

Calidad de la atención desde la perspectiva del usuario en una comunidad terapéutica en Veracruz, México

Quality of care considering the user perspective in a therapeutic community in veracruz, mexico

María Sobeida Leticia Blázquez-Morales^{1*}, Patricia Pavón-León², María del Carmen Gogeochea-Trejo²

¹ Médica cirujana, doctorado en Educación, maestría en Psicología de la Salud; investigadora, Instituto de Ciencias de la Salud; Cuerpo académico, Drogas y adicciones: un enfoque multidisciplinario, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.

² Médica cirujana, doctorado en Ciencias de la Salud, maestría en Administración de Sistemas de Salud; investigadora, Instituto de Ciencias de la Salud; Cuerpo académico, Drogas y adicciones: un enfoque multidisciplinario, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.

*Correo electrónico: sblazquez@uv.mx y sobeida_blazquez@hotmail.com

..... Fecha de recibido: 04 – 08 – 15 Fecha de aceptación: 27 – 10 – 15

Citar este artículo así:

Blázquez-Morales MS, Pavón-León P, Gogeochea-Trejo MC. Calidad de la atención desde la perspectiva del usuario en una comunidad terapéutica en Veracruz, México. Revista Investig. Salud Univ. Boyacá. 2015;2:177-194

RESUMEN

Introducción. En México, uno de los problemas de salud pública son las adicciones, las cuales constituyen un fenómeno social con graves secuelas sanitarias y socioeconómicas de dimensiones considerables.

Objetivo. Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario, en una comunidad terapéutica del estado de Veracruz, México.

Métodos. Estudio transversal y analítico; la población fueron usuarios de la comunidad. Se utilizaron las pruebas ro de Spearman, biserial puntual, tau c de Kendall y ji al cuadrado ($p \leq 0,05$).

Resultados. Se incluyeron 61 usuarios, con media de edad de 33 años y primer consumo entre los 8 y los 17 años. La mayor frecuencia de estancia fueron, cuatro meses (62,3 %). El 96,7 % estaba conforme con la ubicación de la comunidad terapéutica y, el 95,1 %, a gusto con los servicios disponibles. A mayor edad, más miembros de la comunidad consideraron: adecuadas la ubicación ($r^{bp}=0,25$) y la distancia al núcleo urbano más próximo ($r^{bp}=0,27$); suficiente el tratamiento psicológico individual ($p=0,015$; $ro=0,311$), y suficientes las salidas individuales durante el tratamiento ($p=0,028$; $ro=0,281$). A mayor tiempo en el centro, más miembros de la comunidad consideraron insuficientes ($p=0,036$; $ro=-0,187$) las salidas individuales durante el tratamiento y suficiente la diversidad del grupo ($p=0,031$; $ro=0,193$). La mayoría de los residentes consideraron suficientes el tiempo en la comunidad, la formación profesional y la variedad de profesionales, y como muy bueno, el trato del personal.

Conclusiones. Las variables e indicadores estudiados fueron evaluados satisfactoriamente. Sin embargo, es importante la evaluación permanente para detectar áreas que pueden mejorar y hacer la corrección oportuna, como una estrategia organizativa fundamental para fortalecer los indicadores de calidad en la prestación del servicio.

Palabras clave: satisfacción del paciente, comunidad terapéutica, calidad de atención en salud.

ABSTRACT

Introduction: Addictions are one of the public health problems in México. They establish a social phenomenon that leads to serious consequences on the sanitary and socioeconomic field.

Objective: To evaluate the quality of care considering the user perspective in a therapeutic community located in Veracruz, México.

Methods: Cross-sectional and analytic study. Population: Users of the Therapeutic Community. The following tests were applied: Spearman's rho, Point-biserial correlation, Kendall's Tau-c and Chi-squared ($p \leq 0.05$).

Results: Sixty one users were included, average age 33 years, first drug use between 8 and 17 years; the highest frequency was 4 months (62.3%). 96.7% expressed agreement with the location of the T.C. and 95.1% were satisfied with the available services. The older members of the community considered more suitable the location of the facility ($r^{bp} = 0.25$), also the distance to the closest city ($r^{bp} = 0.27$). They considered adequate the amount of Individual psychological treatment ($p=0.015$, $\rho=0.311$) as well as adequate, the reinsertion activities during treatment ($p= 0.028$, $\rho=0.281$). Those with higher inpatient stay considered that these reinsertion activities were not enough ($p=0.036$, $\rho=-0.187$) and they estimated as adequate the diversity of the group ($p= 0.031$, $\rho=0.193$). Most users considered that the time they spent in the therapeutic community, the professional training, and diversity of the staff members were adequate and the care staff behavior was considered as very good.

