala de espera desde que llega hasta que es atendido es de 11 minutos.

- En cuanto al tiempo que permanecen dentro de la consulta, la media es de 28 minutos.

- Sólo el 13,7% de los encuestados considera incómodos los edificios (algo o bastante).

- Sólo un 4,5% considera que los edificios que albergan los CTA son poco o nada adecuados respecto al nivel de confort y limpieza.

- El 91,3% de los encuestados considera, en general, las instalaciones como buenas o muy buenas.

- El 94,7% de los usuarios considera que se les informó claramente acerca de la medicación prescrita.

- El 87,1% de los usuarios considera que se les informó bien o muy bien de las ventajas y efectos secundarios de la medicación prescrita.

- El 95,4% de los usuarios considera que se les informó correctamente sobre el sentido de realizar controles de orina.

— El 92,0% considera que está garantizada la confidencialidad de los datos.

La fiabilidad de la prueba se ha obtenido a partir del índice de consistencia interna de los ítems. Con el objeto de conocer la estabilidad de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario TPQ-Modificado por el SPD de Cádiz, calculamos, en primer lugar, el índice de consistencia interna mediante el estadístico alfa de Cronbach obteniendo una valor de 0,91, lo que nos permite defender que los diferentes ítems de la escala presentan un nivel satisfactorio de consistencia interna, pudiendo considerar el TPQ-Modificado como una herramienta fiable.

Al ser uno de los principales objetivos del estudio la verificación de los factores que influyen en la satisfacción de los pacientes, se propone determinar las posibles diferencias existentes entre los sujetos que se sienten satisfechos con el servicio frente a los que no lo están, para lo cual se procede con cautela, teniendo en cuenta el tipo de datos de los que se trata y siguiendo a Bisquerra⁵⁶, a realizar un análisis discriminante. Para este fin se ha calculado, a partir de la suma total del cuestionario, el percentil 33 y el 66, quedando ambos como dos categorías extremas respecto al grado de satisfacción: aquéllos de menor puntuación, por debajo del percentil 33 (más insatisfechos, grupo 1), aquellos usuarios que reflejaban mayor puntuación, por encima del percentil 66 (más satisfechos, grupo 2).

Los primeros resultados nos indican que es posible realizar este tipo de análisis (Lamda de Wilks significativa a un nivel 0,99%) y muestran que sólo 9 de las 17 variables consideradas sobre la satisfacción son las que influyen en el grado de satisfacción del usuario (tabla 3).

Por otra parte, la matriz de confusión nos avala aún más estos resultados, ya que es posible establecer con ellos una función capaz de discriminar el 98,2% (tabla 4).

Tabla 3. Factores significativos sobre la satisfacción

Variables influyentes
1. Tener el tiempo suficiente para expresar los problemas
2. Capacidad de los profesionales para comprender los problemas de los usuarios
3. Capacidad de los profesionales para estimular y motivar
4. Grado de satisfacción obtenido en las citas
5. Profesionales de los terapeutas
6. Amabilidad en el trato por parte del equipo
7. Facilitación del acceso a otros recursos necesitados
8. Grado de confianza en el centro de tratamiento
9. Satisfacción general obtenida en el tratamiento

Discusión

Uno de los principales problemas que presenta nuestro estudio es la validez y la fiabilidad de los cuestionarios utilizados, aunque en su construcción se han tenido en cuenta los sesgos más importantes y se ha realizado un estudio de validación de contenidos y de fiabilidad, lo que arrojó unos resultados de una alta fiabilidad del cuestionario y una buena consistencia interna.

Otro de los problemas surgidos, probablemente debido al tipo de instrumento utilizado, es la gran homogeneidad de los resultados obtenidos. Observamos en el TPQ-Modificado unos resultados de valoración global elevados por cada uno de los CTA y a nivel provincial, sin que se disponga de elementos discriminantes claros. Pero por otro lado, estos resultados son coherentes con otros estudios de satisfacción en el ámbito sanitario. También debemos tener en cuenta la deseabilidad social, que puede estar presente a la hora de cumplimentar las respuestas, inclinando la balanza hacia resultados más elevados.

