

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOMÉDICAS
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA

**“ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL MANEJO PARA DOLOR CRÓNICO EN
PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DOLOR DEL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL #1 “MORELOS” IMSS CHIHUAHUA, CHIHUAHUA”**

POR:

ANA KAREN DIAZ PADILLA

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas
Secretaría de Investigación y Posgrado.



La tesis **"ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL MANEJO PARA DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DOLOR DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL #1 "MORELOS" IMSS CHIHUAHUA, CHIHUAHUA"** que presenta la Dra. Ana Karen Díaz Padilla como requisito parcial para obtener el grado de: Especialidad en Anestesiología ha sido revisada y aprobada por la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas

DR. SAID ALEJANDRO DE LA CRUZ REY
Secretario de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas
Universidad Autónoma de Chihuahua

DRA NORMA GUADALUPE ARAUJO HENRIQUEZ
Jefe de Enseñanza
Hospital General Regional No. 1, IMSS Chihuahua, Chihuahua

DRA MELBA HAYDE SALAZAR GONZALEZ
Profesor Titular de la Especialidad
Hospital General Regional No. 1, IMSS Chihuahua, Chihuahua

DRA REYNALDA ANGUIANO GUTIÉRREZ
Director de Tesis
Hospital General Regional No. 1, IMSS Chihuahua, Chihuahua

Se certifica, bajo protesta de decir verdad, que las firmas consignadas al pie del presente documento son de carácter original y auténtico, correspondiendo de manera inequívoca a los responsables de las labores de dirección, seguimiento, asesoría y evaluación, en estricta conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente de esta institución universitaria.

RESUMEN

Introducción: La adherencia terapéutica es crucial en el tratamiento del dolor crónico. La falta de cumplimiento ya sea por olvido, efectos adversos o percepción de ineficacia, compromete el control del dolor y la calidad de vida del paciente.

Objetivo: Evaluar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con dolor crónico atendidos en la clínica de dolor del Hospital General Regional #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua.

Métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo realizado entre junio y julio de 2024. Se aplicó la escala Morisky-Green a 30 pacientes en seguimiento por dolor crónico. Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas y percepción de dolor mediante escala visual análoga (EVA).

Resultados: Solo el 33.3% (n=10) de los pacientes presentó buena adherencia terapéutica. El 56.7% olvidaba tomar sus medicamentos y el 46.7% no respetaba los horarios prescritos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la adherencia según sexo, escolaridad o tiempo en tratamiento ($p>0.05$). La media de dolor percibido fue de 5.8 puntos en la EVA, sin diferencias significativas entre adherentes y no adherentes.

Conclusiones: La baja tasa de adherencia observada es inferior a la reportada en otras poblaciones y no parece estar relacionada con factores demográficos. Es necesario fortalecer estrategias de educación, seguimiento y comunicación médico-paciente para mejorar la adherencia y el control del dolor crónico.

Palabras clave: autocuidado, seguimiento ambulatorio, educación en salud, percepción del dolor, conducta del paciente.

ABSTRACT

Introduction: The management of chronic pain requires a high level of patient commitment. Poor adherence to medical recommendations can compromise therapeutic effectiveness and increase the burden on healthcare systems.

Objective: To assess the level of therapeutic adherence among patients undergoing treatment for chronic pain at a specialized outpatient unit in northern Mexico.

Methods: An observational, cross-sectional, and descriptive study was conducted with 30 patients attending the pain clinic at the General Regional Hospital #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua, during June and July 2024. Adherence was measured using the Morisky-Green scale, along with collection of clinical and sociodemographic data.

Results: Only 33.3% of patients demonstrated good therapeutic adherence. Forgetting to take medication was the most common cause of noncompliance (56.7%). No statistically significant associations were found between adherence and factors such as sex, education level, or duration of treatment. The intensity of perceived pain did not significantly differ between adherent and non-adherent patients.

Conclusions: The findings reflect a low rate of therapeutic adherence among patients with chronic pain, highlighting the need for educational interventions and individualized follow-up strategies to promote self-care and treatment awareness.

Keywords: self-care, outpatient follow-up, health education, pain perception, patient behavior



13 de agosto de 2025
Chihuahua, Chih.

DR. SAID ALEJANDRO DE LA CRUZ REY
Secretario de Investigación y Posgrado

P r e s e n t e:

ASUNTO: TÉRMINO DE TESIS

Por medio del presente hago de su conocimiento que se ha revisado el informe técnico para protocolos del sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) de la tesis "ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL MANEJO PARA DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DOLOR DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL #1 "MORELOS" IMSS CHIHUAHUA, CHIHUAHUA" con número de registro: R-2024-801-014 presentada por la DRA. ANA KAREN DIAZ PADILLA, que egresó de la especialidad de ANESTESIOLOGIA, la cual se encuentra finalizada, por lo que no existe inconveniente para poder continuar con trámite de titulación.

Sin más por el momento envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Norma Guadalupe Araujo Hernández



Urgencióloga/Intensivista

Matrícula: 968207

Coordinación Clínica de Urgencias

Dra. Norma Guadalupe Araujo Hernández

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
norma.araujo@imss.gob.mx



INDICE

MARCO TEÓRICO	1
JUSTIFICACIÓN.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
OBJETIVOS.....	18
General	18
Específicos	18
HIPÓTESIS	18
METODOLOGÍA	18
Diseño y tipo de estudio	18
Universo de estudio	18
Lugar donde se desarrollara el estudio.....	18
Periodo.....	19
Tamaño de la muestra	19
Tipo de muestreo	20
Criterios de selección	20
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	21
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	23
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	23
ASPECTOS ÉTICOS	24
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	27
FACTIBILIDAD	28
RESULTADOS.....	30
CONCLUSIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	38
Anexo I. Carta de consentimiento informado	38
Anexo 2. Hoja de recolección de datos	40
Anexo 3. Escala visual análoga	41
Anexo 4. Carta de no inconvenientes.....	42
Anexo 5. Dictamen de aprobación.....	43

MARCO TEÓRICO

La Asociación Internacional para el estudio del Dolor o *International Association for Study of Pain* (IASP) define el dolor como: “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial”.(1)

Esta definición también identifica posibles causas de dolor según sea el daño tisular real o potencial, específicamente, por ejemplo, establece el origen del dolor en la estructura biológica del cuerpo o tejido y da a entender que incluso puede no haber una lesión objetiva para referir dolor. Como señala Vidal Fuentes, “incluso en ausencia de una lesión objetiva, “el dolor todavía se reconoce como algo real”. Esto significa que la definición de la IASP tiene en cuenta la causa del dolor desde un punto de vista puramente psicológico o subjetivo.(2)

El dolor es el principal motivo de consulta, se acompaña de una serie de comorbilidades que afectan por completo la calidad de vida, esto afecta el trabajo y la vida económica de las personas. Por último, es importante abordar la parte mental del dolor, que dependerá en distintos grados de la sociedad o cultura en la que se desenvuelve la persona y, en mayor medida, de las creencias personales o subjetivas de las propias personas, porque estas creencias son parte del sufrimiento o de la forma en que una persona afronta su enfermedad.(3)

Fisiopatología del dolor

El proceso del dolor se produce debido a la estimulación de los receptores del dolor (nociceptores) distribuidos ampliamente por todo el cuerpo, pero su localización principal es en la piel, estructuras musculoesqueléticas y órganos internos. Los nociceptores convierten el estímulo en una serie de potenciales de acción y los transmiten.(4)

Las señales se transmiten principalmente a través de fibras A delta y C. En la médula espinal secretan glutamato, sustancia P, un péptido relacionado con el gen de la calcitonina. El proceso de sensación de dolor consta de cuatro etapas, la primera etapa es la transducción, en la que los estímulos nociceptivos se convierten en señales eléctricas. La segunda etapa es la transmisión, en la que la señal se transmite a lo largo de las fibras A-

Delta y C hasta la médula espinal, donde forma una sinapsis de primer orden con una neurona de segundo orden en la asta dorsal, luego pasa y entra en la médula espinal, para después ir hasta el tálamo y la corteza cerebral, esta vía se llama espinotalámica y es la vía más importante. La tercera etapa es la interpretación o integración cerebral, en la que el tálamo recibe las señales y comienza el proceso de interpretación que luego las transmite a la corteza cerebral, que contiene varias áreas como la corteza somatosensorial primaria, corteza prefrontal y otras áreas. La cuarta fase es la modulación, que involucra fibras periféricas y vías descendentes, que cuando se activan liberan betaendorfinas, encefalinas y endorfinas analgésicas. Cuando se activan en el mesencéfalo, se proyectan hacia el locus reticularis y el locus ceruleus, produciendo serotonina y norepinefrina. Las fibras descienden y se proyectan hacia el funiculus posterolateral de la asta dorsal de la columna, donde se conectan con la neurona aferente primaria.(5)

