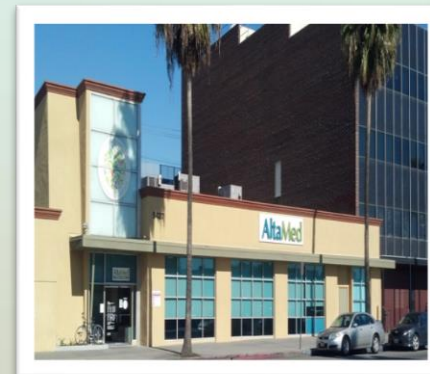


DETECCIÓN TEMPRANA DE USO DE SUSTANCIAS EN CENTROS DE SALUD



Tijuana, México

Compartiendo experiencias



Los Ángeles, Estados Unidos

Guillermina Natera
Miriam Arroyo

Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente Muñiz

Investigadores e instituciones

México

Guillermina Natera
Iletza Bojórquez
Miriam Arroyo
Mario González
Yadira Ramos

Estados Unidos

Lillian Gelberg
Ron Aderson
Melvin Rico
Mani Vahidi
Julia Yacenda



Comisión Nacional
contra las Adicciones



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



NIDA
NATIONAL INSTITUTE
ON DRUG ABUSE

¿Cómo nace el proyecto?

9ª. Conferencia Binacional México-Estados Unidos sobre Reducción de la Demanda de Drogas, México



Acuerdos:

- Desarrollar un modelo de detección temprana e intervención breve para la identificación y prevención del consumo en la frontera norte México - EU
- Identificar áreas de oportunidad para la prevención y colaboración futura.

Objetivo

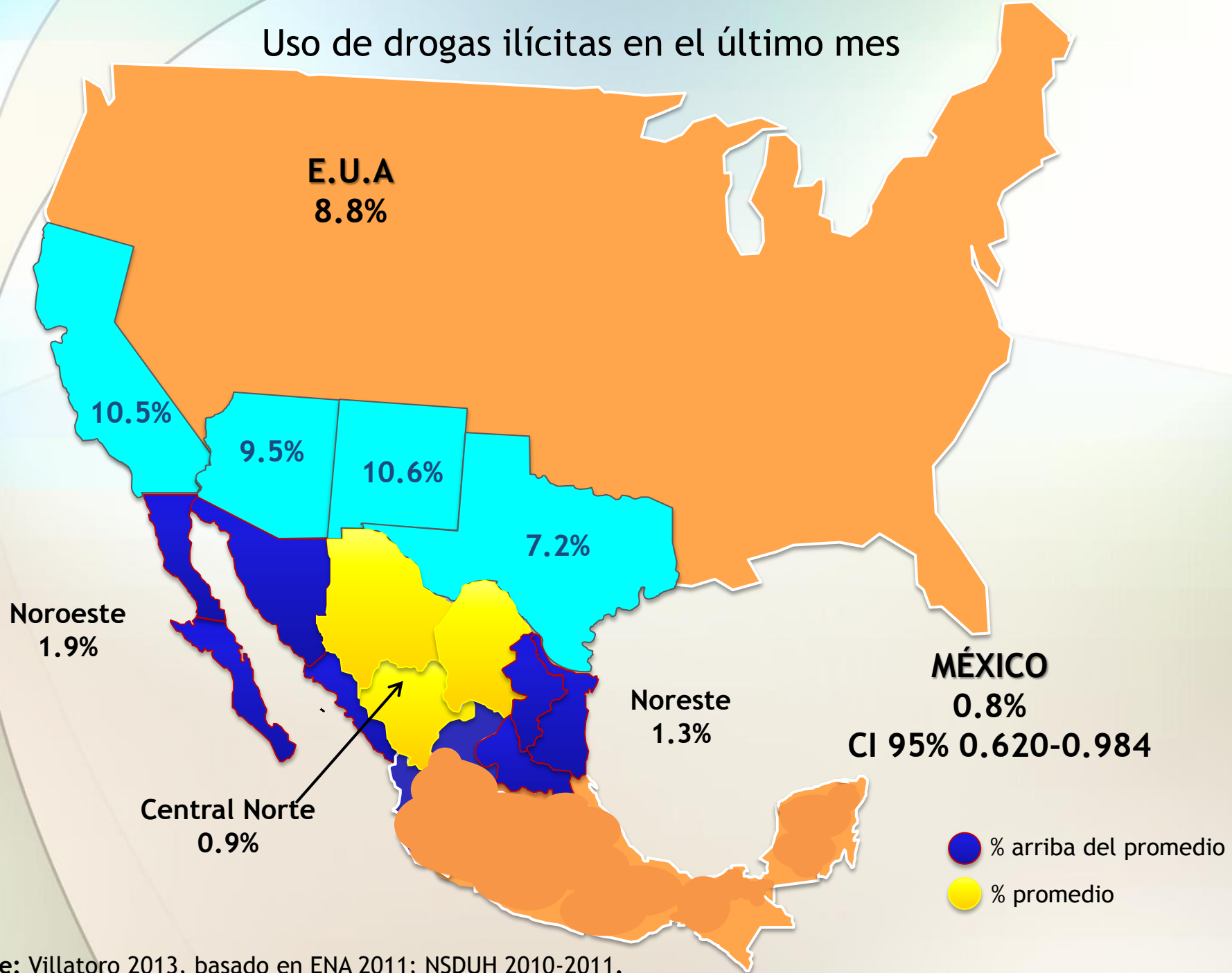
Desarrollar un modelo de detección temprana e intervención breve para el consumo de drogas y probar su *factibilidad* como estrategia de prevención en *centros de atención primaria de la salud* de las ciudades de Tijuana (México) y Los Ángeles (E.U.).



ANTECEDENTES

¿Por qué es necesario un modelo de detección temprana e intervención breve en los centros de salud de la frontera Mx-E.U.?

Uso de drogas ilícitas en el último mes



Fuente: Villatoro 2013, basado en ENA 2011; NSDUH 2010-2011.

¿Por qué es necesario?

- ✚ Por la distribución de la población según el nivel de riesgo

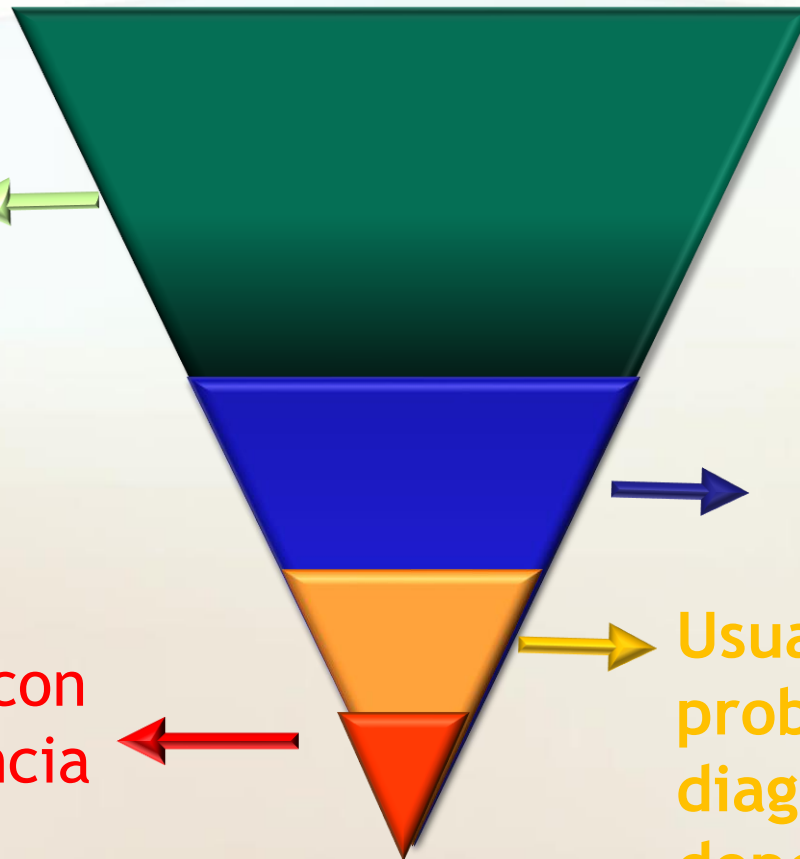
Población total

No
consumen /
usan o
limitan el
consumo

Usuarios con
riesgo sin
problemas
actuales

Usuarios con
Dependencia

Usuarios con
problemas sin
diagnóstico de
dependencia



¿Por qué es necesario?

