Seminario web de HHRC: Entendiendo la Gestión de Contingencias, 11 de marzo de 2025

A continuación se muestra una breve descripción general del contenido de las diapositivas de la presentación.

1. Entendiendo la Gestión de Contingencias: Un seminario web fundamental para proveedores de servicios para personas sin hogar

2. Descargo de responsabilidades

El Centro de Recursos para Personas sin Hogar y Vivienda es un programa operado por Policy Research, Inc. y desarrollado bajo la subvención 1H79SM083003-01 de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS). Las entrevistas, políticas y opiniones expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las de SAMHSA o del HHS.

3. Interpretación y Transcripción en ASL

- Hemos organizado servicios de interpretación en ASL durante esta reunión. Los intérpretes de ASL son:
 - Staci Starkweather
 - Linda Egge
- Se ofrece transcripción en vivo
 - Haga clic en “Transcripción en vivo” y luego seleccione “Mostrar subtítulos”.
 - Los subtítulos se pueden mover y redimensionar dentro de la ventana
- Si tiene dificultades técnicas, póngase en contacto con info@hhrctraining.org

4. Instrucciones para uso de interpretación

- Este seminario web incluye interpretación en vivo al español. Para escuchar en español, utilice el botón “Interpretación” en la parte inferior de su pantalla y elija audio en español.

5. Instrucciones del seminario web

- Todas las líneas de los participantes estarán silenciadas y la función de chat está deshabilitada
- Preguntas: Envíe sus preguntas a través de la función Q&A (Preguntas)
- Diapositivas: Disponible ahora en el sitio web de HHRC: <https://hhrctraining.org/events-webinars>
- Grabación: Mañana estará disponible en el sitio web del HHRC
- Evaluación: Se compartirá el enlace al final y el navegador debe redirigirle.
- Certificado de Participación (no se ofrecen CEU): Se proporciona una vez finalizada la evaluación

6. Consejo Nacional de Atención Médica para Personas sin Hogar

- Quiénes somos
 - Desde 1986, hemos reunido a miles de [profesionales de la salud](#) , [proveedores de cuidados médicos de relevo](#) , [personas con experiencia vivida de falta de vivienda](#) , y defensores. Nuestros más de 200 miembros organizacionales incluyen programas de [atención médica para personas sin hogar](#), programas de respiro y organizaciones de vivienda y servicios sociales en todo el país.

- Lo que hacemos
 - Trabajamos para mejorar la atención médica de las personas sin hogar a través de la [capacitación y la asistencia técnica](#), [investigando](#) y compartiendo las mejores prácticas, [abogando](#) por soluciones reales para acabar con la falta de hogar, y [elevando las voces](#) <https://nhchc.org/national-consumer-advisory-board-2/> de las personas que experimentan la falta de vivienda.
- Lo que puede hacer
 - [Obtenga más información sobre cómo puede ayudar a apoyar nuestra misión.](#)

7. Agenda

- Entendiendo la Gestión de Contingencias
- Experiencia del programa: Departamento de Salud Pública de San Francisco, San Francisco, CA
- Experiencia del programa: IDEA Exchange, Miami, FL
- Panelistas:
 - **Dra. Elizabeth Abbs**, proveedora de atención primaria y medicina para adicciones, Departamento de Salud Pública de San Francisco
 - **Maleika Edwards** – Trabajadora de Salud, Departamento de Salud Pública de San Francisco
 - **Edward Suarez Jr.** PsyD, LMHC, MBA – Director de Programa, IDEA Exchange
 - **Emilie Ashbes** – Coordinadora de Divulgación, IDEA Exchange

8. Gestión de Contingencias Basada en la Reducción de Daños: Fundamentos, Desarrollo, Implementación y Evaluación del Programa

- Presentadoras: Elizabeth Abbs y Maleika Edwards

9. No hay divulgaciones que reportar

10. Descripción general

- Resumen de la Gestión de Contingencias - 20 minutos
- Desarrollo e implementación de programas de gestión de contingencias en todo San Francisco: Compromiso de la comunidad para el cese de estimulantes a la retención de medicamentos – 20 minutos

11. ¿Qué es la gestión de contingencias?