Conclusion: The variables and indicators studied were successfully evaluated. However, it is important ongoing assessment in order to identify areas to improve and make the due correction, as a key organizational strategy to strengthen the quality indicators in the service.

Key words: Patient satisfaction, therapeutic community, quality healthcare

INTRODUCCIÓN

Entre los principales problemas de salud pública en México, se encuentran las adicciones, ya que constituyen un fenómeno social de dimensiones considerables, con graves secuelas tanto sanitarias como socioeconómicas que afectan a los individuos y a la sociedad. Esta situación ha ocasionado, en las instituciones de salud, públicas y privadas, un incremento en la demanda de tratamiento para el consumo de sustancias y sus consecuencias (1).

En México, la prevención, el tratamiento y el control de las adicciones se rigen por la Norma Oficial Mexicana 028 (NOM-028-SSA2-1999), la cual menciona que los establecimientos especializados en adicciones son aquellos que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas, y que, en cualquier caso, operan bajo un modelo de atención profesional, de ayuda mutua o mixto (2). Esta norma establece que el modelo mixto debe ofrecer servicios profesionales y de ayuda mutua en diversos establecimientos, tales como clínicas, comunidades terapéuticas y casas de medio camino.

El tratamiento de las adicciones en México ha recibido escasa atención por parte de las autoridades de salud. Durante décadas ha sido asumido por organizaciones de ayuda

mutua en modalidad ambulatoria y residencial, y en menor medida, por centros, clínicas o comunidades terapéuticas operadas por personal profesional, las cuales han incrementado su participación en los últimos años (3).

La comunidad terapéutica es un contexto educativo de tratamiento intenso durante 24 horas al día (4,5). "Comunidad" se define como aquel grupo de personas que se unen para alcanzar uno o varios objetivos y que, por sí solas, no podrían o les sería difícil cumplirlos; y "terapéutica" proviene del griego *therapeutikos*, que significa "cambio" (6).

Las comunidades terapéuticas para el tratamiento de las adicciones a sustancias psicoactivas, han existido desde hace aproximadamente 50 años (7). Generalmente, son ambientes residenciales libres de drogas que emplean un modelo jerárquico con etapas de tratamiento, que reflejan niveles graduales de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre pares, mediada por una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales, y a desarrollar habilidades más eficaces. Es un modelo fuertemente orientado hacia el concepto de ayuda mutua, organizado a partir de un método que busca el cambio cognitivo y conductual de la persona, sobre el que se desarrollan los procesos adictivos; la terapia grupal es primordial.

Este modelo hace del usuario un actor fundamental en el trabajo comunitario y, con protocolos y etapas previamente establecidas, lo guía hacia procesos de socialización, encuentro y reparación. La comunidad terapéutica busca como objetivo final la reinserción plena de las personas en la sociedad (4).

Es importante mencionar que los servicios de salud, incluso los centros de tratamiento de las adicciones, además de proporcionar medidas para mejorar la salud, deben brindar una atención con calidad para mayor beneficio del paciente (7). Para analizar la calidad de la atención, Donabedian propuso dos vertientes conceptuales. La primera consta de tres componentes: estructura (calidades de los centros asistenciales), proceso (actividades reales al dar y al recibir asistencia) y resultados (efectos en el estado de salud). La segunda implica dos dimensiones: la técnica (aplicación de la ciencia y la tecnología médica para obtener el máximo beneficio para la salud) y la interpersonal (apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes) (8,9).

La calidad se consigue no solo con el diseño, la ejecución y la evaluación del proceso, sino también, modificando la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas, es decir, la calidad percibida. Por lo tanto, la satisfacción del usuario es un resultado muy

importante, ya que contribuye a determinar la calidad de la atención según la percepción del usuario (10,11).

De este modo, la calidad de la atención es una herramienta de gestión que facilita una nueva forma de relación entre el usuario y el prestador del servicio, basada en la confianza del primero hacia el segundo; además, satisface las necesidades y las expectativas de los usuarios y del prestador (12,13). Es muy importante la satisfacción o insatisfacción que el usuario manifieste respecto del tratamiento recibido, ya que puede impactar directamente en el éxito de la intervención. Podría esperarse que aquellos no satisfechos puedan abandonar prematuramente el tratamiento o responder a las expectativas de modo diferente (14,15).