En general, la satisfacción respecto al proceso terapéutico es una dimensión bien valorada, pese a las circunstancias antes expresadas, tanto en su totalidad como en el estudio pormenorizado de cada CTA. Se constata un alto grado de acuerdo de forma general y en particular en las variables que se refieren a la confianza depositada en el equipo de profesionales, el buen trato recibido por parte de éstos y la profesionalidad de los terapeutas.

La accesibilidad es otra dimensión estudiada y destacan entre los factores evaluados la fácil localización de los centros, el escaso nivel de barreras para contactar con los CTA y la amabilidad en el trato en la recepción. Es importante recordar que el tiempo medio empleado para desplazarse hasta el CTA es de 15 minutos, que el 62,0% accede a pie como único medio de transporte y que un 64,0% no necesita dinero para ir desde su casa al recurso. Todo ello nos refiere un importante nivel de accesibilidad.

No obstante, en los apartados que miden el tiempo que se necesita para iniciar un tratamiento o en los

Tabla 4. Matriz de confusión del análisis discriminante

Puntuaciones	Grupo de pertenencia pronosticado		Total
Grupo	1	2	%
1	100,00%	0,00%	100
2	3,60%	96,40%	100
Casos desagrupados	68,00%	32,00%	100

tiempos medios en la sala de espera, creemos que podemos mejorar, eliminando los inconvenientes que todavía se pueden estar dando en algunos CTA.

En los aspectos medidos que hacen referencia al entorno, instalaciones, etc., aunque en términos medios las puntuaciones son bastante altas, destacamos diferencias importantes en cuanto a la adecuación de los CTA: algunos de ellos aparecen como especialmente cómodos, adecuados y limpios frente a otros con puntuaciones relativamente bajas.

Otros aspectos estudiados han sido los referentes a la información dada por los terapeutas acerca de la medicación prescrita, los efectos secundarios y el sentido de los controles de orina, que es considerada por los usuarios como adecuada casi de forma generalizada.

Por último, aunque la mayoría de los encuestados considera que está garantizada la confidencialidad de los datos, deberíamos indagar en qué posibles circunstancias están favoreciendo que un pequeño número de ellos no lo considere así.

Entre todos los elementos estudiados, queremos resaltar dos factores que hacen que los usuarios se sientan

especialmente satisfechos y que deberíamos tener muy en cuenta a la hora de acometer nuestras actuaciones: a mayor facilidad para acceder a los centros mayor satisfacción en los usuarios y a mayor información obtenida sobre las ventajas y efectos secundarios de los medicamentos/metadona administrados, mayor satisfacción.

En general, los datos presentados los consideraremos como una manifestación de confianza en el programa asistencial que desarrollan los profesionales de los equipos, aunque creemos importante realizar un esfuerzo para ir conociendo qué elementos determinan la satisfacción de los usuarios y cómo aumentarla.

Para próximos estudios deberemos pensar en sistemas más completos para el estudio de la satisfacción de nuestros usuarios. Actualmente el modelo SERVQUAL es el procedimiento que más expectativas ofrece para medir las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio recibido.

