



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente Muñiz**

“Opiofobia: actitudes, creencias y conocimientos de los médicos sobre la prescripción de medicamentos opioides para el manejo del dolor”

**PROYECTO DE
T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**

Presenta: Martha Isabel Arroyo Franco

Tutor Teórico:
Dr. Guillermo Velázquez López

Tutor Metodológico
Dr. Ismael Aguilar Salas

CIUDAD DE MÉXICO, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Marco teórico.....	6
2.1. Generalidades del dolor.....	6
2.2. La situación en el mundo.....	10
2.3. La situación en México.....	15
2.4. Medicamentos opioides y opiofobia.....	20
3. Antecedentes.....	26
4. Justificación.....	33
5. Pregunta de investigación.....	34
6. Objetivos.....	35
6.1 Objetivo general.....	35
6.2 Objetivos específicos.....	35
7. Hipótesis.....	35
8. Metodología.....	35
8.1. Criterios de selección.....	38
8.1.2 Criterios de inclusión.....	38
8.1.3 Criterios de exclusión.....	38
8.2 Criterios de eliminación.....	38
8.3 Variables en estudio.....	38
8.4 Procedimiento.....	42
9. Análisis estadístico.....	42
10. Consideraciones éticas.....	42

10.1 Beneficios potenciales.....	42
10.2 Riesgos e inconvenientes.....	42
10.3 Consideraciones económicas y compensaciones.....	43
11. Resultados.....	44
11.2. Correlaciones	53
12. Limitantes y Fortalezas del estudio.....	56
13. Discusión.....	57
14. Conclusiones.....	60
15. Cronograma de actividades.....	63
16. Bibliografía.....	63
17. Anexos.....	67

“A partir de ese momento comenzó el llanto que duró tres días y fue tan terrible que fue imposible oírlo sin horror, incluso a través de dos puertas”

La muerte de Iván Ilich. León Tolstoi. 1886

1. INTRODUCCIÓN.

A través de los avances científicos y tecnológicos los seres humanos hemos prolongado nuestra expectativa de vida. En tan solo cuatro generaciones, en el transcurso de unas cuantas décadas, logramos duplicar el número de años que esperamos vivir al momento de nacer. Lo anterior no tiene precedente alguno en la historia de la especie humana y aunque sin duda esto se traduce en diferentes beneficios también conlleva el advenimiento de otros desafíos y problemáticas emergentes. Abatimos exitosamente la mortalidad materno infantil y las enfermedades infectocontagiosas. Son ahora los padecimientos crónico degenerativos y no comunicables, muchos de ellos asociados a la experiencia dolorosa, las principales causas de morbimortalidad (Breivik, Collett, Ventafridda, & Cohen, 2006). Si anteriormente nuestro temor era morir prematuramente o en forma súbita e inesperada, ahora el temor es morir demasiado tarde y en forma lenta y dolorosa. Incluso más que a la muerte misma, la gente teme más al sufrimiento. La longevidad alcanzada constituye un éxito cuestionable si es a expensas de vivir un número considerable de los últimos años de nuestra existencia en condiciones de enorme dolor y sufrimiento. La muerte es inevitable, vivir o morir con dolor no lo es.

Nuestro país tuvo una importante participación en la elaboración de un influyente informe titulado *“Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief- an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report”* que describe con detalle la grave deficiencia asociada al limitado acceso al alivio del dolor en el mundo (Knaul et al., 2017). Especialistas en el campo de la salud pública con décadas de experiencia profesional revelaron que nunca se habían encontrado con una problemática de tal dimensión que hubiera pasado tan

desapercibida. Describen además, que este fenómeno presenta los indicadores y las métricas de mayor desigualdad e inequidad entre los diversos países nunca antes vistas por ellos. Pero lo más sorprendente resulta ser el hecho de que, a diferencia de muchos otros problemas por demás complejos y de difícil resolución, este, pese a su enorme magnitud, resultaba razonablemente viable de ser resuelto y atendido desde el punto de vista económico y material, que suele ser por mucho la principal dificultad para la resolución de la gran mayoría de los desafíos en salud. (Knaul et al., 2017) Globalmente, el principal obstáculo o barrera para el acceso al alivio del dolor es el pobre acceso a los medicamentos opioides. (Knaul et al., 2017) La tan marcada diferencia en su accesibilidad regional tiene un trasfondo condicionado por la implementación de políticas internacionales las cuales, a su vez, están erróneamente mediadas por ideas falsas y poco justificadas sobre los medicamentos opioides, fármacos que han probado ser los más efectivos para el alivio del dolor. (Al-mahrezi, 2017) La serie de ideas basadas en que los medicamentos opioides pueden ser contraproducentes para la salud, se ha constituido en un fenómeno mundial conocido como “opiofobia”. Este término se basa en la creencia colectiva según la cual, los medicamentos derivados del opio son siempre adictivos e incluso letales. (Oswaldo & Júnior, 2018)

La atención pública, mediática y de la profesión médica se ha centrado por completo en la grave crisis derivada del uso inadecuado de opioides en Norteamérica ligada en parte a la siembra ilegal, el tráfico, trasiego, la actividad delictiva y la terrible violencia creciente en nuestro país.(Manchikanti et al., 2018) Esto ha acentuado aún más la mala percepción que la sociedad y los profesionales sanitarios tienen de estas sustancias. Los prejuicios del personal médico, sumados a la falta de competencia, capacitación, conocimiento y, por qué no decirlo, en ocasiones hasta de sensibilidad en temas relacionados con el manejo del dolor y el uso particular de estos fármacos hacen que decenas de millones de personas en el mundo padezcan de un enorme sufrimiento perfectamente evitable. Lo anterior no solo es producto de una incapacidad técnica de nuestra parte, sino que constituye una grave falla ética, humana y moral. Literalmente hemos sido sordos ante el llanto

y los gritos de dolor de otros seres humanos que viven y mueren bajo esas condiciones.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Generalidades del dolor

-Definición del dolor

La Organización Mundial de la Salud define al dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial"

El dolor es considerado un síntoma cardinal que define la presencia de múltiples enfermedades y es considerado como el síntoma más común y persistente experimentado por los pacientes que padecen enfermedades crónicas. (Specialist, 2019).