Por sus consecuencias:

- ✚ El consumo de sustancias es uno de los veinte principales factores de riesgo para la salud a nivel mundial:
 - Se vincula con un mayor riesgo de contraer VIH/SIDA, hepatitis, tuberculosis y enfermedades cardiovasculares, e incrementa el riesgo de violencias, suicidio y accidentes.¹
- ✚ En la frontera México-E.U el consumo presenta un patrón que se puede extender a otras regiones de México, como lo ha sido el caso de la heroína.²

¿Por qué es necesario?

✚ Porque la detección y atención suelen ser insuficientes:



- En México se calcula que sólo 3.5% de las personas que han tenido algún trastorno por uso de sustancias en el último año reciben algún tratamiento³

✚ La identificación temprana lleva a mejores resultados

Detección temprana en centros de atención primaria de salud

- ✚ Oportunidad de:
 - Visibilizar un problema que suele mantenerse oculto.
 - Detectar el consumo en etapas tempranas.
 - Dar entrada a una evaluación diagnóstica más completa e iniciar una intervención en caso de ser necesario
- ✚ La Organización Mundial de Salud ha enfatizado la necesidad de integrar la detección e intervención del consumo de alcohol y drogas a la atención primaria de salud.⁴

- ✚ Los centros de atención son escenarios promisorios para identificar casos y proveer servicios de atención.
- ✚ El tamizaje es bien aceptado por los pacientes.
- ✚ El costo es relativamente bajo.
- ✚ Da pie a intervenciones costo- efectivas:

**Programas SBIRT=Screening,
Brief Intervention, and
Referral to Treatment**



MODELO ASSIST



Estudio ASSIST

Estudio multicéntrico, que ha implicado las fases de:

1. Planeación

- Integración de equipo de investigación binacional
- Acuerdos de colaboración y de estrategias de trabajo
- Desarrollo y aprobación del protocolo

2. Diseño y adaptación del modelo:

- Desarrollo, selección, adaptación cultural y traducción de instrumentos y guías
- Construcción de recursos e infraestructura
- Intercambio de tecnología: Electronic Material Management App-EMMA

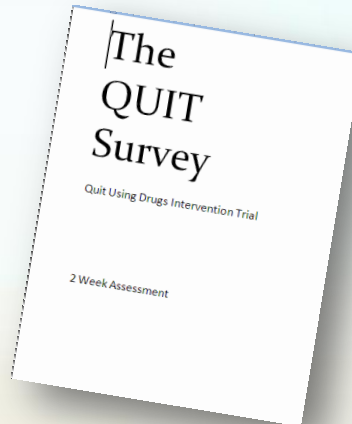
3. Implementación



- Observación y selección de centros de salud (6 en la Ciudad de Tijuana y 2 en Los Ángeles)
- Firma de acuerdos de colaboración con personal de salud
- Capacitación de asistentes de investigación y médicos participantes
- Prueba piloto (Durante mayo de 2013)
- Resultados Epidemiológicos

Modelo ASSIST-QUIT

1. **ASSIST**, instrumento válido y confiable transculturalmente desarrollado por la OMS para usarse en centros de atención primaria a la salud.



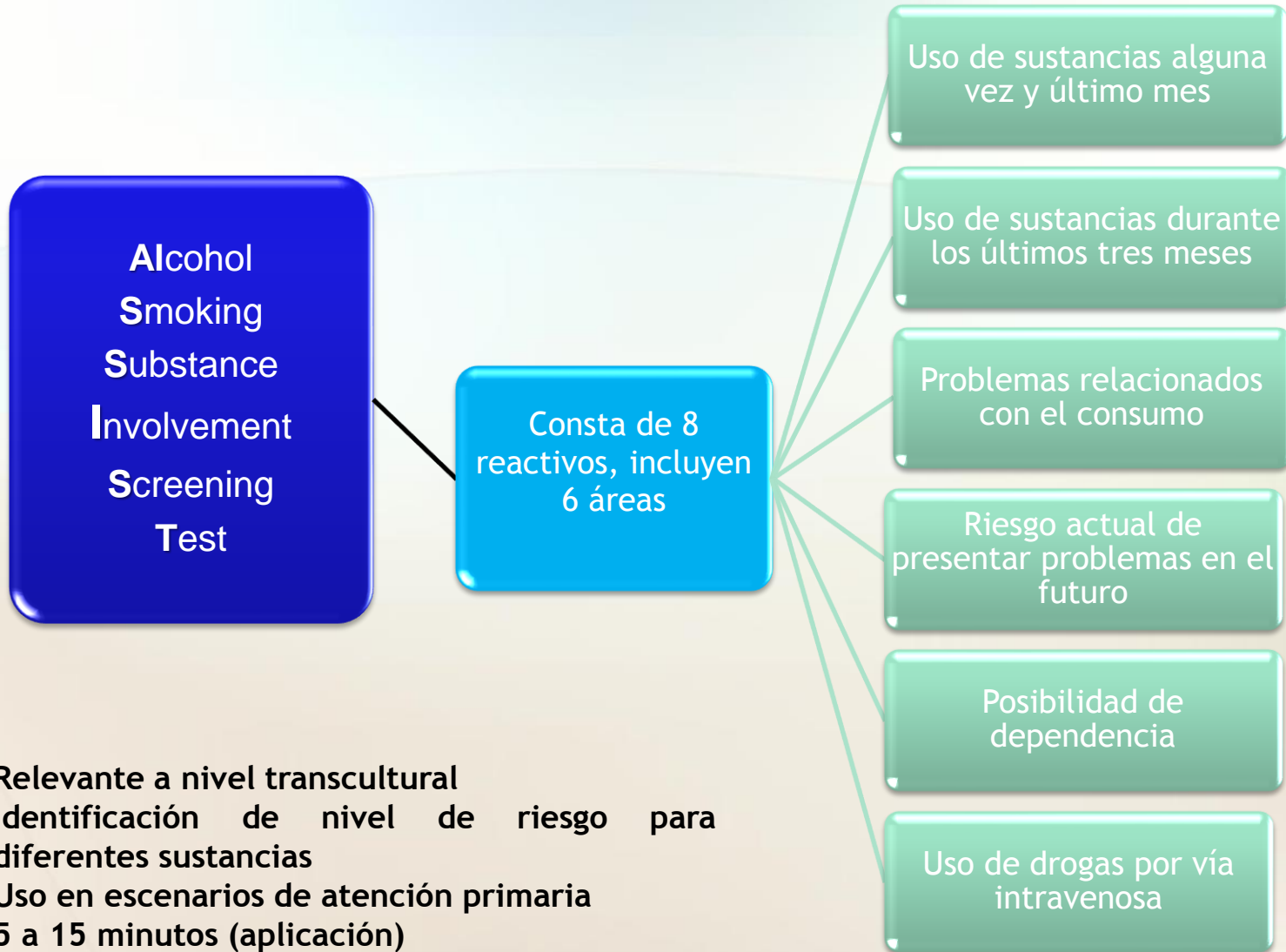
2. **QUIT**, intervención breve para la reducción del consumo de sustancias, desarrollada por la UCLA, adaptada por México

3. **EMMA**, Programa informático para Tabletas-PC, usado en la aplicación de instrumentos, la aleatorización de pacientes y el manejo de datos.



