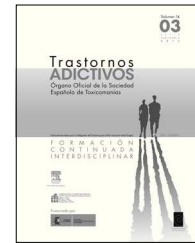


Trastornos ADICTIVOS

www.elsevier.es/ta



ORIGINAL

Encuesta sobre la satisfacción de los pacientes dependientes de heroína de la Comunidad de Valencia con los centros de tratamiento con metadona

J. Pérez de los Cobos^a, J. C. Valderrama^b, S. Valero^c, N. Sánchez^d, I. Gich^{e,f}
y J. Trujols^{a,f,*}

^aUnitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau). Barcelona. España.

^bUnidad de Información e Investigación Social y Sanitaria. Universidad de Valencia-CSIC. Valencia. España.

^cServei de Psiquiatria. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona. España.

^dUnidad de Conductas Adictivas de Elche. Elche. España.

^eServei d'Epidemiologia Clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau). Barcelona. España.

^fCentro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Madrid. España.

Recibido el 26 de junio de 2012; aceptado el 25 de septiembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Satisfacción del paciente;
Tratamiento de mantenimiento con metadona;
Estudios por encuesta;
Dependencia de heroína;
Perspectiva del paciente

Resumen

Objetivo. Valorar multidimensionalmente la satisfacción de los pacientes dependientes de heroína con los centros de tratamiento con metadona de la Comunidad de Valencia.

Método. Se solicitó a 278 pacientes que llegaron consecutivamente a los 12 centros (9 convencionales y 3 unidades móviles) seleccionados aleatoriamente, su participación en una encuesta que incluía la Escala de Verona para valorar la Satisfacción con los Servicios en los centros de Tratamiento con Metadona (VSSS-MT).

Resultados. Ciento sesenta y seis (59,7%) pacientes aceptaron participar. La media global de las puntuaciones en la VSSS-MT fue 3,5 (DT = 0,6), siendo el rango de puntuaciones de dicha escala 1-5 (1: malísima y 5: excelente). El porcentaje de pacientes que se sintió satisfecho (VSSS-MT > 3) fue, por categorías, el siguiente: valoración global, 82,4%; intervenciones básicas 80,6%; intervenciones específicas 59,3%; habilidades de los trabajadores sociales 66,3%; habilidades de los psicólogos 71,7%. En un análisis de regresión múltiple, los predictores independientes de la satisfacción con el tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) fueron: hallarse en régimen de *take-home* o dosis para llevar a casa, un menor número de días desde el último ajuste de dosis, y recibir el TMM en un centro convencional —y no en unidad móvil—. Este modelo de regresión explicó el 9% de la varianza de las puntuaciones totales de la VSSS-MT.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jtrujols@santpau.cat (J. Trujols).

KEYWORDS

Patient satisfaction;
Methadone
maintenance
treatment;
Cross-sectional
survey;
Heroin dependence;
Health services
evaluation

Conclusiones. Los pacientes dependientes de opioides de la Comunidad de Valencia se sienten ligeramente satisfechos con los centros de tratamiento con metadona. Las variables más intensamente asociadas con tal satisfacción explican un limitado porcentaje de la varianza de la puntuación global de la VSSS-MT.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SET. Todos los derechos reservados.

A survey about the satisfaction of heroin-dependent patients from Valencia Region (Spain) with methadone treatment centres

Abstract

Objective. To multidimensionally assess heroin-dependent patients' satisfaction with methadone treatment centres from Valencia Region (Spain).

Method. An independent interviewer recruited 278 consecutively arriving patients from 12 randomly selected centres (9 conventional centres and 3 mobile methadone clinics) to participate in a survey that included the Verona Service Satisfaction Scale for Methadone Treatment (VSSS-MT).

Results. One hundred sixty-six (59.7%) patients agreed to participate. Mean overall VSSS-MT score was 3.5 (SD = 0.6), on a 1-5 point scale (1 = terrible; 5 = excellent). The percentage of patients who felt satisfied (VSSS-MT scores > 3) was, by category: overall satisfaction, 82.4%; basic interventions, 80.6%; specific interventions, 59.2%; social worker skills, 66.3%; psychologist skills, 71.6%. In a multiple regression analysis, methadone take-home privileges, lower number of days from the last dose adjustment, and being treated in a conventional (not mobile) methadone clinic appeared as independent predictors of satisfaction with methadone maintenance treatment. This regression model accounted for 9% of the variance in VSSS-MT overall scores.