Clasificación del dolor

La clasificación del dolor se puede hacer según su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronósticos de control del dolor y la farmacología.(6)

A. Según su duración

- Agudo: Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Por lo general es menor a 3 meses.
- Crónico: Ilimitado en su duración, generalmente mayor a 3 meses. (6)

B. Según su patogenia

- *Neuropático*: Producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se puede describir como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.
- *Nociceptivo*: Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral.
- *Psicógeno*: Suele intervenir el ambiente psico-social que envuelve al paciente. Usualmente es necesario un incremento constante de la dosis de medicamentos con pobre respuesta a ellos. (6)

C. Según la localización

- *Somático*: Se debe a la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia hacia vías nerviosas.
- *Visceral*: Se debe a la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor es mal localizado, profundo y continuo. Puede irradiarse a zonas alejadas del lugar donde inició. Con frecuencia se acompaña de síntomas neurovegetativos. (6)

D. Según el curso

- *Continuo*: Persiste a lo largo de todo el día y no desaparece en ningún momento.
- *Irruptivo*: Exacerbación temporal de dolor en pacientes que suelen estar controlados de dolor. (6)

E. Según la intensidad

- *Leve*: Puede realizar actividades cotidianas de la vida diaria
- *Moderado*: Interfiere con las actividades cotidianas y precisa tratamiento médico con opiodes menores
- *Severo*: Generalmente interfiere con el descanso. (6)

F. Según la farmacología:

- Responde bien a los opioides: dolores viscerales y somáticos.
- Parcialmente sensible a opioides: dolor óseo y dolor por compresión de nervios periféricos.
- Escasamente sensible a opioides: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos. (6)

Adherencia terapéutica

La falta de adhesión del paciente a medicamentos recetados es un tema muy importante para la comunidad global en la atención médica, por lo que se ha convertido en un asunto de suma importancia, provocando así el inicio de muchos estudios acerca de ello.(7)

La mala adherencia a la medicación puede provocar efectos negativos, resultados de salud como el empeoramiento de la enfermedad o incluso la muerte. Los estudios demostraron que había una asociación entre mala adherencia a los medicamentos indicados para enfermedades crónicas enfermedades con utilización de recursos sanitarios.(8)

La adherencia también puede resultar en un aumento del costo de la atención médica. Hay entre el 33% y el 69% de los ingresos hospitalarios relacionados con las drogas en EE. UU. se deben a la mala adherencia a la medicación, junto con un costo de alrededor de 100 mil millones de dólares al año.(9)

Es por eso que muchas pruebas e intervenciones se han llevado a cabo durante décadas para mejorar el cumplimiento del tratamiento médico, los cuales solo muestran resultados modestos y son casi poco convincentes. Una posible explicación es que la falta de adherencia es multifactorial; Incluso Haynes (1976) ha identificado más de 200 variables relacionadas con la adherencia terapéutica, por lo que una intervención exitosa en la que cada factor logre abarcar la causa de la falla de esto puede ser extremadamente complicado y convertirse en un problema real en el campo, a pesar de los esfuerzos significativos de investigadores famosos en esta área.(10)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la “adherencia” como “el grado en que el comportamiento de una persona (medicación, dieta y cambios en el estilo de vida) es consistente con las recomendaciones establecidas por un proveedor de atención médica”. Cuando se hace referencia a implementar o hacer cumplir recomendaciones médicas y/o de tratamiento, los términos "adherencia" y "cumplimiento" se utilizan indistintamente.(11)

Las conversaciones sobre el cumplimiento simplemente reflejan pasividad (por parte del paciente) o actividad (por parte del médico y/o el personal médico), asignando así importancia o “culpa” a una sola parte. Por otro lado, la adherencia al tratamiento engloba una variedad de conductas y se considera un fenómeno diverso y complejo, refiriéndose al grado en que la conducta de un paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre los profesionales sanitarios y los pacientes.(12)

Por tanto, el término connota la responsabilidad de “dos partes” (paciente y médico), enfatizando la participación activa tanto del paciente como de la responsabilidad del médico en la creación de una comunicación adecuada para promover la toma de decisiones compartida. Haynes y Sackett definen este concepto como "el grado en que un paciente cambia su comportamiento al tomar un medicamento o una intervención prescrita por un médico".(10)

La falta de adhesión del tratamiento es una herramienta utilizada para cuantificar el grado, en el que el paciente sigue las instrucciones médicas o no, lo que implica falta conocimiento de su diagnóstico y pronóstico; Cuando el monitoreo de las instrucciones es negativo, el pronóstico es peor y los resultados pueden no ser favorables.(13)

Según los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de adhesión es un "problema mundial" porque a pesar de la realidad de la medicina ha crecido de manera sorprendente en las últimas décadas, trayendo a las personas más conocimiento sobre la enfermedad y por consiguiente la existencia de muchos tratamientos médicos más eficaces, la incidencia y prevalencia de diversas enfermedades sigue siendo alta y con menor eficacia en los tratamientos médicos, como resultado de la baja adherencia terapéutica, sin identificarse cambios considerables a lo largo del tiempo.(7)

Gracias a los logros en el campo de la medicina en los últimos años, se han creado tratamientos cada vez más efectivos y de fácil manejo para tratar las enfermedades más frecuentes y que tienen mayores tasas de morbilidad y mortalidad, como el aumento de la presión arterial; Paradójicamente, estos logros en las herramientas diagnósticas y farmacológicas pueden controlar la enfermedad pero no han bajado el riesgo cardiovascular, siendo el incumplimiento terapéutico uno de los principales factores que contribuyen a la falla en el control de la enfermedad.(14)

Situaciones muy parecidas aparecen en casi cualquier enfermedad crónica, por lo que está claro que mejorar la adhesión puede tener un mayor impacto en la salud de la población en comparación con cualquier otra mejora específica en los tratamientos.(15)

Aunque factores conductuales como la dieta, el tabaquismo o la actividad física influyen en el pronóstico de estas enfermedades, el tratamiento farmacológico es importante para prevenir la progresión de la enfermedad y es necesario. Por lo que debe haber un

compromiso continuo en el estilo de vida y dieta para lograr un control adecuado a largo plazo, prevenir complicaciones y reducir la morbilidad y la mortalidad.(16)

El número de enfermedades crónico-degenerativas va en aumento y en algunos países incluso han superado a las enfermedades infecciosas. Así, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar en morbilidad y mortalidad en más del 75% de los países del mundo y son la principal causa de muerte en América Latina. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), las enfermedades crónicas (enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes) son las principales causas de muerte en todo el mundo y el alcance de su impacto aumenta constantemente.

En los países desarrollados, la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas es aproximadamente del 50%, aunque el grado de no adherencia puede variar significativamente dependiendo de la afección; en los países en desarrollo este número es mucho menor. De lo anterior se desprende claramente que el incumplimiento de las recomendaciones de tratamiento es la principal causa de que no se logren plenamente los beneficios que el fármaco puede aportar al paciente, lo que dificulta el cumplimiento del tratamiento en las Enfermedades cardio metabólicas, incluida la diabetes, hipertensión, dislipidemia e insuficiencia cardíaca, así como otras enfermedades crónicas. Lo sorprendente es que a pesar de que hoy en día es ampliamente conocido el bajo cumplimiento del tratamiento, en la práctica clínica diaria todavía no consideramos este hecho como la principal causa del fracaso del tratamiento, recurriendo muchas veces a un aumento del tratamiento o a pruebas innecesarias que pueden confundir y poner en peligro al paciente.(17)