ASSIST

Características y componentes

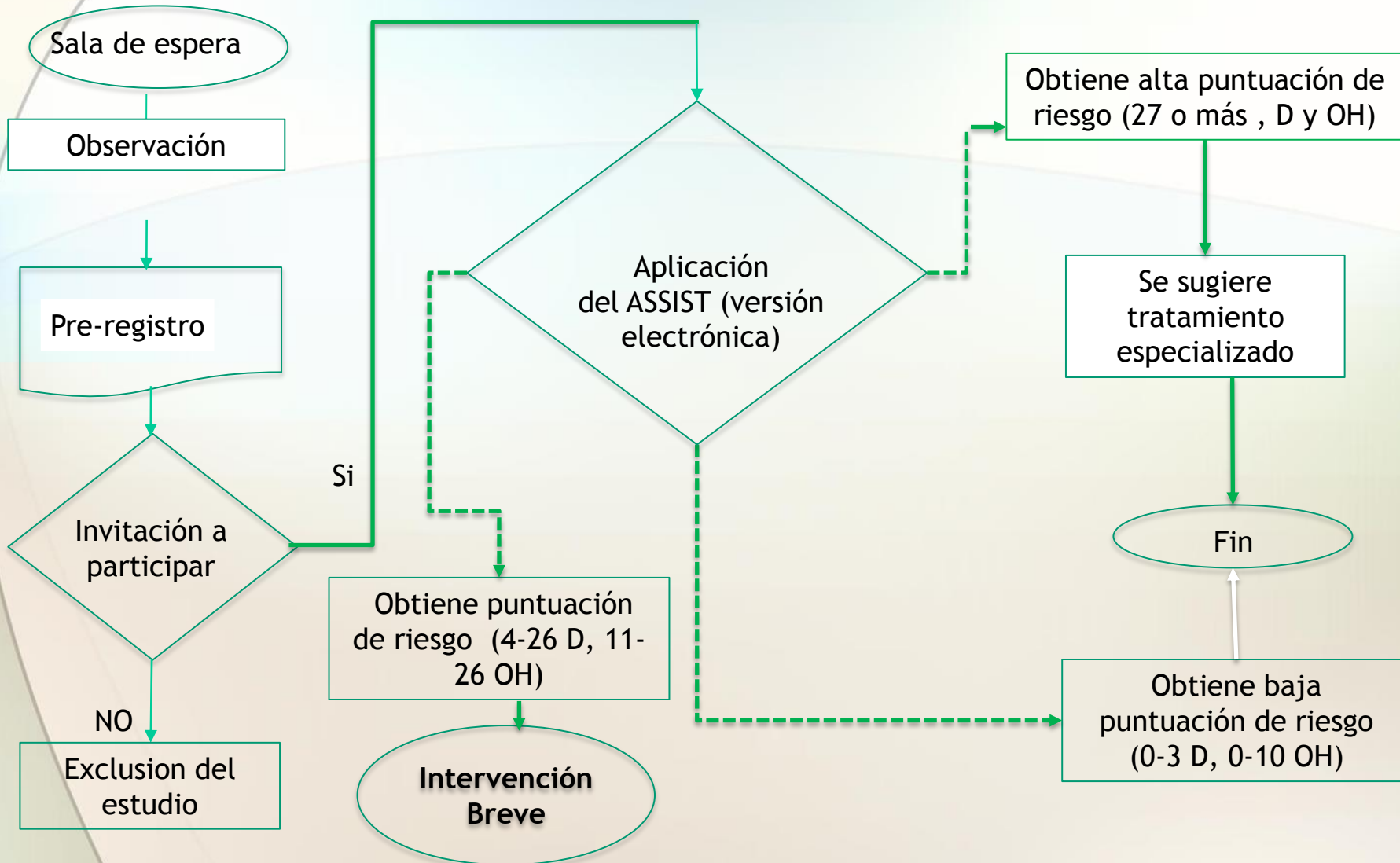


Muestra: 6 centros de atención primaria de salud de la ciudad de Tijuana (n=2808) en zonas de alta vulnerabilidad para el consumo y 2 en Los Ángeles, California (n=2282).