El término calidad es complejo y multidimensional, e implica conocer las necesidades y tener un modelo de referencia con el cual comparar la realidad, para conseguir la satisfacción de los pacientes (15).

Los centros de tratamiento de las adicciones son insuficientes para atender la demanda potencial, los existentes carecen de la infraestructura y del personal profesional calificado para hacerse cargo eficazmente de todo el proceso; se trasgreden los derechos humanos de los usuarios, no existen programas de capacitación continuos para la formación de

equipos técnicos y profesionales que operen los centros de tratamiento, y no existen evaluaciones que demuestren su eficacia (16,17).

Las comunidades terapéuticas son los centros con el mayor número de estudios publicados sobre la evaluación de sus programas de tratamiento, tanto en Europa como en los Estados Unidos. La mayoría de las investigaciones coinciden en que el modelo de comunidad terapéutica mejora las áreas de salud, personal y laboral (6), es eficaz para ciertos tipos de consumidores de drogas (18), y es rentable pues se han demostrado beneficios en su costo, iguales o superiores a los de otras intervenciones de tratamiento (18,19). En América Latina y en México, son escasos los estudios dirigidos a evaluar el modelo de tratamiento en este tipo de centros.

En vista de su importancia, en este estudio se evaluó la calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios en una comunidad terapéutica, con respecto al proceso, el resultado, la estructura, la dimensión técnica y la dimensión interpersonal, con el fin de aportar elementos para desarrollar estrategias que mejoren la calidad de la atención en los centros de tratamiento de adicciones.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio transversal y analítico. La comunidad terapéutica seleccionada fue un espacio residencial para el tratamien-

to y la rehabilitación integral de personas del sexo masculino dependientes de drogas ilegales y del alcohol, ubicado en una localidad del estado de Veracruz, México. El modelo de tratamiento que se aplica corresponde a una comunidad terapéutica atendida por profesionales de la salud, el cual incluye, entre otras actividades, un taller por semana y sesiones en grupos terapéuticos con los residentes; asimismo, los terapeutas trabajan con los familiares de los usuarios. Al mes de iniciado el proceso se hace una salida recreativa y, en la última etapa del tratamiento, otras salidas para la reinserción social. En este centro, la duración del tratamiento es de cuatro meses.

La población de estudio fueron los sujetos de sexo masculino con problemas de adicción, usuarios del tratamiento residencial de la comunidad terapéutica. La muestra fue no probabilística por conveniencia.

Las variables incluidas fueron: la estructura: ubicación, distancia al núcleo urbano, servicios disponibles, infraestructura y recurso humano; el proceso: tratamiento psicológico individual y grupal, atención médica, actividades educativas, actividades grupales, salidas culturales y recreativas, y salidas individuales durante el tratamiento; el resultado: tiempo de estancia en la comunidad terapéutica y expectativas del usuario sobre el tratamiento; la dimensión técnica: formación profesional y

tipos de profesionales; y la dimensión interpersonal: trato del personal, relación entre compañeros y ambiente interno.

La información se recolectó mediante la aplicación de un instrumento denominado "Entrevista de evaluación: estructura, procesos y resultados". Este cuestionario consta de cinco apartados: datos de identificación, tratamiento, servicios, profesionales y residentes, con diferentes opciones de respuesta, algunas dicotómicas y otras como escala de tipo Likert, con un total de 86 ítems. Este instrumento fue creado por Gutiérrez-Rosado y Raich Escursell, y aplicado en 1998 (20) para evaluar programas de comunidades terapéuticas para drogadictos, en cuanto a estructura, procesos y resultados en la Universidad Autónoma de Barcelona, España. Para este estudio, el instrumento se validó mediante la revisión de la bibliografía existente, fue analizado por expertos y se aplicó una prueba piloto en un grupo de residentes de una comunidad terapéutica, que cumplían con los criterios de inclusión que se utilizaron en la muestra de estudio.