Muchos estudios clínicos han demostrado que el cumplimiento adecuado del tratamiento en pacientes hipertensos puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular entre un 30% y un 43% y de infarto de miocardio en un 15%; También se pueden evitar o al menos reducir significativamente los elevados costes del sistema sanitario. Por ejemplo, en Estados Unidos, se estima que la falta de cumplimiento genera costos innecesarios que oscilan entre 396 y 792 millones de dólares al año. Muchos autores informan tasas de adherencia alarmantemente bajas para las principales enfermedades crónicas: diabetes 36-87%, hipertensión 33-84%, cáncer (tratado por vía oral) 20-100%, VIH/SIDA (triple tratamiento). 70-80%. La OMS considera la falta de adherencia un problema prioritario de salud pública por sus consecuencias negativas: fracaso del tratamiento, mayores tasas de

hospitalización y aumento de los costes sanitarios. Asimismo, la falta de adherencia causa enormes pérdidas a los individuos, las familias y la sociedad. La FDA examina las prácticas y los esfuerzos médicos y de salud pública para mejorar la adherencia a la medicación; Estos incluyen el desarrollo de medicamentos genéricos para reducir los costos de los medicamentos y el sistema Sentinel, un sistema de monitoreo que permite a los médicos mejorar su conocimiento sobre la seguridad de los medicamentos y sus efectos secundarios, guiando su uso de medicamentos, información de salud importante, educación para la salud y los logros propios de la FDA.(18)

Factores que afectan la adherencia

¿Por qué los pacientes no toman los medicamentos correctamente? Según el profesor John Weinman, jefe de Psicología de la Salud del King's College de Londres: "Sólo el 30% de los pacientes se niegan a tomar medicamentos por motivos no deseados, como olvidar o no poder seguir instrucciones; El 70% de los casos de incumplimiento del régimen de tratamiento se deben a decisión del paciente"; También mencionó que "un recordatorio no cambiará el motivo del paciente para no tomar el medicamento y está claro que el tratamiento puede ser muy efectivo, pero si el paciente no lo toma no será efectivo". " Por otro lado, se ha descubierto que los pacientes con múltiples enfermedades cardiometabólicas tienen un mayor riesgo de no seguir el régimen de tratamiento correcto. El apego al tratamiento incluye diferentes tipos de comportamiento: difundir y mantener programas de tratamiento; asistir a consultas de seguimiento; utilizar los medicamentos correctamente según lo prescrito; hacer cambios apropiados en el estilo de vida; no realizar actividades contraindicadas.(19)

Hay una medición de cinco factores interactivos que afectan la adhesión de la terapia:

1) Factores socioeconómicos:

Entre ellos se encuentran la pobreza, el acceso a la salud y la atención médica, el analfabetismo, el proporcionar redes de apoyo social efectivas y el mecanismo de tener servicios médicos que consideren y tengan en mente creencias culturales sobre la enfermedad.(20)

2) Factores relacionados con el tratamiento:

Hay muchos factores de tratamiento que afectan el cumplimiento del tratamiento; Lo más apropiado es la complejidad del régimen médico, el tiempo del tratamiento, el fracaso previo del tratamiento, el cambio constante de tratamiento, los efectos secundarios y el apoyo médico para su tratamiento. Las características únicas de la enfermedad y el tratamiento no son más importantes que los factores generales que influyen en la adherencia al tratamiento, sino que más bien moderan su impacto. Para lograr la máxima eficacia, las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente. (20)

3) Factores relacionados con el paciente:

Estos incluyen la falta de recursos, creencias religiosas, nivel educativo, falta de conciencia de que la enfermedad está mejorando, confianza en los médicos, deseo de control, autoeficacia y salud mental. El incumplimiento de las reglas de tratamiento conduce a un aumento significativo de los costos del tratamiento; Sin embargo, hay poca investigación sobre intervenciones a este nivel. (20)

4) Factores relacionados con la enfermedad:

Algunos factores que determinan la adherencia al tratamiento se relacionan con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, mental y social), la tasa de progresión y la disponibilidad de opciones de tratamiento. Su impacto depende del grado en que afecta la percepción de riesgo del paciente, la importancia del tratamiento y su seguimiento y la prioridad dada a la adherencia al tratamiento. La depresión es un factor que a menudo está relacionado con la falta de apego; Por lo tanto, hay que tener en cuenta la sospecha de una imagen depresiva, y si es necesario, realizar evaluaciones psicológicas para resolverlo y tratarlo lo antes posible, y así reducir la falta de apego a la terapia. (20)

5) Factores relacionados con el sistema o el equipo de atención médica:

Los factores relacionados con los sistemas de atención médica tienen un impacto negativo en la adhesión terapéutica; Por ejemplo: los centros de salud con infraestructura incompleta y los malos recursos, el personal médico con sueldos bajos y una sobreexplotación en el trabajo, nos conlleva a citas con falta de calidad. El personal médico sin preparación adecuada, sin capacidad de enseñar a los pacientes y asegurarse que el paciente entienda su enfermedad, pueda tratarla y mejorar la adhesión, siendo así, las intervenciones sean

efectivas en su manejo terapéutico. Para mejorar la adherencia al tratamiento, es necesario evaluar la viabilidad de implementar intervenciones. Una vez que se identifican los problemas que obstaculizan la adherencia al tratamiento, se desarrollan estrategias e intervenciones individualmente. (20)

Se ha demostrado que el incumplimiento está asociado con un aumento de las admisiones de pacientes a nivel hospitalario; esto aumenta el costo de los recursos de atención médica, así como la carga para el personal médico.(21)

Evaluación del cumplimiento del tratamiento

Se debe evaluar cualquier acción médica que acompañe a una recomendación de tratamiento; sin embargo, no existe un estándar de oro totalmente aceptado para evaluar el cumplimiento. Las acciones específicas que toma la FDA para mejorar la adherencia dependen en gran medida de métodos para medir y monitorear la adherencia, mejorar la recopilación de evidencia y estrategias de comunicación médico-paciente. Dado que se trata de un problema multifactorial, la estrategia debe ajustarse para mejorar todos los factores y lograr mejores resultados. Ninguna estrategia única es eficaz para todos los pacientes y todas las enfermedades. Las estrategias para mejorar el cumplimiento deben centrarse en lo siguiente.(22)

Estrategias educativas y conductuales: la información debe ser personal, centrándose en los déficits del paciente, en forma escrita o verbal. Si no sabe leer, se pueden realizar estrategias audiovisuales o visitas domiciliarias y sesiones de estudio en grupo, así como sistemas de recordatorios (alarmas, llamadas, correos electrónicos, etc.). También es necesario aclarar todas las dudas y refutar muchas creencias y prejuicios; De manera similar, se debe proporcionar toda la información posible sobre el estado de salud y los efectos secundarios del tratamiento y se deben resaltar los factores que pueden influir en la adherencia al tratamiento.(22)

Estrategia de apoyo familiar o social: El tratamiento debe ser integral para que la familia siempre pueda asesorar y apoyar al paciente. Estrategia tecnológica: Implementar esquemas de tratamiento simples, fáciles de entender y de usar, que permitan reducir el número de dosis administradas por día y evitar cambios constantes de tratamiento. (22)

Estrategia para profesionales sanitarios: El objetivo es lograr un uso adecuado y cumplimiento de las recomendaciones médicas a través de campañas de salud y educación de los profesionales sanitarios, así como proporcionar conocimiento de la enfermedad y adaptarlo al paciente para mejorar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Mejorar continuamente las evaluaciones del personal médico para que el tratamiento sea óptimo; Asimismo, la monitorización y seguimiento de los pacientes favorecerá el cumplimiento del tratamiento. Está demostrado que en el caso de enfermedades crónico-degenerativas no basta con una sola intervención en el paciente, requiere un equipo multidisciplinario que incluya, entre otros, personal médico, psicológico y de enfermería; estas intervenciones apoyan el autocuidado y el aprendizaje terapéutico. Para la mayoría de las enfermedades crónicas, existe un conjunto de factores de riesgo conocidos, prevenibles y modificables y los pacientes deben comprender el impacto de estos factores en su enfermedad, así como sus creencias personales sobre la necesidad de implementar hábitos consistentes en su nuevo estado de bienestar, todo ello propiciando un abordaje responsable de la enfermedad. En enfermedades agudas, las intervenciones de información sobre la importancia del tratamiento y orientación sobre el uso adecuado de la medicación y los posibles efectos secundarios han demostrado una mejor adherencia (

Tabla 1). (22,23)

Tabla 1. Relación de causas de incumplimiento terapéutico y estrategias de mejora.