- Un programa de tratamiento conductual que utiliza principios de **condicionamiento operante**: creación y fortalecimiento de asociaciones entre la conducta voluntaria y una consecuencia.
- En esencia, la gestión de contingencias reconoce que muchos factores perjudiciales en la vida de nuestros pacientes (pobreza, falta de vivienda, racismo, trauma, dolor) refuerzan el consumo de sustancias, a veces *a pesar de* su deseo de cambiar su consumo (reducirlo o detenerlo).
- Para estas personas, la gestión de contingencias intenta disminuir el efecto reforzante del uso de sustancias proporcionando un **elemento reforzante positivo alternativo** en forma de interacciones positivas + incentivos comunitarios y económicos
- Este refuerzo da a las personas confianza en su capacidad para mantener el cese/disminución en su consumo de sustancias, y, con suerte, aumenta la probabilidad de cambios a largo plazo

12. ¿Cómo se diseñan los programas de gestión de contingencias?

13. Lista de verificación:

- Conducta Objetivo: Conducta específica que se puede medir objetivamente y coincide con los objetivos de los participantes
- Población Objetivo: Alcanza las necesidades de los participantes que de otro modo no están siendo satisfechas
- Magnitud del Incentivo: El incentivo debe valer la pena para los participantes
- Incentivo próximo a la conducta
- Inmediatez del incentivo: El incentivo debe darse tan pronto como sea posible después de que se haya demostrado objetivamente la conducta objetivo
- Duración de la Intervención: El incentivo debe entregarse con frecuencia, y se debe mantener de manera fiable y consistente a lo largo del tiempo

14. PASO 1: Defina la conducta objetivo a ser apoyada.

- Específico
- Mensurable
- Centrado en el paciente

15. PASO 2: ¿Cómo se evaluará la conducta?

- Objetivo:
- Frecuente
- Punto de atención

16. PASO 3: ¿Cómo se reforzará la conducta?

- Tangible
- Inmediatamente después de la evaluación
- Centrado en el paciente

17. Magnitud variable de refuerzo en forma de “pecera”

- El participante saca un sorteo de una pecera.
 - 500 trozos de papel
 - 50 % con afirmación escrita
 - 42 % otorga una tarjeta de regalo de \$5
 - 8 % otorga una tarjeta de regalo de \$10
 - 0.2 % otorga una tarjeta de regalo de \$100
- Aumentar #s de sorteos para continuar la conducta deseada
- Sorteo de iniciación (demuestra que es real)
- Método de Cupón
 - Pagos estructurados que comienzan con montos pequeños y aumentan a medida que se mantienen las conductas deseadas.
 - Los cupones pueden ser reembolsados por dinero en efectivo, tarjetas de regalo u otros premios
 - Los montos de los cupones suelen ser inferiores a \$20

18. ¿Cuáles son las características clave de la gestión de contingencias?

- monitoreo frecuente
- refuerzo positivo tangible e inmediato

- se suspende el refuerzo positivo si no se demuestra una conducta de interés

19. Mejor evidencia: Gestión de contingencias

- Varios análisis sistemáticos respaldan la gestión de contingencias (CM) como el tratamiento más eficaz para los trastornos por uso de metanfetaminas y estimulantes.
- Es eficaz para reforzar varios tipos de conductas, incluida la abstinencia, la asistencia al tratamiento y la adherencia a la medicación.
- También se ha estudiado con otras sustancias, como el tabaco, los opioides y el alcohol

20. Barreras para la implementación de la Gestión de Contingencias

- Financiamiento
 - Reclutamiento de pacientes
 - Suministros
 - Incentivos
 - Espacio y personal de la clínica
- Falta de familiaridad
 - Educación requerida para la aceptación institucional y la asignación de recursos
 - Trabajo antiestigma
- Dotación de personal y capacitación
 - ¿Quién se encarga del personal?
 - ¿Cómo están entrenados?
 - ¿Se ofrecen otros servicios clínicos?

21. Opciones de Financiación

- Solicitudes de subvención tradicionales (SAMHSA, NIDA, etc)
- Premios internos QI
- Apoyo de la Fundación (es decir, Fundación SFGH)
- Filantropía
- Fondos para mejorar el rendimiento (PIP, MIPS)
- Fondos del plan de salud local
- Iniciativas locales de votación (es decir, la propuesta C en San Francisco)
- ¿Acuerdos sobre opioides?

22. Ciencia de Evaluación e Implementación

- ¿Qué resultados son los más importantes para sus partes interesadas? (personal del programa, pacientes, liderazgo del sistema de salud y pagadores)
 - ¿Abstinencia?
 - ¿Contratación de la atención?
 - ¿Adherencia a la medicación?
- ¿Cómo recopilarán datos sobre estos resultados?
 - Entrada de datos por parte del personal de la clínica
 - Extraer datos de la historia clínica electrónica (a menudo es mucho más difícil de lo que pensamos)
 - Entrevistas con personal y pacientes
- ¿Quién recopilará estos datos?