Los autores delcaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bohigas L. La satisfacción del paciente. *Editorial Gac Sanit.* 1995;9:283-5.
2. Delgado A, López LA, Luna JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. *A. Primaria.* 1995;16:314-21.
3. Díez JL, Almudi JL, Hernández AM. Satisfacción de los usuarios del Centro de Salud «Casa del Barco» (Valladolid) con su área de recepción-información. *C. de Salud.* 1996;4:436-9.
4. Haro G. Relación entre el nivel de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud de Cheste y el conocimiento de sus derechos. *Semergen.* 1999;25:947-53.
5. Ware J, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care.* 1975;13:669-82.
6. Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning.* 1983;6: 185-210.
7. Mira JJ, Vitaller J, Álvarez J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Psicología de la salud.* Madrid: Síntesis; 1995.
8. Rodríguez-Martín J. *Psicología Social de la Salud.* Madrid: Ed. Síntesis; 1995.
9. Ibern P. La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. *Gac. Sanitaria.* 1992;6:176-85.
10. Car-Hill R. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine.* 1992;14:236-49.
11. Wesing M, Grol R, Smith A. Quality judgement by patients on general practice care; a literature analysis. *Soc. Sci Med.* 1994;38:45-53.
12. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *BMJ.* 1991;302:887-9.
13. Vuori H. Patient satisfaction-And attribute or indicator of the quality of care? *QRB.* 1987;March:106-8.
14. Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo? *Cuadernos de Gestión.* 1995;1:23-33.
15. Cardozo R. An experimental study of customer effort expectation and satisfaction. *J Marketing Res.* 1965;2:244-9.
16. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Marketing Res.* 1980;42:460-9.
17. Cadotte E, Woodruff R, Jenkins E. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *J Marketing Res.* 1987;24:305-14.
18. Fishbein M, Ajzen I. *Attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research.* Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.
19. Ajzen I. From intentions to action: a theory of planned behavior. In: Kuhl J and Beckman J, editors. *Action-Control: From Cognition to Behavior.* Heildelberg: Springer; 1985.
20. Ajzen I. Attitudes, traits and actions: dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In: Berkowitz L, editor. *Advances in Experimental Social Psychology.* Vol 20. New York: Academic Press; 1987.
21. Ajzen I. *The Theory of Planned Behavior.* Organizational Behavior and Human Decisions Processes. 1991;50:179-211.
22. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1980.
23. Festinger L. *A theory of cognitive dissonance.* Stanford: Stanford University Press; 1957.

24. Thibaut J, Kelley H. The social psychology of groups. Nueva Cork: Wiley; 1959.
25. Merton RK. Social theory and social structure. Glencoe, Illinois: Free Press; 1957.
26. Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. Medical Care Review. 1993;50:219-48.
27. Car-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med. 1992;14:236-49.
28. Ley P, Spelman MS. Communicating with the patient. Londres: Staples Press; 1967.
29. Hulka B, Kupper L, Daly B. Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care. A community perspective. Med Care. 1975;13:648-58.
30. Ware JE, Snyder M. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. Med Care. 1975;13:669-82.
31. Wolf M, et al. The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of scale measure patient perception of physician behavior. J Behav Medical. 1978;1:391-401.
32. Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Cuadernos de Gestión. 1997;3:90-101.
33. Hull J, Milburn M, Epstein MA. A causal model of health status and satisfaction with medical care. Med Care. 1993;31:84-94.
34. European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussels: EFQM; 2000. Disponible en: <http://www.efqm.org>
35. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2002;17:22-9.
36. Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med. 1988;27:637-44.
37. Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. Soc Sci Med. 1998;44:85-92.
38. Sixma H, Spreeuwenberg P, Van der Pasch M. Patient satisfaction with the general practitioner. Medical Care. 1998;36:212-29.
39. Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. Health Care Management Rev. 1997;22:74-89.
40. Davis J. Harnessing patient involvement. The challenges in determining patient satisfaction. Clinical Governance Bulletin. 2000;1:10.
41. Whitfield M, Baker R. Measuring patient satisfaction for audit in general practice. Qual Health Care. 1992;1:151-2.
42. Prat A, González M, Trilla A, Asenjo MA. Calidad Asistencial, atención al usuario y relaciones con los medios de comunicación. En: Asenjo MA, editor. Gestión Diaria del Hospital. Barcelona: Masson; 2001.
43. Masden J, Nizzoli U, Corbelli C, Margaron H, Torres MA, Castro del Prado I, et al. Fiabilidad del *Maudsley addiction profile* (MAP, ERIT) Versión del «*Treatment perceptions questionnaire*» (TPQ) en Italia, España y Portugal para la evaluación de tratamientos. Adicciones. 2001;13:217-27.
44. Rodríguez M, Jiménez-Lerma JM, Iraurgi I, Murua F, Bacigalupe L, Chavarri MR, et al. Evaluación de la Satisfacción con el tratamiento en un Centro Ambulatorio de Drogodependencias a través del «*Treatment Perception Questionnaire*» (TPQ). Adicciones. 2002;14:1-8.
45. Pérez de los Cobos J, Valero S, Haro G, Fidel G, Escuder G, Trujols J, et al. Development and psychometrics properties of the Verone Service Satisfaction Scale for Methadone-treated opioid-dependent patients (VSSS-MT). Drug Alcohol Depend. 2002;68:209-14.
46. Marsden J, Stewart D, Gossop M, Rolfe A, Bacchus L, Griffiths P, et al. Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems: Development of the Treatment Perception Questionnaire (TPQ). Addiction Research. 2000;8:455-70.
47. Iraurgi I, Rodríguez M, Carreras I, Landabaso M, Larrazabal A, Muñoz J, et al. Análisis de la fiabilidad y estructura factorial de la versión española del TPQ- Cuestionario de Percepción del Tratamiento en Drogodependencias. Adicciones. 2004;16:31-6.
48. Rodríguez M, Jiménez-Lerma JM, Llorente JM, Heras C. Estudio de satisfacción de usuarios en una Unidad de Conductas Adictivas. III Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis, 2002 (2002). Disponible en: <http://www.interpsiquis.com/2002/areas/at1/>.
49. Martín Araujo JC. Opinión de los usuarios sobre la atención prestada en un Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes. Adicciones. 2003;15:341-50.
50. Haro G, Fernández-Garcés M, Pérez-Gálvez B, Cervera G, Castellano M, Valderrama JC, et al. Nivel de satisfacción de los usuarios de la red de drogodependencias de la Comunidad Valenciana en relación con el conocimiento de sus derechos como pacientes. Conductas Adictivas. 2002;2:37-8.
51. Arnáez C, Marina PA, Secades R, Fernández JR. Calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en tratamiento por drogodependencias en Asturias. Adicciones. 2004;16:81-90.
52. Pérez de los Cobos J, Guila F, Escuder G, Haro G, Sánchez N, Pascual C, et al. Encuesta de satisfacción entre los usuarios dependientes de opiáceos en programas de mantenimiento con metadona en centros de España. Revista de Toxicomanías. 2005;42:15-22.
53. Parasuraman A, Zeithal V, Berry L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. J Retailing. 1988;64:12-40.
54. Pineault R, Daveluy C. La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: Masson; 1987.
55. Delgado AR, Prieto G. Introducción a los métodos de investigación de la Psicología. Madrid: Pirámide; 1997.
56. Bisquerra R. Introducción conceptual al Análisis Multivariable. Un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL y SPAD. Vol. II. Barcelona: PPU; 1989.