Causa del incumplimiento	Estrategias dirigidas a mejorar la adherencia				
	Técnicas	Conductuales	Educativas	Apoyo social	Dirigidas a profesionales, administración e industrial
Factores relacionados con el paciente					
Características sociodemográficas				X	

Escaso conocimiento de la enfermedad, el tratamiento y/o las consecuencias del incumplimiento			X		
Desconfianza en la elección o la efectividad del tratamiento			X		
Incomprensión u olvido de las instrucciones recibidas			X		X
Olvido o falta de motivación		X		X	
Barreras de acceso					X
Factores relacionados con el tratamiento			X	X	
Efectos secundarios	X				
características de la medicación	X				X
Complejidad del régimen (politerapia, pauta posológica compleja, duración del tratamiento, etc.)	X	X			X
Coste/pago de la medicación				X	X
Factores relacionados con la enfermedad					
Enfermedad crónica	X	X	X	X	X
Enfermedad aguda		X	X		
Enfermedades poco sintomáticas		X	X		
Factores relacionados con el profesional sanitario					
Formas de comunicación y contenido de la información					X
Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario					X

Tomado de: Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristána JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009; 41 (6): 342-348.

Métodos de medición

Hasta el momento no existe un método estándar de oro para medir conducta de toma de medicamentos. La adherencia se puede clasificar en método directo e indirecto. Los métodos directos incluyen la terapia observada directamente, medición de la concentración del fármaco en sangre, y medición del marcador biológico en el cuerpo. Los métodos indirectos incluyen informe del paciente, recuento de pastillas y llenado de farmacia, monitoreo electrónico de medicamentos y evaluación de respuesta clínica del paciente.(9)

El informe del paciente o el cuestionario es uno de los métodos indirectos mas importantes para medir la adherencia y persistencia de la medicación y es el método más utilizado en el ámbito clínico. A pesar de es simple y fácil, los estudios demuestran que puede medir la adherencia efectiva,(24,25) y tiene un grado de moderado a alto de concordancia con el dispositivo electrónico de monitoreo de medicación.(26)

Los problemas con el informe del paciente tienen que ver con la distorsión de los resultados por parte de los propios pacientes, mala interpretación de la información contenida en el instrumento, además de que el error aumenta con el tiempo entre visitas.(9)

Escala de Morisky Green

En 1986, el Dr. Morisky y sus colegas publicaron el instrumento Escala de adherencia a la medicación de Morisky-Green (MMAS) que se validó por primera vez en fármacos antihipertensivos en entornos ambulatorios. La versión al español fue traducida y validada en 2011 por Pardo et al., con un alpha de Cronbach de 0,61.(27)

La escala Morisky original tiene cuatro ítems que tienen categorías de respuesta dicotómicas con sí o no (Tabla 1). La justificación detrás de los cuatro ítems fue "los errores en la toma de medicamentos o la omisión podría ocurrir de varias maneras: olvido,

descuido, suspender el medicamento cuando se sienta mejor o empezar a tomar el medicamento cuando se sienta peor”. La escala fue bastante innovadora en su momento por la captura de las razones fundamentales de la infrautilización u omisión de medicamentos.(28)

Tabla 2. Escala de adherencia a la medicación de Morisky-Green

Reactivo	Respuesta esperada en caso de buena adherencia
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	No
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	No
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	No
<i>Se considerará como adherencia terapéutica cuando el paciente responda TODAS preguntas de la forma esperada, en caso contrario se considera como no adherente</i>	

Los dos primeros puntos en la escala de Morisky Green evalúan la falta de adherencia involuntaria debido a olvido y descuido. Los dos últimos elementos son mediciones de la falta de adherencia intencionada como la interrupción de medicamentos cuando se siente mejor o peor.(29)

Los mismos autores del MMAS-4, en 2008 desarrollaron la escala de adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8) compuesta por 8 reactivos. Los primeros siete ítems son categorías de respuesta dicotómicas con sí o no y el último ítem es una respuesta Likert de

cinco puntos. En comparación con la escala Morisky original, tiene lo siguiente características: los cuatro elementos agregados intentan identificar y abordar las circunstancias o situaciones relacionadas con la adherencia al tratamiento.(28) No obstante, se ha cuestionado grandemente el perfil de sensibilidad y especificidad del MMAS-8, por lo que se recomienda seguir usando la versión a solo 4 preguntas.

La escala Morisky tiene diversas ventajas sobre otros instrumentos de informe del paciente, como su uso comprobado de poder aplicar aplicarse de forma generalizada en diferentes enfermedades, poblaciones y países; mostrar concordancia con aquellas pruebas que emplean los datos de surtimiento de farmacia o y otros medios electrónicos.(30,31)

La escala de adherencia a la medicación MMAS-4 es capaz de medir con precisión la adherencia y además de captar las creencias, barreras y comportamientos relacionados con la adherencia a la medicación. Es, además, fácil de aplicar y, comprender por el paciente. MMAS-4 está diseñados para describir el comportamiento de los pacientes que toman medicamentos, pero sin evaluar exhaustivamente las razones o predictores de la adherencia a la medicación, por lo que pueden ser considerados como buenos estimadores de la conducta en la toma de medicamentos.(32)

Peña-Valenzuela et al., efectuó la validación del MMAS-8 en población hipertensa mexicana derechohabiente al IMSS en Ciudad Obregón, encontrando que existía una adherencia terapéutica del 57%, y en cuanto a las propiedades psicométricas, posee un alfa de Cronbach de 0.83, aunque la sensibilidad descendió a solo el 53%.(33)

Martínez Fajardo et al., hizo uso de la encuesta de Morisky-Green para medir la adherencia terapéutica en pacientes bajo tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del IMSS, identificando una prevalencia de adherencia terapéutica del 88.6%, y los motivos para no tener adherencia fueron dejar de tomar la medicación sin motivo o por sentirse bien (5.7%, n=4, cada categoría).(34)

Otras escalas de adherencia a la medicación

-Cuestionarios de Creencias sobre Medicamentos (BMQ):

Hay 2 secciones de los Cuestionarios de Creencias sobre Medicamentos (BMQ):

dos de 4 ítems de la sección BMQ-General y dos de 5 ítems factor BMQ-Sección específica. BMQ-Specific analiza las creencias asociadas con los medicamentos que el paciente está tomando, mientras que BMQ-General analiza las creencias asociadas con los medicamentos en general. Los dos factores de la sección BMQ-General evalúan las creencias asociadas con el daño causado por los medicamentos (GeneralHarm) y el uso excesivo de medicamentos (General-Overuse).

Los dos factores de la sección específica de BMQ evalúan las creencias

asociados con la necesidad de tomar medicamentos (SpecificNeed) y los efectos a largo plazo de los medicamentos (SpecificConcerns). Cuando la escala se desarrolló por primera vez, fue utilizada por pacientes ingresados en servicios como asma, diabetes, enfermedad renal, trastornos cardíacos, trastornos psiquiátricos y medicina general. En general, los cuatro factores de la escala BMQ mostraron consistencias internas de buenas a aceptables.(35,36)

-La Escala de Calificación de Adherencia a la Medicación (MARS, por sus siglas en inglés) es una medida de adherencia a la medicación desarrollada a partir de la medicación.(37)

MARS consta de 10 elementos representados por 3 factores: Comportamiento de adherencia a la medicación, actitud hacia la medicación y el control general de la enfermedad.(38)

-Cuestionario de autoinforme de adherencia (ASRQ):

Fue desarrollado por de Klerk y colegas y se compone de seis niveles diferentes de adherencia que va desde "perfecta" (nivel 1) hasta "baja" (nivel 6). Generalmente, la ASRQ se administra con un sistema de monitoreo (MEMS) para medir el tiempo, adherencia o dosificación correcta o adherencia relacionada con la ingesta de medicamento.(39)

-ASK-20: La encuesta de barreras de adherencia ASK-20 consta de 20 preguntas representadas por 11 áreas conceptuales que se centran en comportamiento de ingesta de medicamentos y las barreras que se perciben por pacientes, afectando la adherencia a la medicación.(40)

Las áreas son: actitudes y creencias relacionadas con la medicación, concienciación y consecución de los objetivos de salud, efectos nocivos de tomar medicamentos, depresión, olvido, barreras físicas, barreras financieras percibidas e ineficacia asociada a la ingesta de

medicamentos, la recepción de apoyo social y relación interpersonal y comunicación con los proveedores de atención médica.(41)

-Escala de cumplimiento de Hill-Bone:

Se centra principalmente en la adherencia a la medicación para la hipertensión.

Esta escala tiene 3 subescalas: ingesta reducida de sodio, puntualidad de la cita y toma de medicamentos.

Esta escala solo se puede utilizar en pacientes con hipertensión, por lo que tiene una generalización limitada.