Conclusions. The survey results show that heroin-dependent patients from Valencia Region are slightly satisfied with methadone treatment centres. The variables most strongly related to this satisfaction accounted for only a limited amount of the variance in VSSS-MT overall scores.

© 2012 Elsevier España, S.L. and SET. All rights reserved.

Introducción

La satisfacción de los pacientes se considera un estado subjetivo que surge tras contrastar las expectativas acerca de la asistencia sanitaria con la experiencia real¹. La valoración de este estado ha sido recomendada encarecidamente en los centros de tratamiento de las drogodependencias para mejorar la calidad de los servicios prestados a los pacientes².

Esta recomendación resulta especialmente oportuna en los centros de tratamiento con metadona³ porque, a pesar de que los tratamientos de mantenimiento con metadona (TMM) son un eficaz tratamiento psicofarmacológico de la dependencia de heroína^{4,5} a la par que una contrastada intervención de reducción de daños^{6,7}, su aplicación puede suscitar insatisfacción en los pacientes. Si durante el TMM persiste el consumo de sustancias no prescritas, los profesionales suelen indicar medidas que interfieren en el régimen de vida del paciente. Entre tales medidas o "acontecimientos terapéuticos"⁸ destacan la reducción del número de dosis de metadona que pueden ser tomadas en casa y el análisis más frecuente de drogas de abuso en orina. Por otra parte, los pacientes con TMM son uno de los colectivos de usuarios de los centros o dispositivos de atención a las adicciones, que tienen más necesidades asistenciales^{9,10}. Como consecuencia, la insuficiente cobertura

de dichas necesidades puede generar un cierto nivel de insatisfacción con el TMM^{11,12}.

No obstante, varias encuestas han mostrado que los pacientes están muy satisfechos con los centros de TMM¹³⁻¹⁶. Este resultado pudo deberse al uso en estos estudios de instrumentos unidimensionales para valorar la satisfacción con el tratamiento. Con este tipo de instrumentos suele resultar muy difícil detectar la insatisfacción¹⁷. En el caso del TMM, la extensa variedad de intervenciones biológicas, psicológicas y sociales que se aplican hace aún más aconsejable la evaluación multidimensional de la satisfacción con el tratamiento. Con este fin se desarrolló la Escala de Verona para valorar la Satisfacción con los Servicios en los centros de Tratamiento con Metadona (VSSS-MT)¹⁸.

Según una encuesta realizada con la VSSS-MT, la satisfacción de los pacientes españoles con los centros de TMM es ligera (3,5 [DT = 0,6] en una escala de 1 a 5)¹⁹. Este resultado, por la metodología utilizada (análisis de datos agregados), no es extrapolable a cada una de las comunidades autónomas del Estado español. Además, como los gobiernos autónomos desarrollan políticas propias respecto a las drogodependencias resulta pertinente valorar la satisfacción de los pacientes en cada una de estas comunidades. El objetivo del presente estudio fue valorar la satisfacción de los pacientes con los centros públicos de TMM de la Comunidad de Valencia (CV).

Método

Participantes y centros

La selección de la muestra objeto de estudio se realizó mediante un procedimiento de muestreo por conglomerado, estratificado por provincia y tipo de centro, con afijación proporcional. En mayo de 2000 había en la CV 44 centros públicos de TMM, que atendían 4.408 pacientes dependientes de opioides. Estos centros se clasificaron en 5 tipos: unidad de conductas adictivas, unidad móvil, centro en hospital, centro de la Cruz Roja y Centro del Puerto de Valencia. Este último dispositivo se clasificó aparte dado el elevado número de pacientes ($n = 829$) tratados en el mismo. De acuerdo con el tamaño de la población atendida, la valoración de 270 participantes hubiera permitido calcular el intervalo de confianza (IC) del 95% del porcentaje de pacientes satisfechos con una precisión del 5,5% ($\alpha = 0,05$), asumiendo la situación hipotética muy desfavorable de hasta un 30% de pacientes insatisfechos (en la encuesta nacional realizada previamente¹⁹, la proporción de pacientes insatisfechos había sido del 15%). Tras el redondeo por exceso del número final de casos asignados a cada celda se decidió entrevistar a 280 pacientes.