- Los flujos de trabajo para la recopilación de datos deben realizarse en conjunto con el desarrollo de flujos de trabajo clínicos.
- Considere aplicar un marco de ciencia de implementación a su evaluación
 - Algunos ejemplos: CFIR, RE-AIM, PARIHS, Rueda de Cambio de Conducta, etc.
- Utilice estos datos para argumentar a favor de la financiación a largo plazo.

23. Preguntas éticas

- Autonomía: ¿Están tomando esta decisión por sí mismos o porque viven en la pobreza?
- Beneficencia: Su salud mejorará con menos consumo de drogas
- No maleficencia: ¿Qué pasa si le doy un trastorno de juego?
- Justicia: ¿Podemos ofrecer pagos a todos los pacientes interesados? ¿Quién decide?

24. Gestión de Contingencias y Reducción de Daños

“La reducción de daños es un conjunto de estrategias e ideas prácticas destinadas a reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo de drogas. La reducción de daños es también un movimiento de justicia social basado en la creencia y el respeto por los derechos de las personas que consumen drogas”. - Coalición Nacional para la Reducción de Daños

- Preguntas para discusión:
 - ¿Cómo encaja la Gestión de Contingencias (CM) en el marco de la Reducción de Daños?
 - ¿Cómo podemos diseñar programas de CM que estén “orientados a reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo de drogas”?
 - ¿Cómo podemos diseñar programas de CM que se basen en la creencia y el respeto por los derechos de las personas que consumen drogas?

25. Panorama de la Gestión de Contingencias en la Clínica de Atención Primaria

- Ejemplo de Tenderloin, San Francisco

26. Incentivos de Tarjetas de Regalo

- Considere
 - Selección de incentivos: Cercanía a la clínica; Variedad de productos que agradan a los participantes.
 - Almacenamiento de tarjetas de regalo: Detrás de doble cerradura, no se puede quitar; Se debe iniciar y cerrar sesión en cada ocasión
 - Documentación de la tarjeta de regalo: Es necesario contabilizar cada tarjeta; tanto las firmas a mano como el registro digital de distribución; esperar auditorías
 - Presupuesto para hospitalidad: Bocadillos para cada sesión; pedidos al por mayor.

27. Un vistazo a las muertes por sobredosis en San Francisco.

28. Consulta de Adicciones y Navegación del Paciente

29. Modelo 1: Incentivar la Asistencia

30. Come As You Are – Grupo Comunitario de Reducción de Daños.

- Conducta objetivo: Asistencia al grupo

- Evaluación objetiva: Llegar al grupo antes de las 2pm
- Refuerzo: tarjeta de regalo

31. Opuesto a la adicción = comunidad

- Apoyo de reducción de daños para pacientes que usan CUALQUIER sustancia
 - Grupos semanales desde julio de 2023
 - Ingresos: Tarjeta de regalo Safeway de \$5 por visita
 - Hasta cinco sorteos en pecera para la asistencia posterior (50% afirmaciones, 50% tarjetas de regalo)
- Personal: Trabajador de la salud, médico clínico de salud conductual, Financiación AmeriCorps: Dinero de subvención
- Espacio: La sala de conferencias de la clínica tiene capacidad para 25 pacientes.

32. Captura de pantalla de cómo rastrear la asistencia de grupos comunitarios

33. Datos del Programa Come As You Are.

34. Luchas y éxitos del programa "Come As You Are".

- Luchas
 - Conexión con pacientes/participantes (sin teléfono, teléfono en servicio/fuera de servicio, no cumplir con las citas, no sentirse bien, abandonar la rutina)
 - Perder pacientes por MUERTE (sobredosis, accidentes, problemas de salud).
 - Otros problemas de salud (no ambulatorio/uso de andador o scooter eléctrico/silla)
 - Sin transporte
 - No poder satisfacer las necesidades de los pacientes debido a recursos limitados (vivienda, beneficios, alimentos, muebles, seguridad, protección).
 - Traumas pasados del paciente y problema de confianza
- Éxitos
 - Lograr que las personas tengan vivienda.
 - Desarrollar amistades y brindar a las personas salidas sociales.
 - Ayudar a los pacientes a conectarse con diferentes partes del sistema médico (hipertensión, cáncer cervical, diabetes, exámenes de salud mental, cirugía estética, implantes dentales, eliminación de tatuajes).
 - Animar a los pacientes a participar en talleres/capacitación/educación

35. De nuestro paciente:

"Este grupo es un lugar que me saca del aburrimiento de estar solo dentro de mi apartamento. Al principio estaba reacio a ir a un grupo, pero he encontrado que este es muy útil. El grupo está lleno de gente que realmente se preocupa y proporciona buenos consejos".