Anexo 1.
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN Y ACCESIBILIDAD A LOS CENTROS
DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

Identificación:

(Iniciales encuestador + clave centro + n.º orden)

Fecha:

Hora inicio:

Hora fin:

Tiempo:

Datos sobre el usuario y su tratamiento

1. Tiempo que lleva en tratamiento en este centro: _____
(Anotar años y meses, desechando aquéllos con menos de 2 meses de tratamiento en el centro)
2. Centro de tratamiento: _____
3. Municipio de residencia (últimos 2 meses): _____
4. Sexo:
 1. Hombre ☐
 2. Mujer ☐
5. Fecha nacimiento: _____ En caso de no saberla, anotar edad actual: _____
6. Estado civil:
 1. Soltero ☐
 2. Casado ☐
 3. Separado/divorciado ☐
 4. Viudo ☐
 5. Pareja estable ☐
7. Estudios realizados:
 1. No sabe leer ni escribir ☐
 2. E. Primaria incompleta ☐
 3. E. Primaria completa ☐
 4. E. Secundaria 1.ª EGB/ESO/FP1 ☐
 5. E. Secundaria 2.ª BUP/COU ☐
 6. E. universitarios medios ☐
 7. E. universitarios superiores ☐
 8. Otras Formaciones ☐
8. Situación laboral (último año):
 1. Contrato indefinido/cuenta propia ☐
 2. Con contrato laboral temporal ☐
(aunque esté de baja)
 3. Trabaja sin sueldo para la familia ☐
 4. Parado que no ha trabajado antes ☐
 5. Parado habiendo trabajado antes ☐
 6. Incapac. permanente/pensionista ☐
 7. Estudiando/opositando ☐
 8. Labores del hogar ☐
 9. En otra situación (especificar): ☐