Los centros elegibles debían tratar como mínimo al doble de pacientes de los que correspondía ser entrevistados en ese recurso. Además, era necesario que hubiesen estado operativos, como mínimo, durante los tres meses previos a la realización de la encuesta. Por último, debían ser dispensadores de metadona. Este requisito fue establecido para garantizar el encuentro con los pacientes, cuando estos fuesen a tomar o recoger la metadona. Para aquellos pacientes a los que se les prescribía la metadona en un centro y se les dispensaba en otro, las instrucciones de la encuesta aclaraban que la expresión “centro de tratamiento con metadona” se refería al conjunto de ambos centros.

Los participantes debían ser personas diagnosticadas de dependencia de opioides que seguían TMM (DSM-IV: 304.02)²⁰ en el centro elegido durante los tres meses previos, como mínimo. Los pacientes que presentaban claros signos de intoxicación por sustancias psicoactivas no fueron invitados a participar. Los participantes no recibieron ninguna compensación económica y todos firmaron un consentimiento informado.

Procedimiento y valoraciones

Una encuestadora independiente (NS) se desplazó durante los meses de agosto y septiembre de 2000 a los centros elegidos. Allí propuso consecutivamente (muestreo accidental) la participación en el estudio a los pacientes que llegaban para tomar o recoger la metadona. Los miembros del equipo terapéutico del centro no estuvieron presentes mientras los participantes contestaban la encuesta. El anonimato también se preservó instruyendo a los pacientes para que no pusieran sus nombres en los cuestionarios. Los datos de cada paciente respecto al TMM administrado fueron obtenidos del centro correspondiente. Los participantes rellenaron la VSSS-MT¹⁸ y contestaron a varias preguntas sobre su dependencia de heroína, los antecedentes de TMM y el grado de participación percibido en el episodio actual de tratamiento. Los resultados sobre esta participación han sido objeto de otra publicación²¹.

La VSSS-MT¹⁸ es una escala autoaplicada de 27 ítems, que se compone de cuatro factores: intervenciones básicas, intervenciones específicas, habilidades de los trabajadores sociales y habilidades de los psicólogos. Todos los ítems de la VSSS-MT tienen 5 opciones de respuesta del siguiente tipo Likert (1 = malísima, 2 = generalmente insatisfactoria, 3 = ni buena ni mala, 4 = generalmente satisfactoria, 5 = excelente). Los ítems dedicados a valorar las actividades de los profesionales, también tienen la opción de respuesta “no aplicable” (puntuación = 8), lo que permite valorar la percepción de los pacientes respecto a la disponibilidad de estos profesionales. En los ítems de la subescala intervenciones específicas se pregunta primero si el servicio en cuestión ha sido recibido. Si la respuesta es “sí”, la satisfacción es puntuada como se ha descrito previamente; cuando la respuesta es “no” se pregunta a los entrevistados si les hubiera gustado recibir ese servicio (6 = no, 7 = sí, 8 = no aplicable, 9 = no sé). De este modo, la VSSS-MT permite valorar la insatisfacción con la falta de provisión de intervenciones específicas. Para obtener los promedios de la subescala de intervenciones específicas, las respuestas “no” (puntuación = 6) y “sí” (puntuación = 7) se reconvierten, respectivamente, en las repuestas “generalmente satisfactoria” (puntuación = 4) y “generalmente insatisfactoria” (puntuación = 2). Por último, la respuesta “no sé”, simplemente no es computada. En el presente estudio, la fiabilidad como consistencia interna, estimada a través del coeficiente alpha de Cronbach, de las diferentes subescalas de la VSSS-MT se situó en 0,904 para la subescala de intervenciones básicas; 0,847 para la subescala de intervenciones específicas; 0,840 para la subescala de habilidades de los trabajadores sociales y 0,903 para la subescala de habilidades de los psicólogos.