Según el instrumento utilizado, se consideraron: la cantidad, como las horas o el tiempo dedicado al indicador especificado; la calidad, como la adecuación del tratamiento a la problemática personal; y la utilidad, como la percepción personal del grado de utilidad del tratamiento para el cambio

de actitudes y comportamientos personales. El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el *software* estadístico SPSS®, versión 20, y se hizo en dos etapas: análisis descriptivo y análisis inferencial. En el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media). Para el análisis inferencial, se utilizaron las variables independientes: edad en años cumplidos a la hora de la entrevista y meses de permanencia en el centro de tratamiento. Se aplicaron las pruebas *ro* de Spearman, *tau c* de Kendall y *ji* al cuadrado, considerando $p \leq 0,05$ con un intervalo de confianza del 95 % y *biserial puntual* $^{*rbp} \geq 0,25$ para identificar la relación entre variables dependientes (estructura, proceso, resultados y dimensiones).

Se obtuvo el consentimiento informado de los usuarios sujetos a la investigación, de acuerdo con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki. En todo momento se contó con la colaboración de los usuarios y autoridades del centro para la realización de este estudio, por lo tanto, no se presentaron dificultades para cumplir con los objetivos. Respecto de las limitaciones de la investigación, es importante mencionar el carácter no aleatorio de la muestra utilizada, lo cual limita su representatividad y, por lo tanto, no se pueden generalizar los resultados.

RESULTADOS

Se incluyeron todos los usuarios del centro de tratamiento, 61 al momento de la medición; no se excluyó a ningún usuario, ni tampoco se presentaron pérdidas de los sujetos estudiados; el promedio de edad fue de 33 ± 15 años. El tiempo de estancia en la comunidad terapéutica fue de cuatro meses en el 62,3 %, de tres meses en 21,3 % y de cinco meses en 16,4 %. El promedio de edad del primer consumo fue a los 17 años, y las drogas de impacto fueron el alcohol (26 %) y la marihuana (18 %).

En la variable estructura, los más frecuente (96,7 %) fue que la comunidad terapéutica estuviera situada en el campo; el 90 % comentó que era adecuada la distancia del centro al núcleo urbano más próximo, y el 88 % dijo que los medios de transporte hacia la comunidad terapéutica eran adecuados. En general, los usuarios calificaron los servicios como normales (1,6 %), buenos (29,5 %) o muy buenos (68,9 %).

En relación con los servicios disponibles, el 95,1 % dijo estar a gusto. El 95 % de los usuarios consideraron adecuada la calidad de los espacios de uso común; el 90 %, suficientes los de uso individual, y el 66 %, suficientes otras instalaciones.

En otros aspectos: el 85,2 % de los usuarios consideró los profesionales suficientes y, el

14,8 %, insuficientes; el 88,5 % consideró suficientes las horas que permanecen en el centro y, el 11,5 %, insuficientes; el 88,5 % consideró suficiente la organización del equipo y, el 11,5 %, insuficiente; el 65,6% consideró muy buenos los profesionales del centro, el 32,8 %, buenos, y el 1,6%, normales; el 83,6 % consideró aceptable el número de personas atendidas en el centro y el 16,4% consideró que eran demasiadas.

En relación con la variable proceso, la mayoría de los residentes consideró mejor el tratamiento psicológico grupal, principalmente el número de horas semanales y su utilidad, mientras que las salidas culturales y recreativas obtuvieron los porcentajes más bajos en las tres características (cantidad, calidad y utilidad).

La mayoría de los usuarios calificó como suficientes la coherencia en el actuar y la responsabilidad en el cumplimiento de las propuestas del equipo profesional, y un gran porcentaje de los residentes calificó como aceptable la diversidad del grupo. En cuanto a los resultados, más de la mitad de los residentes consideró suficiente el tiempo de terapia para ayudar a resolver sus problemas; la mayoría calificó el tratamiento impartido como muy bueno, y consideró que el grupo de residentes afectaba positivamente su tratamiento y que la comunidad terapéutica cumplió con sus expectativas (tabla 1).