Resultados DETECCIÓN TEMPRANA

Detección temprana



Resultados

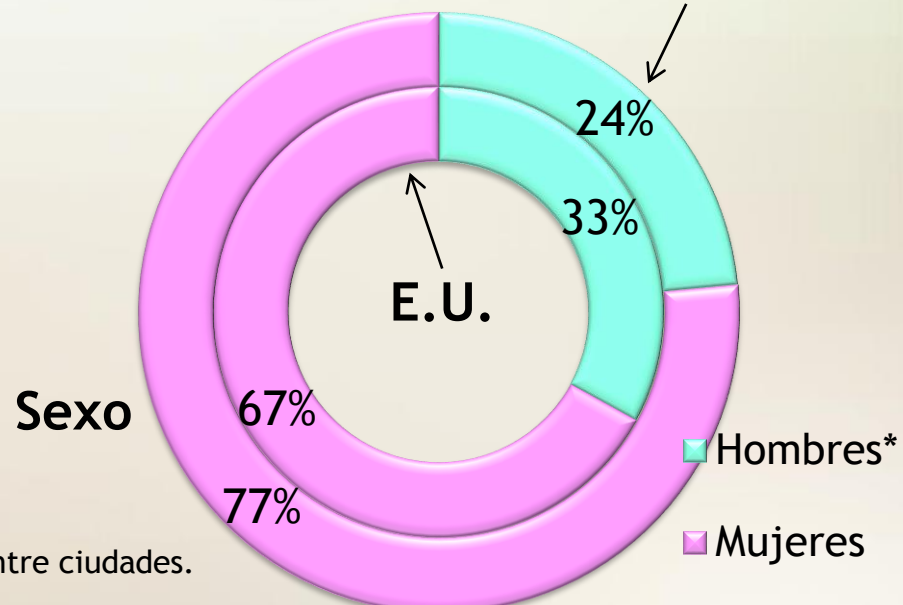
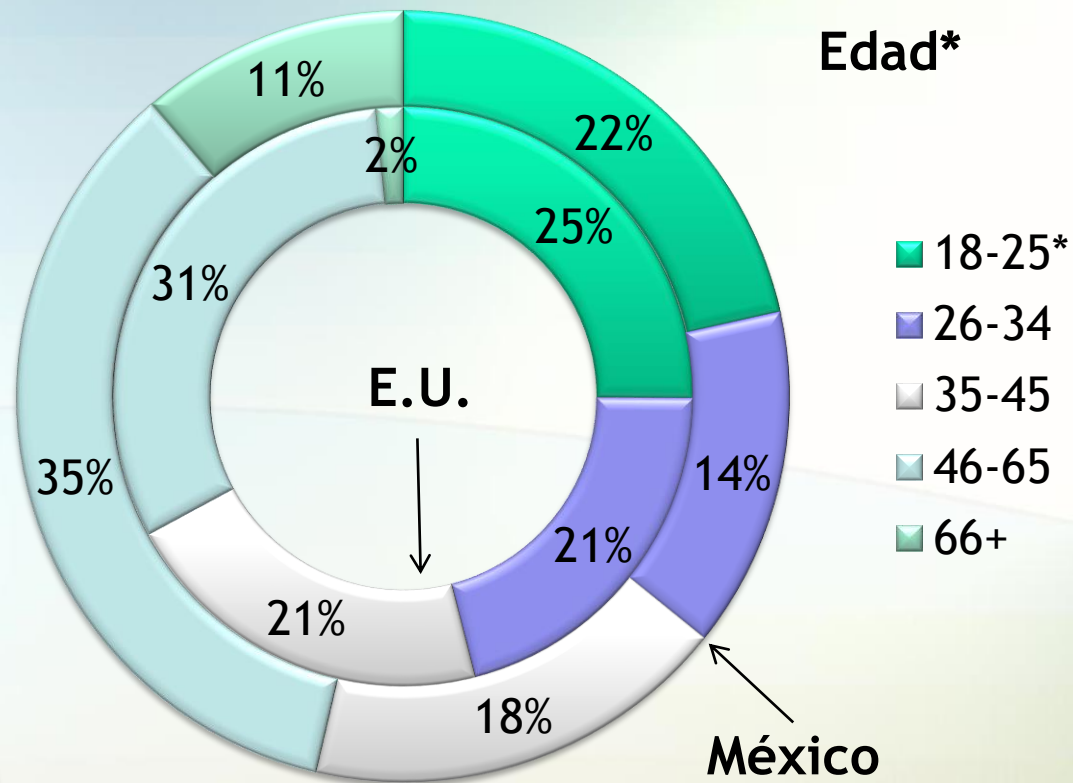
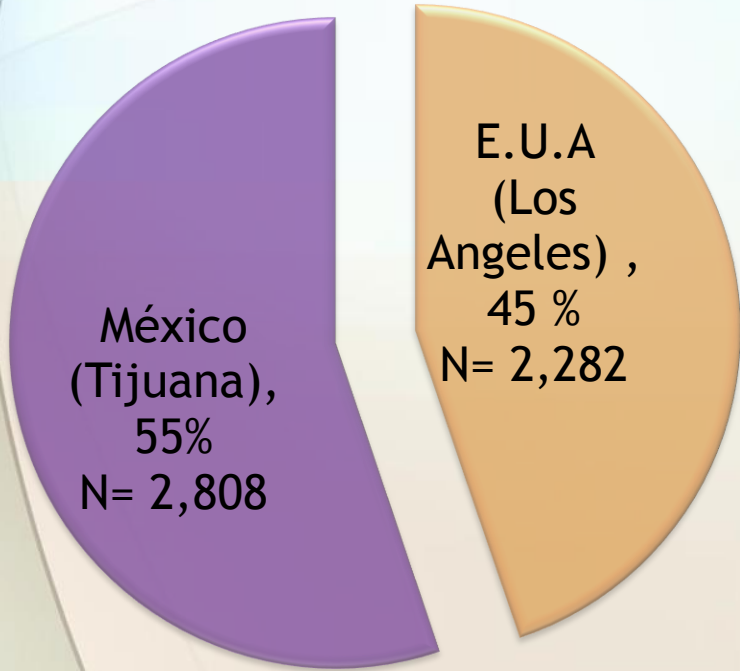
Aplicación del ASSIST



Aplicación del ASSIST	LA, E.U.	Tijuana, Mx
Tasa de respuesta (%):	70.1	96.8
Tiempo promedio aplicación (min):	4.3	1.3



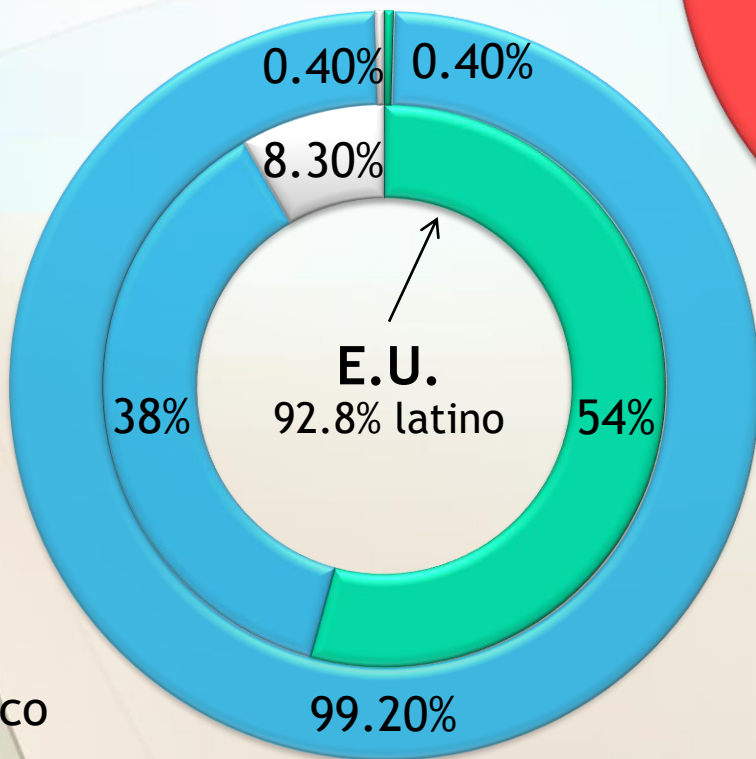
Características socio demográficas



* P<0.0001 para los test de Chi cuadrada para las diferencias entre ciudades.

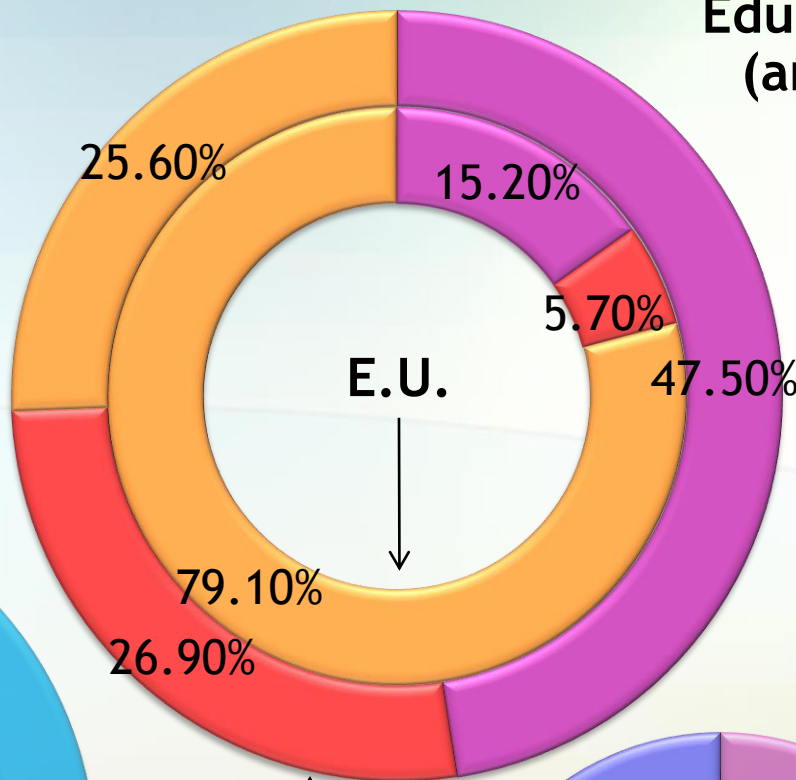
Características socio demográficas (cont.)