Análisis de datos

Las eventuales diferencias entre grupos de participantes fueron exploradas mediante pruebas *t* para muestras independientes en el caso de las variables continuas, y pruebas *Z* de comparación de proporciones en el caso de las variables discretas. La asociación entre las puntuaciones de la VSSS-MT y otras variables continuas fue estimada mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Las diferencias en las puntuaciones de la VSSS-MT fueron examinadas mediante ANOVA que se siguieron, cuando procedía, de comparaciones *post-hoc* corregidas por el método de Bonferroni. Además, se realizó un análisis de regresión múltiple paso a paso para determinar qué variables explicaban la mayor proporción de la varianza de las puntuaciones totales de la VSSS-MT. Todos los análisis fueron de dos colas, se consideraron significativos cuando $p < 0,05$ y se realizaron con los paquetes estadísticos SPSS 15.0 y EPIDAT 3.1.

Resultados

Aceptación de la encuesta

De las 280 encuestas que se había proyectado realizar se descartaron dos, porque los pacientes que las contestaron ya no seguían TMM. A las 278 encuestas válidas propuestas respondieron 166 (59,7%) personas, rehusando participar en el estudio el resto de los pacientes con los que se contactó.

Una encuesta no fue incluida en el análisis de los resultados porque más del 20% de los ítems no habían sido cumplimentados.

Pacientes, TMM y centros

Las características de los 165 pacientes que completaron la encuesta, de los 12 centros (9 convencionales y 3 unidades móviles) donde se realizó, así como del TMM aplicado en dichos centros ya han sido descritas detalladamente en otro lugar²¹. En la tabla 1 se presentan algunas de dichas características básicas.

Satisfacción con TMM

La puntuación global (media \pm DT) de la VSSS-MT fue $3,5 \pm 0,6$. Este resultado indica "satisfacción ligera", de acuerdo con los siguientes rangos de significación clínica de las puntuaciones de la VSSS-MT¹⁹: 1 a 2 (insatisfacción elevada); > 2 a 3 (insatisfacción ligera); > 3 a 4 (satisfacción ligera); > 4 a 5 (satisfacción elevada). Respecto a las subescalas de la VSSS-MT, los participantes puntuaron $3,6 \pm 0,7$ en intervenciones básicas ($n = 165$); $3,2 \pm 0,7$ en intervenciones específicas ($n = 162$); $3,6 \pm 1,1$ en habilidades de los trabajadores sociales ($n = 86$) y $3,9 \pm 1,0$ en habilidades de los psicólogos ($n = 106$). Un ANOVA intrasujetos, restringido a los 68 participantes con disponibilidad percibida de los servicios de trabajadores sociales y psicólogos detectó diferencias estadísticamente significativas entre las subescalas de la VSSS-MT ($F(3,201) = 16,65, p < 0,001$). Los análisis *post-hoc* mostraron que sólo las puntuaciones de la subescala intervenciones específicas fueron inferiores a las puntuaciones de las demás subescalas: intervenciones básicas ($F(1,67) = 26,85, p < 0,001$), habilidades de los trabajadores sociales ($F(1,67) = 23,64, p < 0,001$) y habilidades de los psicólogos ($F(1,67) = 40,17, p < 0,001$).

En la tabla 2 se presenta el análisis categórico de las puntuaciones de la VSSS-MT. Este análisis fue realizado distribuyendo el promedio de las puntuaciones de la VSSS-MT en los rangos de significación clínica de esta escala. El porcentaje de pacientes que se sintió insatisfecho ($VSSS-MT \leq 3$) y satisfecho ($VSSS-MT > 3$) fue, respectivamente y por categorías, el siguiente: valoración global 17,6% y 82,4%; intervenciones básicas 19,4% y 80,6%; intervenciones específicas 40,7% y 59,3%; habilidades de los trabajadores sociales 33,7% y 66,3%; habilidades de los psicólogos 28,3% y 71,7%.

La tabla 3 recoge los resultados sobre la satisfacción con la falta de provisión de intervenciones específicas. Únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en psicoterapia familiar: la mayoría de los pacientes que no dispusieron de este tratamiento preferían no recibirlo ($p < 0,001$).

Relación entre satisfacción y otras variables

La vía de consumo de heroína fue la única variable de los pacientes que se relacionó con la satisfacción. Las personas con historia de consumo por vía endovenosa ($n = 82$), en comparación con los consumidores por vía pulmonar ($n = 80$), se sintieron menos satisfechos globalmente ($3,4 \pm 0,7$ frente a $3,7 \pm 0,5$; $t(153,6) = 2,60, p = 0,010$) y con las intervenciones básicas ($3,4 \pm 0,8$ frente a $3,8 \pm 0,6$; $t(153,4) = 3,14, p = 0,002$).