Tabla 1. Evaluación de las variables proceso y resultados

Proceso: tratamiento									
Variable	Horas por semana			Cantidad		Calidad		Utilidad	
	I	NI	NC	S	NS	S	NS	S	NS
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Tratamiento psicológico individual	83	7	10	72	28	90	10	87	13
Tratamiento psicológico grupal	97	3	0	84	16	93	7	98	2
Atención médica	91	5	5	84	16	90	10	92	8
Actividades educativas	90	3	7	97	3	91	9	93	7
Actividades recreativas	84	3	13	85	15	82	18	80	20
Actividades grupales	92	3	5	87	13	93	7	88	12
Salidas culturales y recreativas	66	23	11	52	48	66	34	59	41
Salidas individuales durante el tratamiento	87	3	10	75	25	87	13	88	12
Proceso: profesionales y residentes									
			F	%		Total			
Profesionales: coherencia y responsabilidad	Suficientes		52	85,2		61	100		
	Insuficientes		9	14,8					
Residentes: diversidad del grupo	Demasiadas		8	13,1		61	100		
	Aceptable		53	86,9					
Resultados									
			F	%		Total			
Tiempo en la comunidad terapéutica es suficiente.	Sí		37	60		61	100		
	No		23	38					
	No contestó.		1	2					
El grupo de residentes afecta a tu tratamiento.	Positivamente		47	77		61	100		
	Negativamente		12	19,7					
	No contestó.		2	3,3					
La comunidad terapéutica cumplió con tus expectativas.	Sí		46	75,4		61	100		
	No		13	21,3					
	No contestó.		2	3,3					
El tratamiento impartido en la comunidad terapéutica fue	Muy bueno		49	80		61	100 %		
	Bueno		12	20					

I: imprescindible; NI: no imprescindible; NC: no contestó; S: suficiente; NS: no suficiente

Los residentes de la comunidad terapéutica opinaron sobre la dimensión técnica, que la variedad de profesionales y su formación profesional eran suficientes, y sobre la dimensión interpersonal, más de la mitad de ellos consideraron muy bueno el trato recibido de los profesionales. Para la mayoría de los usuarios, fueron adecuadas la confianza en los profesionales que los atienden, la relación entre compañeros de tratamiento y con el equipo profesional, y la confianza en el tratamiento en cuanto al ambiente interno entre compañeros (tabla 2).

Tabla 2. Dimensión técnica e interpersonal

Dimensión técnica		F	%	Total (%)	
Formación de los profesionales	Suficientes	57	93,4	61	100
	Insuficientes	4	6,6		
Tipos de profesionales	Suficientes	54	88,5	61	100
	Insuficientes	7	11,5		
Dimensión interpersonal		F	%	Total (%)	
Profesionales					
Trato recibido	Muy bueno	40	65,6	61	100
	Bueno	21	34,4		
	Bueno	35	57,4		
Accesibilidad para hablar con ellos	Normal	19	31,1	61	100
	Total	7	11,5		
Residentes					
Confianza en los profesionales	Adecuado	58	95,1	61	100
	Inadecuado	3	4,9		
Respeto entre los compañeros	Adecuado	42	68,9	61	100
	Inadecuado	19	31,1		
Relación entre compañeros de tratamiento	Adecuado	55	90,2	61	100
	Inadecuado	6	9,8		
Relación con el equipo de profesionales	Adecuado	59	96,7	61	100
	Inadecuado	2	3,3		
Confianza en el tratamiento en el ambiente interno entre los compañeros	Adecuado	60	98,4	61	100
	Inadecuado	1	1,6		

El análisis de la correlación entre los indicadores de las variables estructura y edad, mostró que los residentes de mayor edad consideraron la ubicación de la comunidad terapéutica ($r^{bp} = 0,25$) y la distancia al núcleo urbano más próximo ($r^{bp} = 0,27$) como adecuadas (tabla 3).

Tabla 3. Correlación entre los indicadores de las variables estructura y edad

Edad en años cumplidos				
Indicadores de la variable estructura		F	%	
Ubicación del centro de tratamiento	Adecuado	58	95,1	* $r^{bp} = 0,25$
	Inadecuado	3	4,9	
Distancia al núcleo urbano más próximo	Adecuado	55	90,2	* $r^{bp} = 0,27$
	Inadecuado	6	9,8	
Medios de transporte para acceder al centro	Suficientes	54	88,5	** $p = 0,114$
	Insuficientes	7	11,5	
¿Crees que es positivo que el centro esté situado en el campo o piensas que podría cubrir la misma función en una zona urbana?	Es positivo	59	96,7	* $r^{bp} = 0,20$
	Misma función	2	3,3	
En términos generales, consideras que los servicios que ofrece este centro son	Muy buenos	42	68,9	** $p = 0,689$
	Buenos	19	31,1	
Número de profesionales	Suficientes	52	85,2	** $p = 0,225$
	Insuficientes	9	14,8	
Número de horas de permanencia en el centro	Suficientes	54	88,5	** $p = 0,780$
	Insuficientes	7	11,5	
Organización del equipo	Suficientes	54	88,5	** $p = 0,439$
	Insuficientes	7	11,5	
Número de personas atendidas	Suficientes	51	83,6	** $p = 0,359$
	Insuficientes	10	16,4	
Estabilidad del equipo de profesionales (movilidad)	Estable	58	95,1	* $r^{bp} = -0,07$
	Inestable	3	4,9	
Total		61	100	