En general, las MMAS-4 y las MMAS-8 son buenas herramientas de monitorización en la práctica clínica para identificar y monitorizar los pacientes no adherentes de alto riesgo.(42)

JUSTIFICACIÓN

El motivo principal de la investigación es evaluar si existe adherencia terapéutica en pacientes en tratamiento para manejo de dolor crónico en clínica del dolor del Hospital General Regional No. 1 IMSS, Chihuahua, Chihuahua que están programados para consulta en clínica de dolor y posteriormente poder identificar estrategias de mejora sobre los resultados obtenidos.

La falta de adherencia terapéutica es multifactorial, existen más de 200 variables relacionadas con la adherencia, por lo que una intervención que pueda resultarnos exitosa es un reto bastante complicado para la salud pública, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un problema de salud mundial de gran magnitud ya que a pesar de que la medicina ha avanzado en las últimas décadas, la incidencia y prevalencia de muchos padecimientos continua siendo alta y su tratamiento muestra una menor efectividad a la esperada, como resultado de que las tasas de adherencia a la medicación siguen siendo bajas.

La baja adherencia y/o falta de persistencia en el tratamiento prescrito es uno de los principales factores que contribuyen a la falta de control de la enfermedad, por lo que resulta

evidente que mejorar la adherencia puede tener un mayor impacto en la salud de la población que cualquier otra mejora específica en los tratamientos médicos.

En países desarrollados, las tasas de adherencia al tratamiento se sitúan alrededor del 50%, variando la tasa según la patología, esta cifra es considerablemente menor en los países en desarrollo como es nuestro caso, por lo que se concluye que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes.

A pesar de que actualmente es conocida la baja adherencia en la práctica clínica diaria se sigue sin integrar este hecho como la primera causa de fracaso terapéutico, recurriendo a la intensificación de tratamientos o pruebas innecesarias que pueden poner en riesgo al paciente, por lo que sería importante estudiar o tomar acciones y actividades en nuestra práctica médica y en la atención de la salud para mejorar la adherencia terapéutica, incluyendo aquí la vigilancia estrecha del tratamiento médico, dar información a los pacientes acerca de la seguridad de los medicamentos y sus efectos adversos, información médica esencial, educación en salud y resolución de dudas acerca del esquema llevado a cabo para el control de su padecimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de adhesión de nuestros pacientes en tratamiento de manejo de dolor crónico nos plantea un reto importante, por lo que se ha convertido en un tema de gran interés, es por ello que este estudio nos permitirá identificar el nivel de adherencia al tratamiento prescrito, para poder en un futuro llevar a cabo intervenciones para mejorar la adherencia a los medicamentos, así mismo, mejorar su patología y su calidad de vida.

Pregunta de Investigación;

¿Cuál es la adherencia terapéutica al manejo para dolor crónico en pacientes de la clínica de dolor del Hospital General Regional (HGR) #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua?

OBJETIVOS

General

Evaluar la adherencia terapéutica al manejo para dolor crónico en pacientes de la clínica de dolor del HGR #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua.

Específicos

- Describir las características generales de los pacientes que reciben manejo para dolor crónico en la clínica de dolor del HGR #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua.
- Medir los niveles de dolor crónico en pacientes de la clínica de dolor del HGR #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua.
- Determinar la proporción de pacientes con buena adherencia terapéutica al manejo para dolor crónico en pacientes de la clínica de dolor del HGR #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua.

HIPÓTESIS

Ha: La adherencia terapéutica al manejo para dolor crónico en pacientes de la clínica de dolor del HGR #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua es inferior al 100%

Ho: La adherencia terapéutica al manejo para dolor crónico en pacientes de la clínica de dolor del HGR #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua es del 100%

METODOLOGÍA

Diseño y tipo de estudio

Se planea ejecutar un estudio observacional, descriptivo de tipo transversal.

Universo de estudio

Pacientes en manejo de dolor crónico en la Clínica del dolor del HGR #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua

Lugar donde se desarrollará el estudio

Instituto Mexicano del Seguro Social.

HGR #1 “Morelos” IMSS, Chihuahua.

Unidad de segundo nivel de atención.

Dirección: Calle Ortiz de Campos, Esq. Universidad 500-Sector 5, San Felipe I Etapa, 31203 Chihuahua, Chihuahua.

Periodo

Periodo del 1 de junio al 31 de julio del 2024.

Tamaño de la muestra

Considerando que el objetivo primario de esta investigación es identificar una proporción de la población, pacientes con adherencia terapéutica, y aunque no se aplicó el test de Morisky-Green a pacientes en manejo de dolor crónico, pero sí en población derechohabiente del IMSS en consulta externa (control de hipertensión arterial), y empleando la encuesta de Morisky-Green se identificó una prevalencia de adherencia del 88.6%, por lo que se decide emplear la fórmula del tamaño de muestra mínimo de búsqueda de una proporción esperada en una población:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p(1 - p)}{D^2}$$

Donde:

$Z_{\alpha/2}$ = Error alfa bilateral para un nivel de confianza al 95% = 1.96

P = proporción esperada = 88.6% = 0.886

D = diferencia a detectar = 0.20

Se tiene entonces:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.886(1 - 0.886)}{0.2^2} = \frac{3.84 * 0.886(0.114)}{0.04} = \frac{0.387}{0.04} = 9.69$$

Por tanto, se precisan incluir **10 casos de estudio como mínimo**.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo de este estudio es de tipo no probabilístico por conveniencia hasta completar el tamaño de muestra.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Se incluirán pacientes que cumplan con todas las siguientes características:

- Ambos sexos.
- Edad igual o superior a los 18 años.
- En manejo de dolor crónico dentro de la Clínica del dolor del HGR #1 “Morelos” IMSS, Chihuahua.
- Acudir a visita subsecuente durante el 01 de junio al 31 de julio de 2024.
- Aceptar participar y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

No se incluirán paciente que cumplan alguna de las siguientes características:

- Edad inferior a 18 años.
- Visita de primera vez para manejo de dolor crónico dentro de la Clínica del dolor del HGR #1 “Morelos” IMSS, Chihuahua.
- No aceptar participar ni firmar el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

Se excluirán para el análisis final los pacientes que cumplan alguno de los siguientes criterios:

- No derechohabientes al IMSS.
- Solicitud por escrito para retirarse de la investigación.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO ESCALA	UNIDAD DE MEDICIÓN
Adherencia terapéutica	Grado en que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento- se corresponde con las recomendaciones acordadas con el prestador sanitario	Determinado mediante la encuesta Morisky-Green, considerando no adherencia ante la respuesta positiva a alguna de las 4 preguntas.	Cualitativo nominal	1: Sí 2: No

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO ESCALA	UNIDAD DE MEDICIÓN
Dolor	Experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial	Evaluated en el paciente mediante la escala visual análoga (EVA)	Cuantitativo discreto	1 al 10

VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO ESCALA	UNIDAD DE MEDICIÓN
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Interrogado al paciente y corroborado en las notas médicas	Cualitativo nominal	1: Femenino 2: Masculino
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia	Interrogado al paciente y corroborado en las notas médicas	Cuantitativo continuo	Años
Tiempo en tratamiento	Lapso de tiempo que transcurre desde el inicio del tratamiento médico hasta el momento de referencia	Obtenido de la revisión de las notas médicas	Cuantitativo	1: <1 año 2: 1-5 años 3: >5 años
Escolaridad	Promedio de grados que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo	Interrogado al paciente y corroborado en las notas médicas	Cuantitativo	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Universidad

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El protocolo será sometido a revisión por los comités de ética e investigación, y una vez revisado y obtenidas las aprobaciones, se comenzará su ejecución.

Para la captación de pacientes, los investigadores acudirán diariamente a la consulta externa de la Clínica del dolor del HGR #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua, donde se identificará a los potenciales participantes: pacientes adultos que acuden a consulta subsecuente para manejo del dolor crónico. Se mantendrá entrevista personal con los pacientes para invitarlos a participar, explicando el alcance de su participación, así como los riesgos y beneficios.

Cuando los candidatos cumplan con los criterios de selección y acepten participar, se firmará el consentimiento (Anexo 1) informado y se abrirá una hoja de recolección de datos (Anexo 2) para recolectar la siguiente información: edad, sexo, escolaridad, diagnóstico médico, tiempo de evolución del dolor crónico. Se le solicitará que mida la percepción habitual de dolor crónico que suele experimentar mediante la EVA (Anexo 3).

Para valorar la adherencia se aplicará la encuesta de Morisky-Green que se compone de 4 reactivos, considerándose adherente al tratamiento cuando responda de forma correcta las 4 preguntas, en caso contrario, se considerará no adherente.