Tabla 1 Características de los pacientes, de los centros y del tratamiento con metadona

Pacientes	
Sexo (masculino)	76,8%
Edad	$33,1 \pm 6,7$
Número de episodios previos de TMM	$1,4 \pm 0,9$
Vía de consumo de la heroína	
Intravenosa	49,7%
Pulmonar	48,5%
Esnifada	1,8%
Centros	
Número de pacientes/centro	$326,3 \pm 306,1$
Horas de dispensación/semana	$19,1 \pm 10,4$
Meses de funcionamiento	$56,2 \pm 36,6$
Tratamiento con metadona	
Dosis de metadona (mg/d)	$68,0 \pm 30,4$
Tiempo en la dosis actual (días)	$168,1 \pm 263,0$
Retención (meses)	$32,6 \pm 35,6$
Visitas al centro/mes	$8,4 \pm 6,8$
Pacientes con dosis para tomar en casa	69,1%

Los datos se expresan como media \pm DT excepto si no se especifica lo contrario.

TMM: tratamiento de mantenimiento con metadona.

Tabla 2 Porcentaje de pacientes satisfechos e insatisfechos con el TMM en función del análisis categórico de las puntuaciones de la VSSS-MT

	Insatisfacción		Satisfacción	
	Elevada	Ligera	Ligera	Elevada
	%	%	%	%
VSSS-MT, global ($n = 165$)	0	17,6	58,2	24,2
Intervenciones básicas ($n = 165$)	2,4	17	52,1	28,5
Intervenciones específicas ($n = 162$)	9,3	31,5	49,4	9,8
Habilidades trabajadores sociales ($n = 86$)	11,6	22,1	37,2	29,1
Habilidades psicólogos ($n = 106$)	5,7	22,7	35,8	35,8

VSSS-MT: Escala de Verona para valorar la satisfacción con los Servicios en los centros de tratamiento con metadona. La distribución de los participantes se basa en los siguientes rangos de puntuaciones de la VSSS-MT: 1 a 2 (insatisfacción elevada), > 2 a 3 (insatisfacción ligera), > 3 a 4 (satisfacción ligera), y > 4 a 5 (satisfacción elevada).

Respecto al TMM, el número de visitas al centro por mes se relacionó negativamente con la subescala de intervenciones específicas ($r = -0,308, p < 0,001$) y con la puntuación total de la VSSS-MT ($r = -0,194, p = 0,013$). Además, los pacientes con dosis de metadona para llevar a casa, en comparación

Tabla 3 Satisfacción con la no provisión de los servicios incluidos en la subescala de intervenciones específicas de la VSSS-MT

Servicios no ofrecidos	“¿Le habría gustado recibir el servicio?”		Comparación
	Sí (%)	No (%)	
Rehabilitación individual (n = 97)	44,3	38,1	Z = 0,729 p = 0,466
Psicoterapia individual (n = 90)	38,9	33,3	Z = 0,621 p = 0,535
Psicoterapia de grupo (n = 157)	35,7	42,7	Z = 1,156 p = 0,248
Psicoterapia familiar (n = 122)	23	49,2	Z = 4,133 p < 0,001
Trabajo protegido (n = 145)	41,4	31	Z = 1,711 p = 0,087
Actividades recreativas en el centro (n = 155)	36,1	42,6	Z = 1,046 p = 0,295
Ayuda para actividades recreativas fuera del centro (n = 152)	39,5	36,8	Z = 0,354 p = 0,723
Ayuda en casa (n = 156)	39,1	42,3	Z = 0,461 p = 0,645

VSSS-MT: Escala de Verona para valorar la satisfacción con los servicios en los centros de tratamiento con metadona. Las respuestas “no sé” y “no aplicable” no se presentan; por este motivo, la suma de porcentajes no es igual a cien. NS: no significativo.

con los que no disfrutaban de este privilegio, presentaron mayor satisfacción tanto a nivel global ($3,6 \pm 0,6$ frente a $3,4 \pm 0,6$; $t(163) = 2,64$, $p = 0,009$) como respecto a las intervenciones específicas ($3,4 \pm 0,7$ frente a $2,9 \pm 0,6$; $t(160) = 3,81$, $p < 0,001$).