36. Modelo 2: Incentivar la retención de medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD)

37. Solo el 17 % de los pacientes de MediCal que comienzan un tratamiento con buprenorfina, metadona o naltrexona lo mantienen durante 180 días sin un intervalo de 8 días.

38. Modelo SOAR (Apoyo a los Logros Continuos en la Recuperación)

39. Folleto que describe el programa a los participantes potenciales

40. SOAR (Apoyo a los Logros Continuos en la Recuperación)

- Integración más lenta en el plan de adicciones para garantizar la ética y abordar los temores y el estigma del personal de la clínica
- **Financiamiento:** dinero de subvenciones
- **Personal:** no hay nuevas contrataciones. Proveedores usados (MD/NP) y trabajador de salud comunitario
- **Espacio:** Integrado en las horas de la Clínica de Adicciones (tardes dos veces por semana en el Centro de Salud Urbano Tom Waddell)

41. Ejemplo de notas de una reunión del programa

42. Datos del programa SOAR

43. Luchas y éxitos del programa SOAR

- Luchas
 - Flujo de trabajo: asisten "por dinero"
 - ¿Coerción para iniciar MOUD?
 - ¿Ética?
 - Traumas pasados del paciente y desconfianza de la atención sanitaria / "El sistema"
 - ¡Nuevo! Necesidad de hacer una pausa para repensar:
 - Tiempo de recompensas (0, 1, 3, 6 meses)
 - Plan de evaluación
 - ¿Agregar otros objetivos? ¿Cambiar la dosis de metadona? ¿Dejar el fentanilo? ¿Modificar el consumo de otras sustancias?
 - Capacidad limitada para enfrentar/mejorar los factores de estrés psicosocial
- Éxitos
 - ¡Emocionado de recompensar a las personas por alcanzar metas para mantenerse con vida y romper el ciclo de despertarse en abstinencia!
 - Mayor participación en el apoyo de la clínica: atención primaria, grupos comunitarios, vinculación con salud conductual.
 - "Apoyo incondicional"; se puede reiniciar en cualquier momento.

44. Modelo 3: Incentivar la asistencia y el abandono de estimulantes

45. Objetivos de la Gestión de Contingencias (CM) basada en la reducción de daños.

- Incluir a las personas que están interesadas en reducir el consumo (no abstinencia)
- Reducir la barrera para las personas sin hogar o que experimentan inestabilidad habitacional
- Retención en la atención
- Involucrar a las personas en la atención de afecciones concurrentes (médicas, trastornos por consumo de sustancias concurrentes, psiquiátricas)
- Crear una comunidad segura y solidaria

46. Modelo del programa INSPIRE (Programa de Apoyo con Incentivos para la Mejora y Recuperación).

47. INSPIRE (Programa de Apoyo con Incentivos para la Mejora y Recuperación).

- 1 año de planificación: evaluación de necesidades, creación de flujo de trabajo y protocolos, obtención de financiación, identificación de personal y espacio.
- Financiamiento: Financiado independientemente a través del Departamento de Salud Pública de SF
 - Fondos asignados para la prevención de sobredosis
 - Supervisado por la Oficina de Servicios de Salud Conductual.
 - No financiado externamente
- Dotación de personal: no hay nuevas contrataciones
 - Miembros del equipo disponibles: Proveedores (MD/SW), trabajadores de salud comunitarios, miembros de AmeriCorps, especialistas de apoyo entre pares
- Espacio: organizado en el Centro de Recursos de Salud María X. Martínez (clínica de acceso libre con bajas barreras).

48. Información sobre la estructura del programa Inspire

- Dos sesiones semanales durante 12 semanas
- Grupo comunitario y consultas individuales.
- Tarjetas de regalo por asistencia y análisis de orina opcionales.

49. Comparación entre el progreso de dos participantes del programa

50. Datos del programa INSPIRE

51. Comentarios de los participantes

52. Gestión de Contingencias en IDEA (Edición Piloto)

53. Vídeo: ¿Qué es la reducción de daños?

54. Acerca de Idea Exchange

- La Ley de Eliminación de Enfermedades Infecciosas (IDEA) de 2016 permite a la Universidad de Miami y sus afiliadas operar un programa piloto de servicios de jeringas (SSP) de cinco años en el condado de Miami-Dade. El SSP de IDEA Exchange se inauguró el 1 de diciembre de 2016 y fue el primer programa legal de servicios de jeringas en el estado de Florida.
- La ampliación de esta ley por parte de la Legislatura de Florida en 2019 permite a cada condado del estado establecer un programa de servicios de jeringas dentro de sus fronteras. Tanto el programa piloto como el proyecto de ley de expansión estipulan un intercambio de jeringas uno a uno y prohíben el uso de fondos estatales o del condado para pagar el intercambio de jeringas.