Una vez completado el tamaño mínimo de muestra se procederá a transcribir la información recolectada en una base de datos electrónica tipo Excel para su resguardo y posterior análisis estadístico. Concluidos los análisis, los resultados serán publicados en formato de tesis para la obtención de grado de especialidad médica, y un reporte técnico para el comité de Investigación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizará estadística descriptiva con determinación de proporciones para las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central cuando se agrupen y resuman variables cuantitativas continuas; la distribución normal de los datos será evaluada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Se construirán tablas de contingencia para contrastar las variables cualitativas empleándose la prueba de chi-cuadrada, o prueba exacta de Fisher cuando más del 20% de las casillas posean recuentos menores a los esperados. Se contrastará la prevalencia de adherencia terapéutica por sexo del paciente, escolaridad, tiempo de evolución del dolor.

Adicionalmente se comparará la media de dolor percibido habitual entre los pacientes con adherencia vs sin adherencia, empleándose la prueba T-Studente, o U de Mann-Whitney en caso de no tener una distribución normal.

El nivel de significación estadística mínimo a considerar en todas las pruebas será del $p \leq 0.05$. Todos los cálculos estadísticos serán ejecutados mediante el software IBM SPSS versión 26 para Windows.

ASPECTOS ÉTICOS

Este protocolo de investigación será sometido al Comité Local de Investigación y Ética y de ser necesario al Comité de Bioética Institucional de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chihuahua y se obtendrá el Consentimiento Institucional del HGR #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua.

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, el riesgo de este proyecto corresponde a una **investigación CON RIESGO MÍNIMO (fracción II)** debido a que se ejecutará un estudio observacional en donde se tendrá contacto con el paciente y se recolectará información con fines científicos. Todos los participantes deberán aceptar participar libremente y firmar un consentimiento informado.

Este estudio tiene en consideración los siguientes principios de la declaración de Helsinki 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio. La participación debe ser por personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica de forma libre y voluntaria. Si el paciente no desea participar, no sufrirá ninguna repercusión por tal decisión.

Así como a los Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación de los principios éticos delineados por la Declaración de Belmont

RESPETO a las personas: protegiendo su autonomía, es decir la capacidad que tienen de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones. Este principio implica también la protección de sujetos con mayores riesgos como mujeres embarazadas o grupos susceptibles con autonomía limitada como presos, menores de edad, enfermos mentales o personas con cualquier tipo de discapacidad. Parte de este principio conlleva la obtención en toda investigación de un consentimiento informado donde un sujeto libremente acepta participar de una investigación tras una amplia explicación de la misma y con todo el derecho de retirarse del estudio cuando el sujeto lo desee.

BENEFICENCIA: este principio implica que debe buscarse siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos.

JUSTICIA: los riesgos y beneficios de un estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio. Bajo toda circunstancia debe evitarse el estudio de procedimientos de riesgo exclusivamente en población vulnerable por motivos de raza, sexo, estado de salud mental, etc.

De la NOM-004-SSA3-2012 establece en su fracción 5ª que:

Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados en el numeral anterior, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Humanos

Recurso	Actividades a desarrollar
1 residente del curso de especialización en anestesiología	Desarrollo y elaboración del protocolo Recolección de datos Análisis de resultados Redacción de manuscritos Presentación examen de grado Divulgación científica
1 investigador responsable	Desarrollo y elaboración del protocolo Recolección de datos Análisis de resultados Redacción de manuscritos Divulgación científica

Físicos y materiales

- Papelería y artículos de oficina:
 - 1 paquete de 100 hojas blancas
 - 1 bolígrafo
 - 1 lápiz

- 1 sacapuntas
 - 1 computadora personal portátil
- Software:
 - IBM SPSS versión 26 para Windows
 - Microsoft Office Version 2019 para Windows.

Financieros

Todos los gastos serán sufragados en su totalidad por los investigadores.

FACTIBILIDAD

El presente estudio resulta factible ya el HGR #1 “Morelos” IMSS, Chihuahua es un centro de referencia en el estado de Chihuahua, con una Clínica del Dolor, por tanto, posee una adecuada y suficiente población en estudio.

La ejecución no requiere ningún gasto adicional para la institución, la infraestructura ya se encuentra disponibles dentro del HGR #1 “Morelos” IMSS, Chihuahua, además el Investigador principal y el tesista cuenta con la experiencia clínica y académica necesaria para la óptima conducción de esta investigación, y cubrirán los gastos operativos por la ejecución.

Desglose presupuestal

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Desglose Presupuestal:

ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO PARA MANEJO DE DOLOR CRÓNICO DE CLÍNICA DE DOLOR DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL #1 "MORELOS" IMSS CHIHUAHUA, CHIHUAHUA
--

Nombre del Investigador Responsable		
Apellido paterno	Materno	Nombre (s)
DÍAZ	PADILLA	ANA KAREN

Presupuesto por Tipo de Gasto			
Gasto de Inversión.			
		ESPECIFICACIÓN	COSTO
1.	Equipo de cómputo:		
	Laptop HP	1 laptop	7000.00
	Memoria USB	1 USB	200.00
2.	Impresora	1 impresora	1200.00
3.	Hojas blancas	1 paquete	100
Subtotal Gasto de Inversión			\$8,500.00
Gasto Corriente			
1.	Ninguno.		
Subtotal Gasto Corriente			0.

TOTAL	\$8500.00
-------	-----------

RESULTADOS

Participaron y se incluyeron para el análisis final un total de 30 pacientes, con una edad media de 56.2 ± 11.4 años. El 66.7% (n=20) fueron mujeres y el restante 33.3% (n=10) hombres. En cuanto al nivel de escolaridad, lo más frecuente fue secundaria con el 66.7% (n=20), seguido de primaria con el 33.3% (n=4), y en último lugar empatados preparatoria y universidad con el 10% (n=3) cada uno.

El 73.3% (n=22) de los pacientes tenía instaurado el tratamiento de dolor crónico desde hace más de 5 años, 20% (n=6) entre 1 a 5 años, y solo 2 casos (6.7%) estaban en tratamiento por menos de 1 año.

La frecuencia de las respuestas a cada una de las preguntas de la encuesta Morisky-Green se presentan en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, observándose que más de la mitad de los pacientes (56.7%, n=17) olvidaba tomar sus medicamentos, y solo el 53.3% (n=16) lo tomaba en los horarios indicados. Al evaluar los cuatro ítems en conjunto, solo el 33.3% (n=10) de los pacientes tenía buena adherencia terapéutica.

Tabla 2. Frecuencia de respuestas Test Morisky-Green.

Pregunta	Respondió "Sí"	Respondió "No"
1- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	56.7%, 17	43.3%, 13
2- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	53.3%, 16	46.7%, 14
3- Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar sus medicamentos?	23.3%, 7	76.7%, 23
4- Si alguna vez le sienta mal ¿Deja usted de tomarla?	16.7%, 5	83.3%, 25
<i>Respuestas expresadas en porcentaje y número absoluto; en negritas se marca la respuesta considerada correcta para tener buena adherencia terapéutica</i>		

No hubo diferencias significativas en los niveles de adherencia terapéutica al compararse por sexo, escolaridad o tiempo bajo tratamiento ($p>0.05$, Tabla 3).

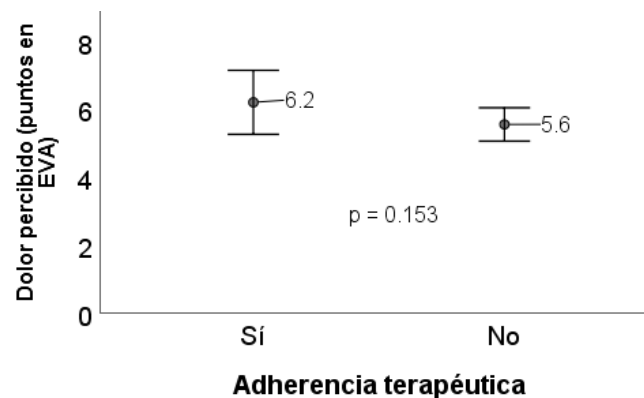
Tabla 3. Comparativa de los niveles de adherencia terapéutica.