País de nacimiento*



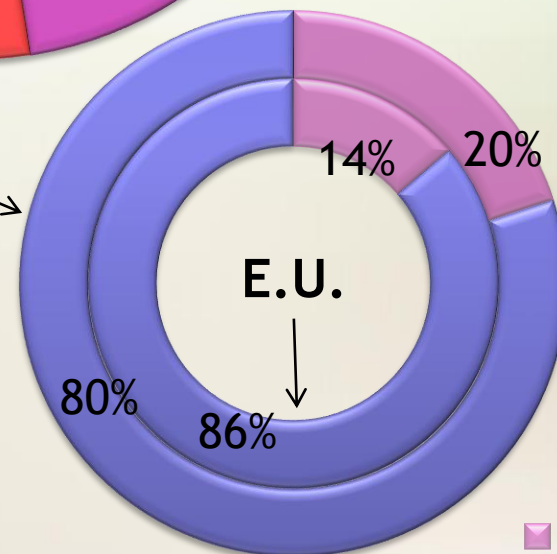
- E.U.
- México
- Otro

Educación (años)*



- 0-6
- 7-9
- 9+

Embarazadas*



- Si
- No

* P<0.05 para los test de Chi cuadrada para las diferencias entre ciudades.

Prevalencia del consumo actual (últimos 3 meses, actual) de sustancias por país y condición de embarazo

	Consumo en los últimos 3 meses			
	LA, U.S. Embarazo		Tijuana, Mex Embarazo	
	% No (n=1287)	Sí (n=204)	No (n=1780)	Sí (n=420)
Tabaco	38.9	13.6	31.5	11.4
Alcohol	71.8	30.1	33.2	19.6
Alguna droga	13.4	7	2.2	2.1

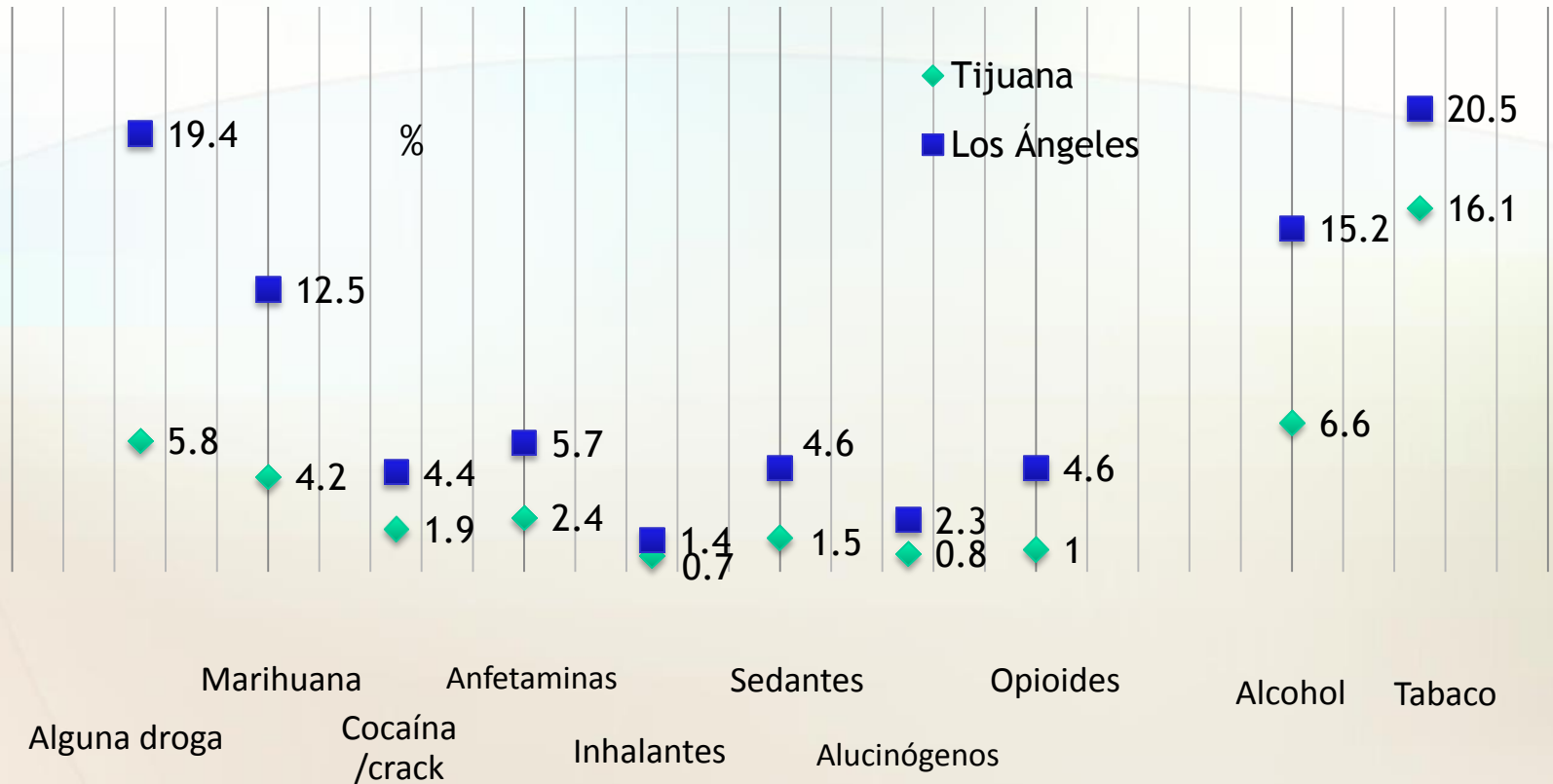


Características de los pacientes de LA y Tijuana, por consumo de riesgo de drogas (ASSIST \geq 4)

	Total de la muestra		LA		Tijuana	
	LA	Tijuana	No	Sí(28%)	No	Sí (6%)
	% (n=2226)	(n=2788)	(n=1794)	(n=432)	(n=2628)	(n=160)
Sexo						
Hombre	33.0***	23.5	27.5***	55.8	21.5***	56.3
Mujer	67.0	76.5	72.5	44.2	78.5	43.7
Edad						
18-25	25.1***	21.5	24.7**	26.9	20.9***	30.6
26-34	20.9	14.3	20.2	24.1	14.0	19.4
35-45	21.1	17.9	20.5	23.6	17.5	24.4
46-65	31.4	35.1	32.9	24.8	35.7	24.4
\geq 66	1.5	11.3	1.7	0.7	11.9	1.3
Años de estudio						
0-6	15.2***	47.5	17.1***	7.6	48.6***	30.0
7-9	5.7	26.9	5.7	5.6	26.4	35.6
>10	79.1	25.6	77.2	86.8	25.1	34.4
Etnicidad: Latino	92.8	--	93.0	92.1	--	--
País de nacimiento						
Estados Unidos	54.3***	0.4	48.3***	78.9	0.4	0.6
México	37.5	99.2	42.2	17.9	99.2	99.4
Otro	8.3	0.4	9.5	3.3	0.4	0.0