9. ¿Has tenido algún tipo de problema con la justicia?
1. Sí ☐
 2. No ☐
- (Preguntar delicadamente cuáles fueron esos problemas y seleccionar de los más importantes dos de las opciones de la siguiente pregunta.)
10. ¿Cuáles han sido?
1. Arrestos y detenciones ☐
 2. Procesos realizados o pendientes ☐
 3. Condenas ☐
 4. Actividades delic. no penalizadas ☐
 5. Sanciones administrativas ☐
- (Señalar los dos más importantes)
11. ¿Cuál es la sustancia/comportamiento adictivo principal por el que has solicitado tratamiento? (Anotar sustancia y después codificar): _____ Código: _____
12. ¿Desde qué año tienes problemas con el consumo/tienes ese comportamiento?: _____
Anotar el año que, según el usuario, comienza a ser el consumo problemático /conducta, siempre referido a la droga principal.
13. ¿En qué año realizaste tu primer tratamiento por tu problema de drogas/adicción?: _____
14. ¿En cuáles de los siguientes programas estás incluido actualmente?
- Programa de metadona ☐
- Otros programas orientados a la abstinencia ☐
- (En el caso de que no esté en metadona, ver con el paciente en qué programa está incluido y anotarlo, si es que lo sabe: _____)
15. Por regla general, ¿cuántas veces acudes al centro en un mes? (Ayudar al usuario a valorar el número medio de veces que acude al mes para citas clínicas, eliminando aquéllas que sólo sean para controles de orina exclusivamente) _____

Datos sobre satisfacción

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
16	He tenido el tiempo suficiente para expresar mis problemas a los miembros del equipo.				
17	El equipo ha comprendido mis problemas y la clase de ayuda que yo quería.				
18	La información recibida ha sido clara acerca de las diversas opciones de tratamiento de que dispone el centro.				
19	El equipo y yo estamos de acuerdo en cuáles deberían ser los objetivos de mi tratamiento.				
20	Siempre ha habido un miembro del equipo disponible cuando he querido hablar.				
21	El equipo me ha ayudado a motivarme para solucionar mis problemas.				
22	Cada vez que he asistido al centro me he sentido satisfecho.				
23	El tratamiento que estoy recibiendo es el adecuado a mis necesidades.				

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
24	Los miembros del equipo han actuado correctamente en el desempeño de su labor (profesionalidad).				
25	Recibo la ayuda que buscaba.				
26	Entiendo y acepto las reglas y normas del tratamiento.				
27	Los miembros del equipo me han informado de cuál es mi diagnóstico y la posible evolución de mi problema.				
28	El tratamiento que recibo me ayuda a resolver mis problemas y tengo confianza en él.				
29	El trato que recibo por parte del equipo ha sido amable y cortés.				
30	El equipo me ha facilitado el acceso a otros recursos sanitarios y sociales cuando los he necesitado.				
31	En el caso de disponer de otros centros de tratamiento en mi localidad, volvería a confiar en éste.				
32	En general, me considero satisfecho con el tratamiento que recibo.				

Puntuación percepción del equipo: suma de los valores de los ítems 16 + 17 + 19 + 20 + 21 + 24 + 27 + 29 + 30/9.

Puntuación percepción del programa: suma de los valores de los ítems 18 + 22 + 23 + 25 + 26 + 28 + 31 + 32/8.

Puntuación total: suma de los valores de todos los ítems /17.

Datos sobre Accesibilidad

33. ¿Cómo te enteraste de la existencia de este centro la primera vez que acudes a él?

1. Amigos	3. Familiares	5. Policía	7. Médico Servicios Sociales	9. Salud Mental	11. Otros
2. S. Sociales	4. Juzgados	6. Prensa/Radio	8. Ayuntamiento	10. ONG	12. No lo sé

Trasladar casilla a puntuación:

Médico S.S.	Amigos	Ayuntamiento	Policía
Serv. Sociales	ONG	Prensa	Juzgados
Salud Mental	Familiares	Radio	Otros/No lo sé

34. La primera vez que viniste al centro ¿te resultó difícil localizarlo?

Muy fácil	Fácil	Alguna dificultad	Mucha dificultad
-----------	-------	-------------------	------------------

35. ¿Cómo encontraste de complicado la forma de obtener la primera cita?