* biserial puntual: ** ro de Spearman

El análisis de la correlación entre los indicadores de las variables proceso y edad, mostró que los residentes de mayor edad consideraron el tratamiento psicológico individual ($p=0,015$, $r_o=0,311$) y las salidas individuales durante el tratamiento ($p=0,028$, $r_o=0,281$), como suficientes (tabla 4).

Tabla 4. Correlación entre los indicadores de las variables 'proceso' y 'edad'

Edad en años				
Indicadores de la variable proceso		F	%	
Tratamiento psicológico individual	Suficientes	56	91,8	* $p=0,015$, $r_o=0,311$
	Insuficientes	5	8,2	
Tratamiento psicológico grupal	Suficientes	58	95,1	* $p=0,130$
	Insuficientes	3	4,91	
Atención médica	Suficientes	56	91,8	* $p=0,290$
	Insuficientes	5	8,2	
Actividades educativas	Suficientes	56	91,8	* $p=0,341$
	Insuficientes	5	8,2	
Actividades recreativas	Suficientes	52	85,2	* $p=0,450$
	Insuficientes	9	14,8	
Actividades grupales	Suficientes	57	93,4	* $p=0,624$
	Insuficientes	4	6,6	
Salidas culturales y recreativas	Suficientes	37	60,7	* $p=0,356$
	Insuficientes	24	39,3	
Salidas individuales durante el tratamiento	Suficientes	51	83,6	* $p=0,028$, $r_o=0,281$
	Insuficientes	10	16,4	
Coherencia en sus actuaciones y responsables en el cumplimiento de sus propuestas	Suficientes	52	85,2	* $p=0,864$
	Insuficientes	9	14,8	
Diversidad del grupo: edad, procedencia, tipo de adicción dominante, etc.	Aceptables	53	86,9	* $p=0,849$
	Demasiadas	8	13,1	
Total		61	100.0	

* r_o de Spearman

La relación entre los indicadores de las variables proceso y meses de permanencia, mostró que los residentes con mayor número de meses de permanencia en la comunidad

terapéutica, consideraron como insuficientes las salidas individuales durante el tratamiento ($p=0,036$; $r_o=-0,187$) y como aceptable la diversidad del grupo ($p=0,031$; $r_o=0,193$) (tabla 5).

Tabla 5. Relación entre los indicadores de las variables proceso y meses de permanencia

	Meses	3		4		5		
		F	%	F	%	F	%	
Tratamiento psicológico individual	Suficientes	10	76,9	37	97,4	9	90,0	*p=0,325
	Insuficientes	3	23,1	1	2,6	1	10,0	
Tratamiento psicológico grupal	Suficientes	11	84,6	37	97,4	10	100,0	*p=0,146
	Insuficientes	2	15,4	1	2,6	-	-	
Atención médica	Suficientes	11	84,6	35	92,1	10	100,0	*p=0,171
	Insuficientes	2	15,4	3	7,9	-	-	
Actividades educativas	Suficientes	11	84,6	35	92,1	10	100,0	*p=0,171
	Insuficientes	2	15,4	3	7,9	-	-	
Actividades recreativas	Suficientes	11	84,6	34	89,5	7	70,0	*p=0,490
	Insuficientes	2	15,4	4	10,5	3	30,0	
Actividades grupales	Suficientes	12	92,3	35	92,1	10	100,0	*p=0,410
	Insuficientes	1	7,7	3	7,9	-	-	
Salidas culturales y recreativas	Suficientes	6	46,2	24	63,2	7	70,0	*p=0,222
	Insuficientes	7	53,8	14	36,8	3	30,0	
Salidas individuales durante el tratamiento	Suficientes	9	69,2	32	84,2	10	100,0	*p=0,036, ro=-0,187
	Insuficientes	4	30,8	6	15,8	-	-	
Coherencia en sus actuaciones y responsables en el cumplimiento de sus propuestas	Suficientes	10	76,9	33	86,8	9	90,0	*p= 0,378
	Insuficientes	3	23,1	5	13,1	1	10,0	
Diversidad del grupo	Aceptables	9	69,2	34	89,5	10	100,0	*p=0,031, ro=0,193
	Demasiadas	4	30,8	4	10,5	-	-	
Total		13	100,0	38	100,0	10	100,0	