En cuanto a los centros, cuantas más horas estaban abiertos cada semana para dispensar metadona, mayor era la satisfacción tanto con las intervenciones básicas ($r = 0,184$, $p = 0,018$) y las habilidades de los psicólogos ($r = 0,274$, $p = 0,011$) como a nivel global ($r = 0,169$, $p = 0,030$). Los pacientes tratados en los centros convencionales no se mostraron más satisfechos que los tratados en las unidades móviles excepto en el área de las habilidades de los trabajadores sociales ($3,8 \pm 0,9$ frente a $2,8 \pm 1,3$; $t(15,4) = 2,82$; $p = 0,013$).

En el análisis multivariante se asoció a una mayor satisfacción global con el centro de tratamiento disponer de dosis de metadona para tomar en casa ($t = 3,28$, $b = 0,339$, $p = 0,001$), un menor número de días desde el último ajuste de dosis ($t = 2,74$, $b = -0,0005$, $p = 0,007$) y seguir el TMM en un centro convencional ($t = 2,32$, $b = 0,263$, $p = 0,021$). Este modelo de regresión sólo explicó el 9% de la varianza de las puntuaciones totales de la VSSS-MT ($F(3,154) = 6,18$, $p = 0,001$).

Discusión

Según la bibliografía conocida por los autores, la presente encuesta es la primera que se realiza para valorar la satisfacción con los centros de TMM en una región de un país occidental. El principal hallazgo de la encuesta es que existe una preeminencia clara de la satisfacción sobre la insatisfacción respecto al TMM, entre los dependientes de opioides de la CV. La mayoría de los pacientes, más del 80%, se sintió

globalmente satisfecho. Ahora bien, la intensidad de esta satisfacción fue, en conjunto, ligera. Por otra parte, los resultados obtenidos no permiten sugerir medidas dirigidas a reducir la insatisfacción, ya que las características de los participantes o del TMM evaluadas, apenas explicaron la décima parte de la varianza de la satisfacción global.

Los resultados referidos deben ser valorados teniendo en cuenta las limitaciones del estudio. El índice de participación fue casi del 60%, mientras que en la encuesta española¹⁹ superó el 70%. A pesar de que un considerable número de pacientes de la CV rechazó participar en la encuesta, la precisión del estudio se mantuvo en un valor similar (5,8%) al que se consideró óptimo (5,5%) cuando se calculó el tamaño de la muestra. Otras limitaciones de la encuesta tienen su origen en que el reclutamiento consecutivo de participantes no garantiza la obtención de una muestra representativa y en que los pacientes que previamente habían abandonado el TMM, tal vez por sentirse insatisfechos, no fueron entrevistados.

La satisfacción de los pacientes de la CV fue en general inferior a la detectada en las encuestas realizadas con instrumentos de evaluación unidimensionales¹³⁻¹⁶. Sin embargo, dadas las similitudes metodológicas, la mejor referencia para comentar los resultados de la presente encuesta es el estudio realizado previamente en toda España¹⁹. No obstante, ambos estudios no pueden ser genuinamente comparados porque en la encuesta española, como es lógico, también participaron pacientes de la CV aunque no fuesen representativos de este territorio. En cualquier caso, las principales coincidencias entre ambos estudios fueron la detección de una satisfacción global ligera, la escasa satisfacción generada por las intervenciones específicas y la ausencia de insatisfacción ante la falta de provisión de psicoterapia familiar.

El número de horas que los centros de la CV dedicaban a dispensar metadona a los pacientes se relacionó positiva-

mente con las puntuaciones de las subescalas de intervenciones básicas y de habilidades de los psicólogos así como con la puntuación total de la VSSS-MT. Este resultado es similar al obtenido previamente en la encuesta española que también mostró que el tiempo dedicado por los centros a dispensar metadona se relacionaba positivamente con la satisfacción global de los pacientes¹⁹.

La menor satisfacción de los pacientes de este estudio con antecedentes de consumo de heroína por vía endovenosa, en comparación con los consumidores por vía pulmonar, puede explicarse por diferencias en la prevalencia de enfermedades infecciosas graves. Es lógico suponer que los consumidores por vía parenteral presentaban con más frecuencia el VIH y/o el VHC. El afrontamiento de estas enfermedades pudo reducir la satisfacción de los pacientes por crear más necesidades¹¹ o por incrementar el malestar psicológico²².