* $p < 0.05$; ** $p < 0.010$

Prevalencia del consumo de riesgo de diferentes sustancias por país



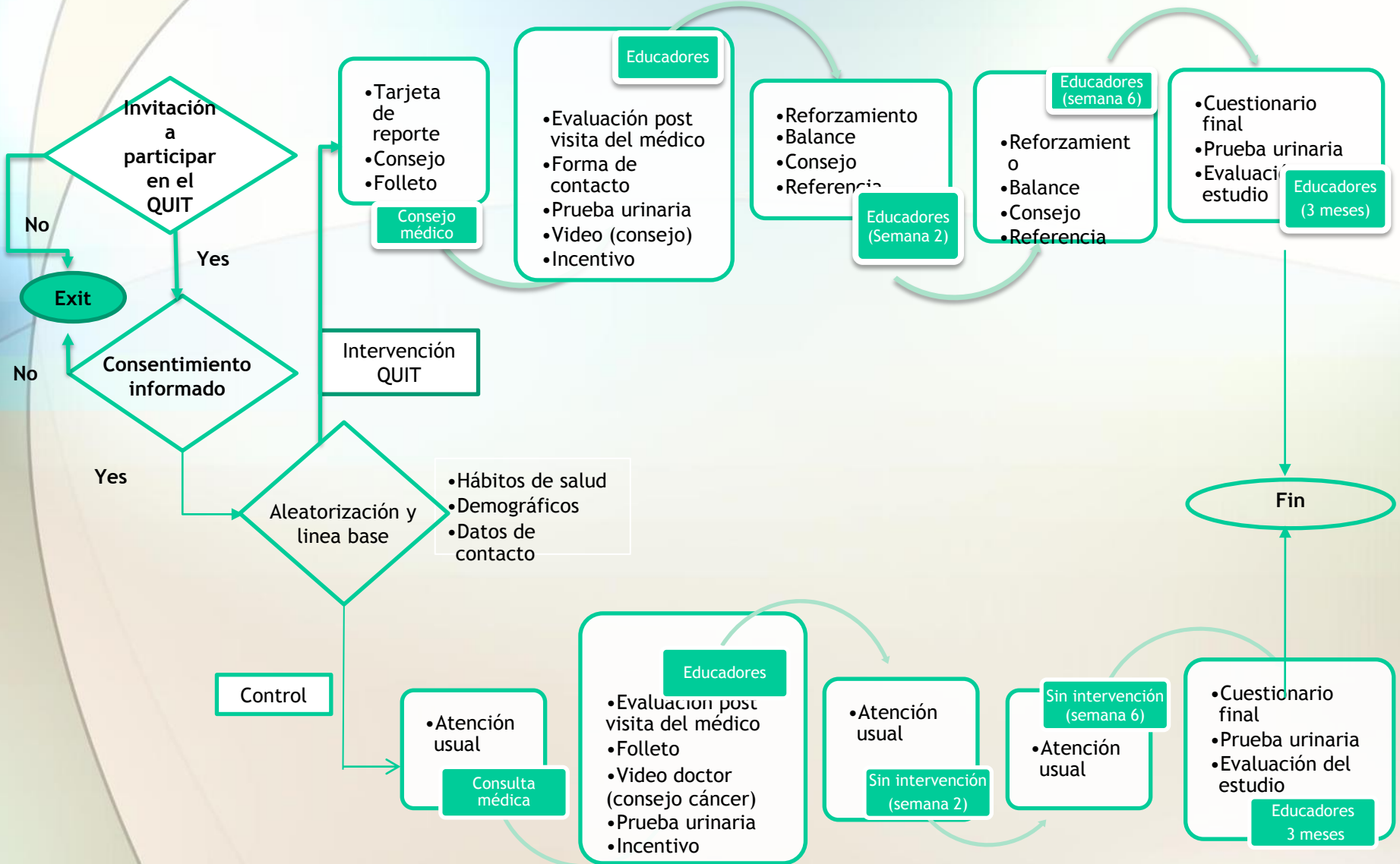
Análisis del consumo

- ✚ Modelos de regresión logística* para predecir el consumo de riesgo (4 o más en el ASSIST) mostraron que:
 - Los pacientes de los Ángeles nacidos en México, tuvieron casi dos veces más probabilidad de ser consumidores de drogas en comparación con los pacientes en Tijuana.
 - Los pacientes nacidos en LA tuvieron casi 6 veces más probabilidad de ser consumidores de drogas en comparación con los de Tijuana.
 - Un año adicional de educación aumentó las probabilidades de ser un usuario de drogas en Tijuana, mientras que las probabilidades de ser un usuario en LA decrecen.