55. CM en IDEA Miami SSP

- Se convirtió en SSP legal en 2016
- Se han ampliado los servicios para ofrecer atención de heridas, buprenorfina, pruebas de ITS y TeleHarmReduction (THR)
- Alta cantidad de uso de estimulantes pero sin tratamiento aprobado por la FDA
- EL CM es el tratamiento más efectivo para StimUD

56. Otros servicios ofrecidos en IDEA

- Almacenamiento y gestión de medicamentos

- Registro / gestión de los servicios de Ryan White
- Dos clínicas presenciales semanales
- Apoyo entre pares
- Oportunidades de estudio pagadas para los participantes

57. Los inicios de CM en IDEA

- Los participantes que informaron o dieron positivo en la prueba de detección de un estimulante (metanfetamina, anfetamina o cocaína) al inicio del estudio tuvieron menores probabilidades ajustadas de retención en el tratamiento con buprenorfina a los tres meses (ORa = 0,29; IC del 95 %: [0.09, 0.93]).
- Todo esto significa que las personas con trastorno por consumo de estimulantes tienen dificultades con la linealidad.
- ¡El apoyo entre pares y el CM podrían ayudar!

58. Nuestro Protocolo de CM

- Duración y Frecuencia: 12 semanas, 2x/semana
- UDS negativo por estimulantes (metanfetaminas, anfetaminas, cocaína, MDMA)
 - Anfetaminas solo con rx para las anfetaminas
 - Limitaciones: UDS no detecta catinonas sintéticas (más sobre eso más adelante)
- Tipo de incentivo: Sistema de premios "Pecera" con un 50% de afirmaciones.
- Aumento del número de sorteos (hasta 8 sorteos)

59. Cómo calificar

- Al menos un estimulante + UDS en los últimos 365 días
- Querer reducir o detener completamente el uso de estimulantes
- Capacidad para llegar al sitio/dar UDS dos veces por semana.
- Ser un participante existente de IDEA Exchange

60. ¿Cuántos completaron con éxito 12 semanas?

- ¡Dos!

61. Posibles factores que contribuyen a la no finalización

- Las personas en CM no intercambian agujas y por lo tanto no llegan al sitio (esto puede ser negativo o positivo)
- Recaída en un mayor consumo de drogas
- Las horas del sitio que coinciden con la mayoría de las horas de trabajo impiden que los usuarios más funcionales se registren
- Sentir que los incentivos no valen la pena el esfuerzo
- Dificultad para cumplir con el horario que provoca enojo por ausencias injustificadas

62. Ejemplo de incentivos

- Pequeño = barra de caramelo, lata de refresco, par de calcetines borrosos, mini
- linterna Grande = banco de energía, termo, tarjeta de regalo de \$20 para comida rápida
- Jumbo = tarjeta de regalo de \$100 para la tienda de su elección

63. Finanzas

- Máximo de 164 sorteos posibles, con un premio cuyo valor máximo esperado es de **\$431.32** por paciente durante 12 semanas.

64. Barreras en el panorama general

- Financiación insuficiente para incentivos de CM
 - Aproximadamente \$450 por paciente + gastos administrativos
 - El límite de SAMSHA es de \$75 por paciente a pesar de la evidencia que requiere un monto de incentivo más alto para la eficacia
- Percepciones de que el CM es una forma de “soborno”
- Obstáculos regulatorios
 - Valor máximo de incentivo impuesto cuando se utilizan fondos federales (Medicare/Medicaid) debido a requisitos fiscales
 - Límites a los incentivos (no se pueden utilizar para comprar alcohol, cannabis, tabaco, cualquier forma de juego o armas de fuego)

65. Control de Calidad

66. El Enigma de las Catinonas.

- Un estimulante que no podemos detectar de forma fiable en la orina.

67. ¿Quién soy yo?

- Un participante de IDEA Exchange
 - Uso intravenoso
 - OUD
- Ahora trabajo aquí como Coordinador de Extensión (par con responsabilidades administrativas)

68. Panelistas

69. Evaluación y Certificados de Participación

- Para realizar la encuesta en inglés: <https://lanitek.com/P?s=586293>
- Para realizar la encuesta en español: <https://lanitek.com/P?s=586293&Ing=Spanish>

(Si recibe un mensaje de error, repita el intento en unos minutos)

70. ¡Muchas gracias!