Las variables que predijeron de forma independiente las puntuaciones totales de la VSSS-MT fueron disponer de dosis diarias de metadona para tomar en casa, un menor número de días desde el último ajuste de dosis, y recibir el TMM en un centro convencional y no en una unidad móvil. Existen varias explicaciones para este resultado. La disponibilidad de dosis de metadona para tomar en casa indica ausencia de “acontecimientos terapéuticos”⁸, es decir, una buena respuesta al TMM en términos de abstinencia de sustancias no prescritas. Además, los pacientes en TMM consideran las dosis para tomar en casa como el privilegio más valorado^{23,24}.

La relación entre satisfacción y menor tiempo desde el último ajuste de dosis seguramente refleja una buena accesibilidad del paciente al equipo terapéutico. A lo largo del TMM, los pacientes suelen solicitar ajustes frecuentes de la dosis de metadona (ya sea para reducir el riesgo de recaída ante la aparición del deseo de consumir o el afrontamiento de situaciones estresantes, o bien con el objetivo a medio plazo de desintoxicarse de dicho fármaco). La relación detectada sugiere que tales solicitudes fueron atendidas con prontitud. Por otra parte, los pacientes que toman la metadona en unidades móviles lo hacen muchas veces después de que se hayan presentado dificultades importantes de manejo en un centro convencional. En suma, el modelo multivariante obtenido para predecir las puntuaciones totales de la VSSS-MT es compatible con la hipótesis de que las dificultades de aplicación del TMM merman la satisfacción de los pacientes. Sin embargo, este modelo es claramente insuficiente ya que las variables que lo integran ni siquiera explican el 10% de las puntuaciones globales de la VSSS-MT, limitándose, en consecuencia, su utilidad para identificar intervenciones potencialmente eficaces para mejorar los niveles de satisfacción detectados. Es posible que otras variables —tanto a nivel de los participantes como del centro— no evaluadas en la presente encuesta pudieran aumentar la capacidad predictiva de dicho modelo.

Asimismo, otra posible limitación del presente estudio, igualmente aplicable a la práctica totalidad de autoinformes existentes para la evaluación de la satisfacción con el tratamiento en el ámbito de las drogodependencias, radicaría en el hecho de que el instrumento utilizado —en nuestro caso la VSSS-MT— no pueda medir de forma totalmente satisfactoria dicho constructo. Este hecho se debería al proceso de desarrollo de dichos instrumentos basado en un modelo estandarizado de satisfacción con el tratamiento

cuyos ámbitos de evaluación —habilidades y competencia del personal, etc.— han sido preseleccionados por los propios profesionales. Es posible que, consiguientemente, estos instrumentos tiendan a focalizar más la atención en las agendas de los gestores y clínicos. De ser así, esta falta de relevancia para la persona evaluada supondría una amenaza no sólo a la validez de cualquier instrumento de medida de variables eminentemente subjetivas —como la satisfacción con el tratamiento— sino también a los principios bioéticos básicos²⁵.

El desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación de la satisfacción con el tratamiento, más ‘centrados’ en el punto de vista del paciente²⁶ (por ejemplo el desarrollado por Lozano Rojas, et al²⁷) así como la utilización de técnicas cualitativas de recogida/generación de datos, deben jugar un papel primordial a la hora de intentar conocer con una mayor profundidad la perspectiva de los pacientes de los centros de TMM. El conocimiento en profundidad de dicha perspectiva es imprescindible para intentar optimizar dichos dispositivos o centros con el objetivo de que respondan mejor a las necesidades de sus usuarios.

Financiación

El presente estudio fue financiado parcialmente por la Dirección General de Drogodependencias (Conselleria de Benestar Social) de la Generalitat Valenciana.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Dra. Teresa Puig del Servicio de Epidemiología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau sus inestimables comentarios técnicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 2002;6(32):1-244.
2. World Health Organization. Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment: Workbook 6 Client satisfaction evaluations. Genève: World Health Organization; 2000.
3. Trujols J, Pérez de los Cobos J. La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: Una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones.* 2005;17 Suppl 2:181-204.
4. Connock M, Juárez-García A, Jowett S, Frew E, Liu Z, Taylor RJ, et al. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2007;11(9):1-171.
5. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (3):CD002209.

6. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (8):CD004145.
7. Trujols J, Iraurgi I, Solà I, Ballesteros J, Siñol N, Batlle F, et al. Infección por VIH y usuarios de drogas por vía parenteral: urgencia de la revitalización de los programas de reducción de daños. *Adicciones.* 2010;22(2):135-40.
8. Joe GW, Simpson DD, Hubbard RL. Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *J Subst Abuse.* 1991;3(1): 73-84.
9. Hser YI, Evans E. 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; 2000.
10. Stein MD, Friedmann P. Need for medical and psychosocial services among injection drug users: a comparative study of needle exchange and methadone maintenance. *Am J Addict.* 2002;11(4):262-70.
11. Hser YI, Evans E, Huang D, Anglin DM. Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psychiatr Serv.* 2004;55(7):767-74.
12. Zhang Z, Gerstein DR, Friedmann PD. Patient satisfaction and sustained outcomes of drug abuse treatment. *J Health Psychol.* 2008;13(3):388-400.
13. Joe G, Friend HJ. Treatment process factors and satisfaction with drug abuse treatment. *Psychol Addict Behav.* 1989;3(2): 53-64.
14. King VL, Kidorf MS, Stoller KB, Schwartz R, Kolodner K, Brooner RK. A 12-month controlled trial of methadone medical maintenance integrated into an adaptive treatment model. *J Subst Abuse Treat.* 2006;31(4):385-93.
15. Markez I, Iraurgi I, Póo M. Programas de mantenimiento con metadona en el País Vasco: Dispositivos específicos y oficinas de farmacia. *Trastornos Adictivos.* 2002;4(3):171-180.
16. Ward J. The case of community methadone treatment programs. En: World Health Organization, editor. *Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment: Workbook 6 Client satisfaction evaluations.* Genève: World Health Organization; 2000. p. 32-8.
17. Ruggeri M, Dall'Agnola R, Agostini C, Bisoffi G. Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1994; 29(6):265-76.
18. Pérez de los Cobos J, Valero S, Haro G, Fidel G, Escuder G, Trujols J, et al. Development and psychometric properties of the Verona Service Satisfaction Scale for methadone-treated opioid-dependent patients (VSSS-MT). *Drug Alcohol Depend.* 2002;68(2):209-14.
19. Pérez de los Cobos J, Fidel G, Escuder G, Haro G, Sánchez N, Pascual C, et al. A satisfaction survey of opioid-dependent clients at methadone treatment centres in Spain. *Drug Alcohol Depend.* 2004;73(3):307-13.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press;1994.
21. Pérez de los Cobos J, Trujols J, Valderrama JC, Valero S, Puig T. Patient perspectives on methadone maintenance treatment in the Valencia Region: Dose adjustment, participation in dosage regulation, and satisfaction with treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2005;79(3):405-12.
22. Hudak PL, Hogg-Johnson S, Bombardier C, McKeever PD, Wright JG. Testing a new theory of patient satisfaction with treatment outcome. *Med Care.* 2004;42(8):726-39.
23. Amass L, Bickel WK, Crean JP, Higgins ST, Badger GJ. Preferences for clinic privileges, retail items and social activities in an outpatient buprenorphine treatment program. *J Subst Abuse Treat.* 1996;13(1):43-9.
24. Stitzer ML, Bigelow GE. Contingency management in a methadone maintenance program: availability of reinforcers. *Int J Addict.* 1978;13(5):737-46.
25. Hagell P, Reimer J, Nyberg P. Whose quality of life? Ethical implications in patient-reported health outcome measurement. *Value Health.* 2009;12(4):613-7.
26. Iraurgi I, Trujols J. Medidas de Resultado Informadas por los Pacientes (MRIP) en la evaluación de la efectividad asistencial. En: Iraurgi I, Laespada MT, editores. *Nuevos enfoques en el tratamiento de las drogodependencias.* Bilbao: Universidad de Deusto; 2011. p. 33-49.
27. Lozano Rojas OM, Acedos Bilbao I, González Saiz F, Ballesta Gómez R. Dimensiones emergentes para la creación de una escala de percepción del tratamiento con sustitutivos opiáceos. *Adicciones.* 2008;20(1):19-26.