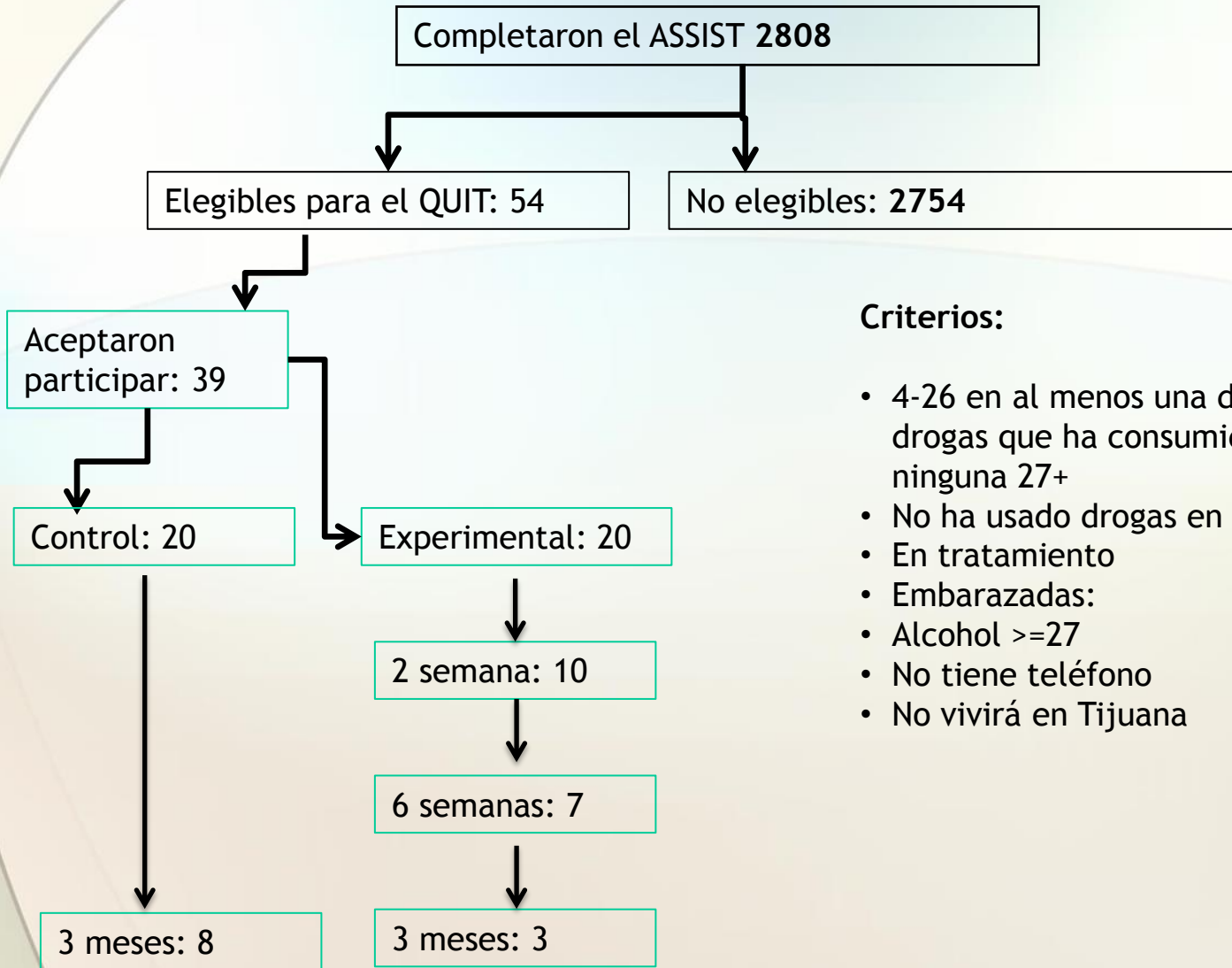
Resultados

INTERVENCIÓN BREVE-QUIT

Intervención Breve QUIT



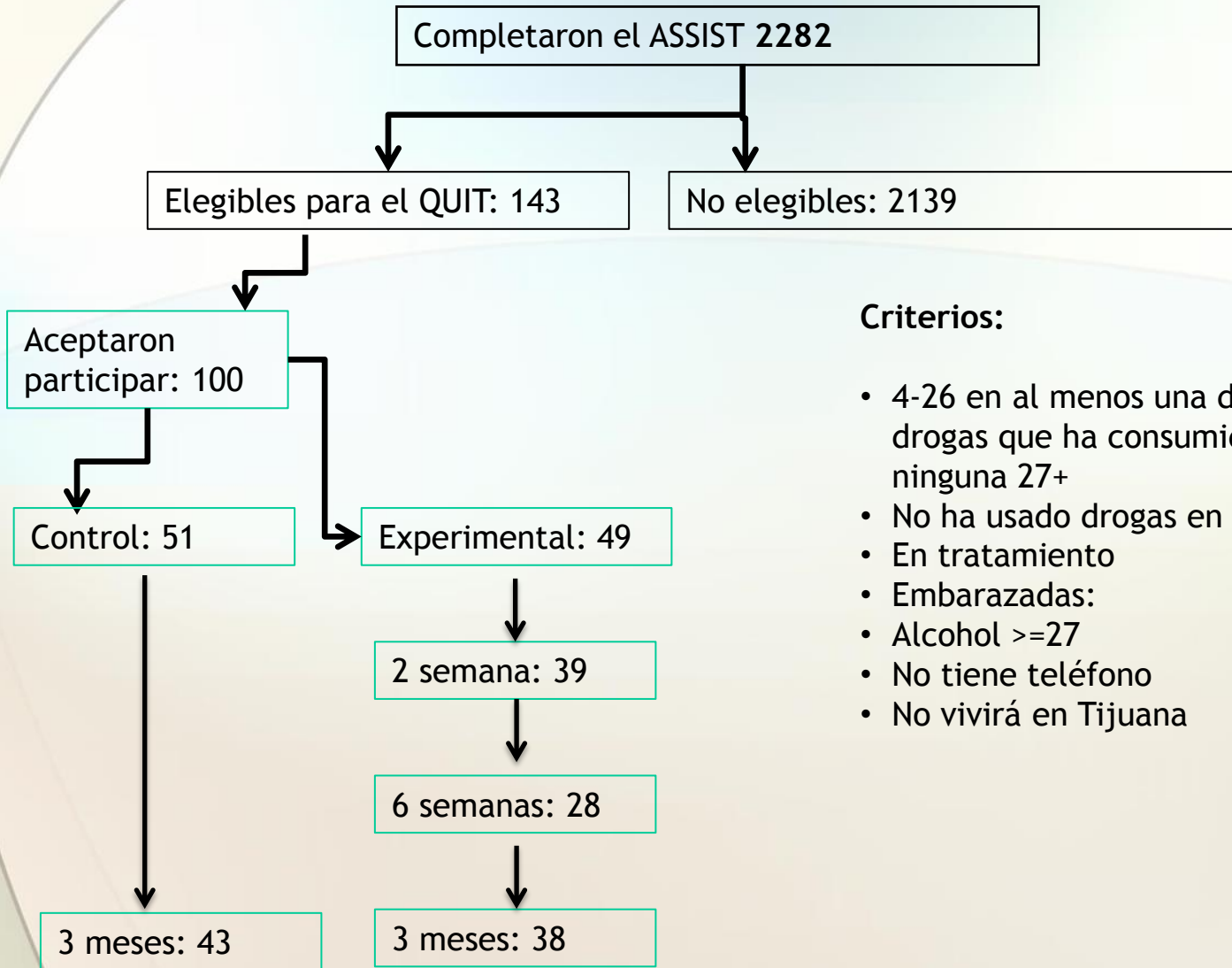
México



Criterios:

- 4-26 en al menos una de las drogas que ha consumido, ninguna 27+
- No ha usado drogas en 3 meses:
- En tratamiento
- Embarazadas:
- Alcohol ≥ 27
- No tiene teléfono
- No vivirá en Tijuana

Estados Unidos



Criterios:

- 4-26 en al menos una de las drogas que ha consumido, ninguna 27+
- No ha usado drogas en 3 meses:
- En tratamiento
- Embarazadas:
- Alcohol ≥ 27
- No tiene teléfono
- No vivirá en Tijuana

Algunas razones de rechazo y pérdidas

Tijuana	Los Ángeles
<ul style="list-style-type: none">• Entrar a cita con el médico	<ul style="list-style-type: none">• Entrar a cita con el médico
<ul style="list-style-type: none">• Falta de tiempo para contestar en el centro de salud	<ul style="list-style-type: none">• Falta de tiempo para contestar en el centro de salud
<ul style="list-style-type: none">• Fallas en la conexión a Internet o sistema EMMA	<ul style="list-style-type: none">• Fallas en la conexión a Internet o sistema EMMA
<ul style="list-style-type: none">• Celular suspendido	<ul style="list-style-type: none">• Situación migratoria
<ul style="list-style-type: none">• Los familiares o amigos de contacto comentaban que se habían ido a vivir o trabajar a Estados Unidos.	<ul style="list-style-type: none">• Celular suspendido
<ul style="list-style-type: none">• El horario de trabajo, que en muchos casos eran empleos de 24 hrs (oxxo, maquiladoras)	<ul style="list-style-type: none">• Falta de tiempo o permiso en el trabajo.



COMPARTIENDO EXPERIENCIAS

Implementación

Retos	Decisiones clave
Planeación	
Integración de equipo de investigación binacional	<ul style="list-style-type: none">• Se identificó al personal clave y expertos de diversas disciplinas: médicos, psicólogos, ingenieros en sistemas.
Diferentes comités de ética e investigación de ambos países	<ul style="list-style-type: none">• Se generaron mecanismos de comunicación sobre las decisiones de los comités de ética e investigación de las diferentes instituciones participantes• Se respondió a los requerimientos de cada país
Diseño y adaptación del modelo	
Elaboración de protocolo, materiales e instrumentos a distancia y materiales	<ul style="list-style-type: none">• Se establecieron llamadas semanales de trabajo• Se generaron mecanismos de comunicación a través de TICS: mail, skype, whatsapp, dropbox• Visitas México-Tijuana-EU• Se desarrollaron, adaptaron, tradujeron y revisaron más de 70 materiales (instrumentos, guías, manuales)

Implementación

Retos	Decisiones clave
Construcción de recursos e infraestructura	
Capacitación de asistentes de investigación y médicos participantes	<ul style="list-style-type: none">• Se estableció el perfil del asistente de investigación para ambos países• Se elaboraron guías, manuales y programa de capacitación comunes para ambos países• Construcción de instrumentos entre ambos equipos.
Transferencia tecnológica	<ul style="list-style-type: none">• Se realizaron pruebas de funcionalidad del sistema• Se verificó la funcionalidad de los servicios de internet con los dispositivos (hardware y software) utilizados• Se hicieron pruebas del sistema dentro de las clínicas: calidad de la señal, interferencias con aparatos médicos, número de dispositivos que pueden estar conectados, etc.
Propuesta Adquirir el sistema y adaptarlo a México.	