Característica	Con adherencia terapéutica (n=10)	Sin adherencia terapéutica (n=20)	Valor de p
Sexo			0.171
Femenino	50%, 5	75%, 15	
Masculino	50%, 5	25%, 5	
Escolaridad			0.631
Primaria	10%, 1	15%, 3	
Secundaria	60%, 6	70%, 14	
Preparatoria	10%, 1	10%, 2	
Universidad	20%, 2	5%, 1	
Tiempo bajo tratamiento			0.148
< 1 año	10%, 1	5%, 1	
1 - 5 años	-	30%, 6	
> 5 años	90%, 9	65%, 13	

Al preguntar a los pacientes por el dolor percibido habitualmente a pesar del tratamiento, la media de dolor fue de 5.8 ± 1.1 puntos en la EVA. No hubo diferencias clínica ni estadísticamente significativa en la media de dolor entre los pacientes con adherencia o sin adherencia terapéutica (6.2 ± 1.3 vs 5.6 ± 1.0 puntos en la EVA, $p=$

0.153, ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.).

Figura 1. Comparativa de dolor percibido pacientes con y sin adherencia terapéutica



DISCUSIÓN

Identificamos que solo el 33.3% de nuestros pacientes bajo manejo del dolor crónico tienen buena adherencia terapéutica, lo cual es bastante inferior a lo previamente documentado en el mundo, Timmerman et al., efectuó un reciente metaanálisis que incluyó 25 estudios en pacientes bajo tratamiento de dolor crónico, identificó que la buena adherencia terapéutica osciló entre el 91% al 38%, con una media del 60%.⁽⁴³⁾

Contrario a lo esperado, nuestros pacientes con mala adherencia terapéutica tenían una media de dolor ligeramente inferior, siendo lo esperado que pacientes sin apego tuvieran mayor dolor debido a la omisión de la ingesta de medicamentos. Como contexto, en estos pacientes a menudo se prescriben antidepresivos o anticonvulsivos u opioides de acción prolongada, los cuales funcionan de forma sinérgica, pero al ingerirse solos o de formas no apropiadas reduce su capacidad analgésica, siendo posible que el paciente al no ver el efecto deseado, pierda interés en su ingesta continua,⁽⁴⁴⁾ al respecto, Sampaio et al., reportó en una cohorte de 950 pacientes bajo tratamiento de dolor crónico, que de forma significativa ($p=0.017$) los pacientes abandonaban la adherencia terapéutica de los anticonvulsivantes por la percepción de nula eficacia o que tenían un efecto retrasado para controlar el dolor (0.036), situación no experimentada cuando el tratamiento se basaba en opioides. ⁽⁴⁵⁾

Lamentablemente en nuestra investigación no se recolectó información sobre el tipo de medicamentos prescritos al paciente, lo que nos pudiera haber ayudado a caracterizar mejor los motivos de baja adherencia, y si pudiera estar ocurriendo lo previamente citado con relación al tipo de medicamentos recibido.

Previamente se identificó que algunas características del paciente como el sexo o nivel educativo podían influir negativamente en el apego al tratamiento, como ejemplo el estudio de AlShehri et al., reporta que los pacientes menores de 40 años suelen olvidar con mayor frecuencia tomar sus medicamentos (66.7% vs 33.3%, $p=0.023$), y que los hombres solían olvidar la toma de dosis con mayor frecuencia que las mujeres (66.7% vs 33.3%, $p=0.045$).⁽⁴⁶⁾ En nuestros pacientes ninguna variable modificó los niveles de adherencia terapéutica.

CONCLUSIONES

Solo el 33.3% ($n=10$) de los pacientes en manejo para dolor crónico en la clínica de dolor del HGR #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua, tenía buena adherencia terapéutica, cifra inferior a la reportada en otras poblaciones en nuestro país.

A diferencia de lo encontrado por otros estudios, la buena adherencia no estuvo influida por factores como el sexo, la escolaridad o tiempo bajo tratamiento, por lo que serán necesarios más estudios que permitan caracterizar las causas subyacentes, para poder planificar estrategias de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976–82.
2. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2020;27(4):232–3.
3. García-Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México*. 2017;29(Supl 1):77–85.
4. Aldrete J, Aldrete-Velasco J. Vías de conducción del estímulo doloroso. En: Aldrete J, editor. *Clínica de dolor en el consultorio*. Ciudad de México: Alfil; 2005. p. 9–32.
5. Zegarra-Piérola J. Bases fisiopatológicas del dolor. *Acta Médica Peruana*. 2007;24(2):105–8.
6. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología*. 2005;28(3):33–7.
7. De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003;2(4):323.
8. Berry SD, Quach L, Procter-Gray E, Kiel DP, Li W, Samelson EJ, et al. Poor adherence to medications may be associated with falls. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*. 2010;65 A(5):553–8.
9. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(5):487–97.
10. Haynes R. A critical review of the “determinants” of patient compliance with therapeutic regimens. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. 24–40 p.
11. López San Román A. ¿Adhesión al tratamiento, adherencia al tratamiento o cumplimiento del tratamiento? *Rev Clin Esp*. 2006;206(8):414.
12. Ortega-Cerda JJ, Sánchez-Herrera D, Rodríguez-Miranda OA, Ortega-Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta medica grupo ángeles*. 2018;16(3):226–32.
13. Reyes-Flores E, Trejo-Álvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *REV MED HONDUR*. 2016;84:125–32.
14. Rosenbaum L, Shrank WH. Taking Our Medicine — Improving Adherence in the Accountability Era. *New England Journal of Medicine*. 2013;369(8):694–5.

15. Pozo-Muñoz C, Alonso Morillejo E, Hernández Plaza S. Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2007. 75–101 p.
16. National Collaborating Centre for Primary. Medicines Adherence : involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. 2009.
17. Han E, Suh DC, Lee SM, Jang S. The impact of medication adherence on health outcomes for chronic metabolic diseases: A retrospective cohort study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2014;10(6):e87–98.
18. Hedegaard U, Kjeldsen LJ, Pottegård A, Henriksen JE, Lambrechtsen J, Hangaard J, et al. Improving medication adherence in patients with hypertension: A randomized trial. *American Journal of Medicine*. 2015;128(12):1351–61.
19. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, et al. Predictors of decline in medication adherence: Results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension*. 2011;58(5):804–10.
20. Zeber JE, Manias E, Williams AF, Hutchins D, Udezi WA, Roberts CS, et al. A Systematic Literature Review of Psychosocial and Behavioral Factors Associated with Initial Medication Adherence: A Report of the ISPOR Medication Adherence & Persistence Special Interest Group. *Value in Health*. 2013;16(5):891–900.
21. Goldman L, Epstein AM. Improving Adherence — Money Isn't the Only Thing. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(22):2131–3.
22. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;2014(11):CD000011.
23. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342–8.
24. Walsh JC, Mandalia S, Gazzard BG. Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *AIDS*. 2002;16(2):269–77.
25. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, Gibson ES, Bernholz CD, Mukherjee J. Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? *Hypertension*. 1980;2(6):757–64.
26. Shi L, Liu J, Fonseca V, Walker P, Kalsekar A, Pawaskar M. Correlation between adherence rates measured by MEMS and self-reported questionnaires: a meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8(1):99.
27. Pardo Cely EE, Fierro M, Pinilla MI. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar*. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2011;40(1):85–98.

28. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67–74.
29. Muntner P, Joyce C, Holt E, He J, Morisky D, Webber LS, et al. Defining the Minimal Detectable Change in Scores on the Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale. *Annals of Pharmacotherapy*. 2011;45(5):569–75.
30. Pascacio-Vera GD, Ascencio-Zarazúa GE, Cruz-León A, Guzmán-Priego CG. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud En Tabasco*. 2016;22(2):23–31.
31. Bello N, Montoya P. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*. 2016;28:73–7.
32. Nguyen TMU, Caze A La, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(3):427–45.
33. Peña-Valenzuela AN, Ruiz-Cervantes W, Barrios Olán C, Chávez-Aguilasocho AI. Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023;61(1):55–60.
34. Martínez-Fajardo EJ, García-Valdez R, Álvarez Villaseñor AS. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio auxiliar. *Medicina General y de Familia*. 2019;8(2):56–61.
35. Rajender RA. *Research Methods for Pharmaceutical Practice and Policy*. Gurnee : Pharmaceutical Press; 2011.
36. Porteous T, Francis J, Bond C, Hannaford P. Temporal stability of beliefs about medicines: Implications for optimising adherence. *Patient Educ Couns*. 2010;79(2):225–30.
37. De las Cuevas C, Rivero-Santana A, Perestelo-Perez L, González-Lorenzo M, Pérez-Ramos J, Sanz EJ. Adaptation and validation study of the Beliefs about Medicines Questionnaire in psychiatric outpatients in a community mental health setting. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2011;26(2):140–6.
38. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res*. 2000;42(3):241–7.
39. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med*. 1983;13(1):177–83.
40. de Klerk E, van der Heijde D, van der Tempel H, van der Linden S. Development of a questionnaire to investigate patient compliance with antirheumatic drug therapy. *Journal of rheumatology*. 1999;26(12):2635–41.