Muy fácil	Fácil	Alguna dificultad	Mucha dificultad
-----------	-------	-------------------	------------------

36. ¿Cómo fue el trato recibido por la persona que te atendió en la recepción?

Muy amable	Amable	Poco amable	Nada amable
------------	--------	-------------	-------------

37. ¿Cuánto tiempo empleas desde tu domicilio hasta el centro? _____

(Codificar en minutos)

Trasladar casilla a puntuación:

De 5 a 15 minutos	Entre 16 y 45 minutos	Entre 46 y 90 minutos	Más de 90 minutos

38. ¿Cuánto dinero necesitas para desplazarte al centro? _____

(Codificar en euros, sólo ida) y anotar el medio de locomoción que utiliza: _____

Trasladar casilla a puntuación:

De 5 a 150 euros	Entre 1 y 3 euros	Entre 3,01 y 6 euros	Más de 6 euros

39. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que pediste cita la última vez hasta que fuiste atendido? _____

(Codificar en días).

Hacer hincapié en que fue, o bien la primera vez que pidió cita (en los casos nuevos) o bien la última vez que tuvo necesidad de pedir cita tras haber dejado de venir durante un período de tiempo (en los más antiguos).

Trasladar casilla a puntuación:

Entre 1 y 3 días	Entre 4 y 10 días	Entre 11 y 30 días	Más de 31 días

40. ¿Cuánto tiempo sueles esperar desde que llegas a tu cita hasta que eres atendido? _____

(Codificar en minutos).

Trasladar casilla a puntuación:

Inmediatamente	Entre 5 y 15 minutos	Entre 16 y 30 minutos	Más de 31 minutos

41. ¿Cuánto tiempo sueles estar dentro de la consulta? _____

(Codificar en minutos)

42. ¿Consideras que el tiempo que estás en la consulta, en general, es el adecuado?

Muy adecuado	Adecuado	Poco adecuado	Nada adecuado
--------------	----------	---------------	---------------

43. ¿Consideras el edificio cómodo y sin problemas para acceder a él?

Muy cómodo	Cómodo	Algo incómodo	Muy incómodo
------------	--------	---------------	--------------

44. ¿Cómo crees que es el nivel de limpieza y confortabilidad del centro?

Muy adecuado	Adecuado	Poco adecuado	Nada adecuado
--------------	----------	---------------	---------------

45. ¿Cómo consideras las instalaciones del centro en general (baño, sala de espera, despachos, etc.)?

Muy buenas		Buenas		Malas		Muy malas	
------------	--	--------	--	-------	--	-----------	--

Puntuación total: sumatorio desde la 33 a la 45 (sin incluir la 41)/12

Otros datos sobre el proceso de información a los pacientes

46. Si te prescribieron medicamentos (pastillas, metadona), ¿te informaron de forma clara sobre cómo y cuándo debías tomarlos?

Muy bien		Bien		Regular		Mal	
----------	--	------	--	---------	--	-----	--

47. En caso de haber tomado medicación, ¿se te informó de las ventajas y de los efectos secundarios de la medicación recibida?

Muy bien		Bien		Regular		Mal	
----------	--	------	--	---------	--	-----	--

48. En caso de que se te realicen controles de orina, ¿se te ha explicado por qué son necesarios y cuáles son sus objetivos?

Muy bien		Bien		Regular		Mal	
----------	--	------	--	---------	--	-----	--

En el caso de no realizar controles de orina, no cumplimentar esta pregunta.

49. Consideras que la confidencialidad de tus datos está garantizada en todo momento?

Muy bien		Bien		Regular		Mal	
----------	--	------	--	---------	--	-----	--

Puntuación total: sumatorio desde la 46 a la 49/4

Impresión general

Estamos muy interesados en que nos sugieras todo aquello que nos ayude a mejorar el servicio.

Si quieres hacer cualquier comentario acerca del tratamiento que has recibido aquí, tomaremos nota al objeto de mejorar el tratamiento que podemos ofrecer.