* tau c de Kendall

El análisis de la variable resultado demostró que no existen relaciones ni correlaciones entre los indicadores de esta variable y la edad y los meses de permanencia, es decir, la opinión de los residentes sobre esta variable no depende de la edad ni de los meses de permanencia en la comunidad terapéutica, En el análisis de la variable dimensión técnica, igualmente, los resultados demostraron que no existen correlaciones, es decir, la edad y los meses de permanencia no influyen en las opiniones sobre la suficiencia o insuficiencia de la calidad y el tipo de profesionales, Asimismo, en la variable dimensión interpersonal, el análisis demostró que no existen relaciones ni correlaciones entre los indicadores de esta variable y la edad y los meses de permanencia.

DISCUSIÓN

Las investigaciones sobre comunidades terapéuticas han abordado diferentes temas principalmente enfocados en la evaluación de la efectividad de los diferentes modelos utilizados y el papel de los profesionales en los centros de tratamiento (21,22).

En el presente estudio se recabó información desde la perspectiva del usuario en relación con algunos elementos de la calidad de la atención en la comunidad terapéutica con respecto a la estructura, el proceso, los resultados y las dimensiones técnica e interpersonal, Los resultados del análisis descriptivo

reportaron que los residentes de este centro expresaron una opinión satisfactoria con respecto a la mayoría de los elementos investigados en las variables antes mencionadas, datos que coinciden con los resultados de otros estudios (23-29).

Sin embargo, en ningún estudio se ha analizado la asociación entre la edad y los meses de permanencia en la comunidad terapéutica, con los indicadores de las variables de calidad en la atención brindada, En este estudio se observó que, a mayor edad de los residentes, estos califican satisfactoriamente la ubicación de la comunidad terapéutica y su distancia al núcleo urbano más próximo; igualmente, a más edad de los usuarios, consideraron suficientes el tratamiento psicológico individual y las salidas individuales durante el tratamiento. Estos resultados podrían deberse a que los usuarios con mayor edad presentan probablemente mayor madurez emocional (30) y psicológica (31), lo que les permite visualizar bajo otra perspectiva su estancia en la comunidad terapéutica, sin embargo, el tener mayor tiempo de internamiento posiblemente podría permear la opinión de insuficiencia de las salidas individuales y esta misma condición podría ser la responsable de valorar la suficiencia en la diversidad del grupo.

La mayor parte de las variables y los indicadores estudiados fueron evaluados satisfactoriamente por los usuarios; no obstante,

es muy importante evaluar permanentemente la calidad de la atención en la comunidad terapéutica, para detectar áreas que pueden mejorar y hacer la corrección oportuna, como una estrategia organizativa fundamental para fortalecer indicadores de calidad en la prestación del servicio que se brinda. Esto podría facilitar la implementación de un sistema de gestión de calidad en este centro, que posteriormente podría servir como referencia para otras comunidades terapéuticas, siempre y cuando se encuentren en contextos sociales similares al del programa evaluado.

Para futuros estudios se podría considerar el análisis de las expectativas y experiencias de los usuarios de los centros de tratamiento, mediante técnicas cualitativas para profundizar en el conocimiento.

Conflicto de intereses

Los autores del estudio declaran no tener conflicto de interés.

Agradecimientos

A Jorge Sánchez-Mejorada Fernández y Roberto Meyer Gómez, por su apertura y apoyo para realizar este estudio.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud, México, DF: SSA; 2006.
2. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, México: 2000.
3. Maroto AL, Coordinador, Manual de buena práctica para la atención a drogodependientes en los centros de emergencias, Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España; 2005.
4. De León G, La comunidad terapéutica y las adicciones, Teoría, modelo y método, Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2004.
5. Pérez del Río F, Origen alemán de la comunidad terapéutica, Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2010;30:145-9.
6. García JA, Evaluación de resultados de un programa de comunidad terapéutica con mantenimiento de metadona. Liber Addictus. 2009;105:1-15.
7. Rodríguez AC, Aspectos teórico-metodológicos de las Comunidades Terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos, Cuadernos FHyCS-UNJu, 2009;37:317-27.