41. Schroeder K, Fahey T, Hay AD, Montgomery A, Peters TJ. Adherence to antihypertensive medication assessed by self-report was associated with electronic monitoring compliance. *J Clin Epidemiol*. 2006;59(6):650–1.
42. Tan X, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Innov Pharm*. 2014;5(3).
43. Timmerman L, Stronks DL, Groeneweg JG, Huygen FJ. Prevalence and determinants of medication non-adherence in chronic pain patients: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2016;60(4):416–31.
44. Timmerman L, Stronks DL, Huygen FJ. The Relation Between Patients' Beliefs About Pain Medication, Medication Adherence, and Treatment Outcome in Chronic Pain Patients. *Clinical Journal of Pain*. 2019;35(12):941–7.
45. Sampaio R, Azevedo LF, Dias CC, Castro Lopes J. Non-Adherence to Pharmacotherapy: A Prospective Multicentre Study About Its Incidence and Its Causes Perceived by Chronic Pain Patients. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:321–32.
46. AlShehri W, Almotairi M, Alshakhs H, Orfali R. Medication Adherence in Palliative Care Patients. *Cureus*. 2022;14(5):e25322.
47. Rezende-Adami E, Chizini Chemin MR, Cavalli de Oliveira L. Controle de sintomas em cuidados paliativos: respeito à vulnerabilidade e à dignidade humana. En: Corradi-Perini C, Gomes Esperandio MR, Souza W, editores. *BIOHCS: Bioética e Cuidados Paliativos*. Curitiba: Prismas; 2015. p. 106.

ANEXOS

Anexo I. Carta de consentimiento informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL MANEJO PARA DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DOLOR DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL #1 "MORELOS" IMSS CHIHUAHUA, CHIHUAHUA
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Chihuahua, Chihuahua. a de 2024
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La adherencia terapéutica es tomar las medicinas en la forma indicada por el médico, sin olvidar tomas o hacerlas fuera del horario establecido, el no hacerlo así puede afectar la efectividad del tratamiento. El objetivo de esta investigación es evaluar la adherencia terapéutica al manejo para dolor crónico en pacientes de la clínica de dolor del Hospital General Regional #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua, Chihuahua
Procedimientos:	En caso de participar se le pedirá responda un breve cuestionario sobre sus características generales (edad, sexo, escolaridad) y antecedentes médicos sobre el dolor crónico (diagnóstico médico, tiempo de evolución del dolor crónico). Deberá indicar cual es el nivel de dolor que suele percibir mediante la escala visual análoga. Para evaluar la adherencia terapéutica se le aplicará la encuesta de Morisky-Green que se compone de solo 4 preguntas.
Posibles riesgos y molestias:	No existe ningún riesgo por participar. Todo el proceso no demorará más de 10 minutos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá ningún beneficio monetario, en especie o de otra índole, aunque su participación generará información que será de gran valor y utilidad para la toma de decisiones clínicas y mejorar los procesos de atención en anestesia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted podrá conocer con base en el cuestionario, si presenta o buena adherencia a su tratamiento, lo que se le informará inmediatamente de forma verbal.

Participación o retiro:	Usted tiene libertad de decidir participar o no y en caso de que acepte, cuenta con total libertad de decidir no continuar con la investigación sin que eso repercuta en la atención que recibe habitualmente en el IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	Su participación es totalmente confidencial, no se recolectará información sensible ni que permitan su identificación, únicamente información de interés médico, la cual será empleada únicamente con fines científicos. La información será resguardada en equipo de cómputo con las debidas medidas de seguridad informática.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Reynalda Anguiano Gutiérrez, Subdirectora Médica. Teléfono: (614)4130728, Dirección: Calle Ortiz de Campos, Esq. Universidad 500- Sector 5, San Felipe I Etapa, 31203 Chihuahua, Chih.
Investigadores Colaboradores:	Dra. Ana Karen Díaz Padilla, Médico Residente de Anestesiología. Correo: anakaren.diazpadilla@icloud.com . Dirección: Calle Ortiz de Campos, Esq. Universidad 500- Sector 5, San Felipe I Etapa, 31203 Chihuahua, Chih.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx	

Participante Nombre y firma del sujeto Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma
---	--

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Anexo 2. Hoja de recolección de datos

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Adherencia terapéutica al manejo para dolor crónico en pacientes de la clínica de dolor del Hospital General Regional #1 "Morelos" IMSS, Chihuahua.

INSTRUCCIONES: Anotará el investigador los campos

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Sexo: _____ Edad: _____-Años

Escolaridad: _____

ANTECEDENTES

Diagnóstico: _____

Tiempo en tratamiento en clínica del dolor:

Nivel de dolor: _____ (escala en EVA)

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA/ MORISKY-GREEN

1.¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

Sí () No ()

2.¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Sí () No ()

3.Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

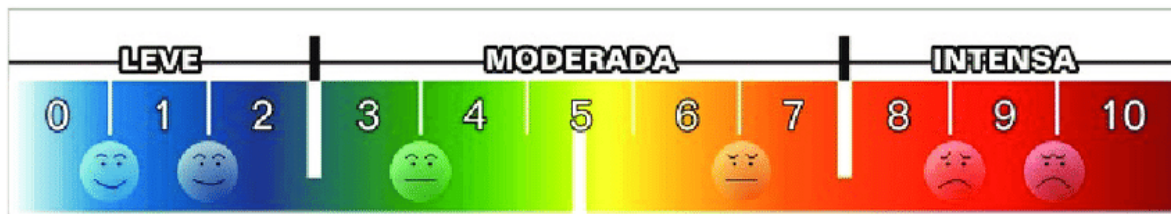
Sí () No ()

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Sí () No ()

Adherencia terapéutica: () Sí () No

Anexo 3. Escala visual análoga



Tomado de: Rezende-Adami, et al., 2015. (47)

Anexo 4. Carta de no inconvenientes.

 **GOBIERNO DE MÉXICO** 

COORDINACIÓN AUXILIAR DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CHIHUAHUA; CHIHUAHUA A 05 DE enero de 2024

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No 801
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN No 8018

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTES

Presente:

Por medio de la presente me permito dirigirme a Usted para solicitar su autorización, ya que con motivo del proyecto de investigación titulado "ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO PARA MANEJO DE DOLOR CRONICO DE CLINICA DE DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL #1 "MORELOS" IMSS CHIHUAHUA, CHIHUAHUA". El cual se someterá a su aprobación para registro con el Comité local de Investigación y el Comité de ética en investigación.

A cargo de los investigadores.

Investigador responsable: Dra Reynalda Anguiano Gutiérrez
Alumno tesista: Ana Karen Diaz Padilla

Por parte de la Unidad "NO EXISTE INCOVENIENTE para la realización de este dicho proyecto de investigación de las instalaciones de la unidad por el grupo de Investigadores, toda vez que este proyecto haya sido evaluado y aceptado por ambos comités de evaluación y se otorgue un número de registro de autorización en el dictamen correspondiente para la cual agradeceré que se me notifique de dicha resolución para otorgar las facilidades para el desarrollo del mismo.

Se expide la presente para los fines correspondientes.

Sin más por el momento me despido de Usted, reciba un cordial saludo.

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ATENTAMENTE: *Maria Guadalupe Najera Ruiz*
ANESTESIOLOGO
Ced. Fed. 2354194 Ced. Esp. 9507696
Matricula 99082323
DRA. MARIA GUADALUPE NÁJERA RUÍZ
DIRECTORA DEL HGRI


2024
Felipe Carrillo
PUERTO

Anexo 5. Dictamen de aprobación



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud #01.
H GRAL ZONA NUM 6

Registro COFEPRIS 18 CI 08 037 044
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 08 CEI 002 2018072

FECHA Miércoles, 22 de mayo de 2024

Doctor (a) REYNALDA ANGUIANO GUTIERREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO PARA MANEJO DE DOLOR CRONICO DE CLINICA DE DOLOR DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL #1 "MORELOS" IMSS CHIHUAHUA, CHIHUAHUA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2024-801-014

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

COORD CLINICA SPPST/ISS
Dr. José Iván Chacón C.
C.O. PROSPERIDAD 53
Matrícula 98058233

Doctor (a) Jesús Martín Urrutia Maldonado
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 801

Imprimir



013