Implementación

Retos	Decisiones clave
Implementación/ejecución	
Diferentes sistemas de salud en México y E.U.	<ul style="list-style-type: none">♦ Se identificaron diferencias en los sistemas de salud de ambos países que influyen en la implementación del modelo♦ En México se realizó cabildeo en paralelo con autoridades de salud estatales y personal sanitario de las clínicas seleccionadas.♦ Existen programas sociales que coordina la Clínica por lo que hay que es necesario ajustar la implementación del proyecto a estos programas: Oportunidades, campañas de vacunación y de problemas emergentes.♦ En E.U. fue necesario la firma de acuerdos con consorcios de salud que atiende a población latina
Resistencias del personal de salud a participar	<ul style="list-style-type: none">♦ Excesiva carga de trabajo♦ Ideas estereotipadas sobre los consumidores♦ Falta de credibilidad en el modelo♦ Se brindó capacitación breve y personalizada sobre el consumo de drogas y el modelo al personal de salud

Buenas prácticas en la implementación

- Conocer a detalle los procedimientos de cada centro de salud
 - Horarios de atención y de mayor afluencia de pacientes.
 - Procedimiento en la atención y tiempos de espera.
 - Calendario de las actividades.
 - Actividades complementarias que realizan
- Reconocimiento del equipo de trabajo por parte del personal de salud y los pacientes
 - Difundir el modelo entre el personal
 - Estar debidamente identificados y usar filipinas
 - Puntualidad, constancia y disciplina

Buenas prácticas en la implementación

- Interferir lo menos posible en los procedimientos habituales de las clínicas
- Evitar en lo posible a los médicos el llenado de formatos
- Fase piloto y la recopilación de información previa:
 - a) Contacto con los pacientes en fila de espera
 - b) Identificar los criterios de inclusión en la población mientras están en la fila.

Buenas prácticas en la implementación

- Mantener informado al personal de la clínica de los avances y hallazgos
- Reconocer y valorar la participación del personal de los centros de salud



Conclusiones

- El consumo de riesgo de todas las sustancias fue mayor en E.U. que en México: Tres veces más en el caso de alguna droga.
- Los riesgos identificados apuntan a la importancia del lugar de nacimiento-residencia y factores socio demográficos en la conformación de la epidemiología del consumo de riesgo. Los resultados son consistentes con estudios en población migrante y latina en E.U.⁶
- La detección de mujeres embarazadas con consumo pone de manifiesto la necesidad de programas de prevención alrededor de la salud reproductiva.

Lecciones aprendidas: Intervención breve

- ✚ En Estados Unidos el funcionamiento del QUIT fue mejor.
- ✚ Las complicaciones en México se vinculan a aspectos culturales y a las características de la población.
- ✚ La intervención breve QUIT requiere varios ajustes:
 - Flexibilizar los criterios de exclusión y acortar los procedimientos de inscripción al mismo.

Lecciones aprendidas: Intervención breve

- ✚ Probar la efectividad por separado los diferentes componentes de la intervención:
 - ✚ El consejo médico, el video, el folleto de apoyo al paciente, las sesiones de consejo telefónico y la totalidad de la intervención.
- ✚ Se recomienda probar la intervención breve vinculado al ASSIST



La intervención breve ASSIST

Alcohol	Las demás sustancias	Niveles de riesgo	Intervención
0-10	0-3	Bajo	<ul style="list-style-type: none">• Consejos de salud generales
11-26	4-26	Moderado	<ul style="list-style-type: none">• Intervención breve• Folletos de información para llevar a la casa
27+	27+	Alto	<ul style="list-style-type: none">• Intervención breve• Folletos de información para llevar a la casa• Derivación para evaluación y tratamiento especializado
Drogas inyectadas en los últimos tres meses		Moderado y alto	<ul style="list-style-type: none">• Intervención breve• Folletos de información para llevar a la casa• Derivación para pruebas de virus en la sangre• Derivación para evaluación y tratamiento especializado



CONCLUSIONES

Conclusiones

- ✚ Se comprobó la factibilidad del **modelo de detección del consumo** en centros de salud de la región, especialmente a través del ASSIST en dispositivos electrónicos.

El modelo:

- ✚ Contribuyó a reducir el estigma y mejorar la confidencialidad de la información.

- ✚ Demostró su utilidad en centros de salud, especilamente para la detección del consumo en mujeres y alrededor de la salud reproductiva.
- ✚ Tiene el potencial de usarse en otros servicios de salud y ciudades de ambos países.



A través de la detección se observó que:

- El consumo de riesgo de todas las sustancias fue mayor en E.U. que en México.
- Vivir en LA y haber nacido en E.U. se asoció con una mayor riesgo de consumo. Resultados congruentes con otros estudios.^{5,6}

+ Los resultados permiten sugerir la aplicación del modelo de detección como política de salud para integrarse a las clínicas de los estados fronterizos de México y E.U.

Intervención breve...

- ✚ El funcionamiento del QUIT fue mejor en Estados Unidos, en México requiere ajustes.
- ✚ Las complicaciones con los seguimientos se vinculan a aspectos culturales y a las características de la población.
- ✚ Se recomienda probar el uso de la intervención breve del ASSIST, que es más corta y ha sido usada con éxito en distintos países del mundo.

- ✚ Al momento de planear una IB con seguimientos en zona fronteriza, es necesario considerar las altas tasas de pérdida de pacientes debido a cambios de residencia o movilidad a lo largo de la frontera.
- ✚ En México se recomienda IB's en clínicas del primer nivel de atención dirigidos al consumo de riesgo de alcohol, tabaco y drogas y a poblaciones especiales como lo es el caso de las mujeres embarazadas y alrededor de la salud reproductiva

Otras experiencias en curso y la aplicación del ASSIST en México

Alcohol Smoking Substance Involvement Screening Test (ASSIST) en:

- ✚ Población universitaria

- ✚ Hospitales de tercer nivel:

- Instituto Nacional de Perinatología
- Instituto Nacional de Nutrición



FINALMENTE :

- 3 Se integró exitosamente un equipo binacional de trabajo.
- 3 Se cuenta con un modelo de detección del consumo de drogas factible a ser utilizado en centros de salud de la región.
- 3 Se identificaron desafíos para la participación de clínicas de atención primaria en las actividades de prevención del consumo de drogas y la remisión a tratamiento.
- 3 Se detectaron las principales drogas de consumo y su uso, incluidas mujeres embarazadas.
- 3 Se identificaron retos y alcances en la aplicación de la IB, útiles en la planificación de nuevos estudios (ensayo clínico) y su uso en el sistema de salud.

Comentarios.....

¿Preguntas?

¿Comentarios?

¿Sugerencias?



¡GRACIAS!

MAYOR INFORMACIÓN :

EN MÉXICO : Guillermina Natera

cisma@imp.edu.mx