8. Donabedian A, Evaluating the quality of medical care, *Milbank Memorial Fund Quart*, 1966;44:166-202.
9. Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Saucedo-Valenzuela AL, Vértiz-Ramírez JJ, Juárez-Ramírez C, Wirtz VJ, *et al*, Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México, *Salud Publica Mex*, 2013;55(Supl.2):S100-5.
10. Donabedian A, *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica*, México: Topografía Fenian; 1990.
11. Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, Cabrera A, Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves, *Rev Calidad Asistencial*, 2001;16:37-44.
12. Rodríguez M, Jiménez-Lerma JM, Iraurgi I, Murua F, Bacigalupe L, Chavarrri MR, *et al*, Evaluación de la satisfacción con el tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias a través del "Treatment Perceptions Questionnaire" (TPQ), *Adicciones*, 2002;14:417-24.
13. Saunders RR, Saunders JL. W. Edwards Deming, quality analysis, and total behavior management, *Behav Anal*, 1994;17:115-25.
14. De Leon G, Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says, *Therapeutic Communities*, 2010;31:104-28.
15. Ramón C, Salas P, Díaz HL, Pérez HG, Identificación y diseño de las competencias laborales en el Sistema Nacional de Salud, *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 2013;27:92-102.
16. Martín-Pozas J, Coordinador, Cuestionario sobre indicadores de calidad en comunidad terapéutica: Un procedimiento para su aplicación, Federación Europea de Asociaciones de Intervinientes en Toxicomanías (ERIT), Grupo de expertos europeos sobre indicadores de calidad en comunidades terapéuticas para toxicómanos, n,d, Fecha de consulta: 19 de febrero de 2015. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements,cfm/att_4085_ES_Cuestionario%20sobre%20Indicadores%20de%20Calidad%20en%20Comunidad%20Terapica.pdf.
17. Rojas E, Real T, García-Silberman S, Medina-Mora ME, Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México, *Salud Mental*. 2011;34:351-365.
18. Pitts J, Rowdy Y, Cost benefits of therapeutic community programming: results of a self-funded survey, *Therapeutic Communities*, 2010;31:129-44.

19. Rowdy Y, Recovery we can afford: An analysis of a sample of comparative, cost-based studies, therapeutic communities, 2010;31:145-56.
20. Gutiérrez-Rosado T, Evaluación de programas de comunidades terapéuticas para drogodependientes estructura, procesos y resultados, España: Universidad Autónoma de Barcelona; 1999.
21. Castrillón-Valderrutén MC, Entre "teoterapias" y "laicoterapias": comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales, *Psicología & Sociedade*, 2008;20:80-90.
22. Díaz-Heredia LP, Palucci-Marziale MH, El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia, *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2010;18:573-81.
23. Arnáez-Montaraz C, Manira-González PA, Secades-Villa R, Calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en tratamiento por drogodependencia en Asturias, *Adicciones*, 2004;16:81-90.
24. García JA, Dopico-Rodríguez E, Reduciendo adicciones: evaluación de resultados de una comunidad terapéutica, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 2013, Fecha de consulta: 19 de febrero de 2015. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccs/25/drogodependencia.html.
25. Jeifetz V, Tajer D, Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones, *Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público*, *Anu Investig*, 2010;17:317-20.
26. López GJJ, Evaluación de la eficacia de la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra [tesis doctoral], Pamplona: Departamento de Psicología y Pedagogía, Universidad Pública de Navarra; 2005.
27. López-Fernández O, Ferrer-Pérez X, Lafarga-Lebey S, Honrubia-Serrano ML, Tudela-Mari M, Seguimiento de dependientes del alcohol y/o de la cocaína después de su salida de una Comunidad Terapéutica: estudio piloto, *Adicciones*, 2011;23:289-98.
28. Martín-Araújo JC, Opinión de los usuarios sobre la atención prestada en un centro ambulatorio de atención a drogodependientes. *Adicciones*, 2003;15:341-50.
29. Sánchez-Hervás E, Calidad asistencial y tratamiento psicológico de las drogodependencias, Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja, *Rev Española de Drogodependencias*, 2006;31:210-8,
30. Márquez-González M, Fernández MI, Montorio CI, Losada BA, Experiencia y regulación emocional a lo largo de

la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad, *Psicothema*, 2008;20:616-22.

31. Zacarés JJ, Serra DE, La madurez personal perspectivas desde la psicología, España: Ediciones Pirámide; 1998.