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y graves experimentados por los pacientes que necesitan cuidados paliativos. Los analgésicos opiáceos son esenciales para el tratamiento del dolor vinculado con muchas afecciones progresivas avanzadas. Por ejemplo, el 80% de los pacientes con SIDA o cáncer y el 67% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares o enfermedades pulmonares obstructivas, experimentarán dolor entre moderado e intenso al final de sus vidas. Los opiáceos pueden también aliviar otros síntomas físicos dolorosos, incluida la dificultad para respirar y la tos. (*cuidados paliativos*, 2018.) Cerca del 51% de estos pacientes reporta dolor y el 38% padece disnea. (*cuidados paliativos*, 2018) La morfina es por mucho el opioide potente más prescrito para estos pacientes. Los incrementos inadecuados de los opioides pueden provocar mioclono, alucinaciones y *delirium*. (Schofield et al., 2018.) Controlar esos síntomas en una etapa temprana es una obligación ética para aliviar el sufrimiento y respetar la dignidad de las personas. El objetivo primario del tratamiento del dolor es el control

sintomático, ya que disminuye la actividad física, el apetito, el sueño, la pérdida del control en sí mismos y la pérdida de la calidad de vida. (Horton, 2017)

-Tipos de dolor

Dolor no relacionado con cáncer

Se define como el que dura al menos de tres a seis meses o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente. Afecta a entre 10 y 25% de la población y es más frecuente en personas mayores, con prevalencias de 50 a 85%. Tiene una marcada repercusión en la calidad de vida física, psíquica y social y se asocia a un mayor costo económico. El principal objetivo de su tratamiento es mantener el funcionamiento físico y mental del paciente, mejorando su calidad de vida. Ello requiere a veces un abordaje multimodal, incluyendo otras intervenciones además de la medicación. A menudo se precisa la combinación de fármacos que actúan sobre los componentes nociceptivo y neuropático, logrando una sinergia farmacológica.

Dolor relacionado a cáncer

El dolor es una de las consecuencias del cáncer más temidas por los pacientes y sus familiares. Al momento del diagnóstico y en los estadios intermedios entre un 30 y un 45% de los pacientes experimentan dolor de moderado a grave. En promedio, el 75% de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor. De los pacientes con cáncer y dolor de 40 a 50% lo reportan como moderado a grave, y el otro 30% lo describe como grave. Se estima que más del 80% de los pacientes con cáncer presentan dolor antes de morir. El manejo del dolor relacionado a cáncer sigue siendo una preocupación mundial, ya que desafortunadamente, suele ser deficientemente tratado.

El dolor puede presentarse por causas mecánicas: crecimiento tumoral o por enfermedad metastásica: hueso, vísceras, nervios, vasos y partes blandas (78%).

Por efectos del tratamiento (19%): Secuelas de la radioterapia: osteorradionecrosis, plexopatías, mielopatía, mucositis y enteritis. Cirugía: dolor de miembro fantasma, dolor postoperatorio, etc. Quimioterapia: mucositis, neuropatía periférica, necrosis ósea aséptica, herpes zóster.

Por otras causas relacionadas (3-10%): síndromes paraneoplásicos, fracturas por osteoporosis, debilidad, espasmo muscular, síndromes miofaciales, lesiones cutáneas inducidas por presión, osteoporosis, aplastamiento vertebral, artritis.

Desde el punto de vista algológico, el dolor relacionado con el cáncer puede clasificarse como:

- Síndrome doloroso nociceptivo: mecanismos nociceptivos (dolor visceral o somático)
- Síndrome doloroso neuropático. No nociceptivos (dolor neuropático),
- Síndrome doloroso mixto. Dolor mixto (neuropático y nociceptivo, 80%).

-Evaluación del dolor

El dolor es un síntoma y por lo tanto es subjetivo; en consecuencia, el reporte de dolor por parte del enfermo es suficiente razón para iniciar su manejo. La incapacidad para la comunicación verbal no debe excluir la posibilidad de que el enfermo presente dolor. La evaluación del dolor, como cualquier otra acción en medicina, requiere tanto de la realización de una historia clínica como de una exploración física acuciosas. Es indispensable realizar una buena semiología del síndrome doloroso que debe incluir: localización, temporalidad, gravedad o intensidad (registrándose con una puntuación, mediante escalas visuales o verbales); tipo de dolor, factores que lo exacerban y que lo mitigan, efecto del dolor sobre la capacidad funcional, fármacos empleados, estado psicoafectivo y urgencias o emergencias potenciales. Existen diferentes factores que pueden modificar la percepción dolorosa del paciente, como la edad, su situación cognitiva, estado emotivo y las experiencias dolorosas previas. Estos factores pueden hacer que un paciente presente un gran dolor, aunque no presente causas que en teoría lo justifiquen.

La valoración inadecuada del dolor frecuentemente condiciona un manejo analgésico erróneo. El dolor se valora mediante los reportes del paciente: por tal motivo, aquellos que tienen dificultad para comunicarse con el médico, o que sufren *delirium* o demencia, tienen un alto riesgo de ser valorados inadecuadamente y, en consecuencia, recibir un esquema analgésico deficiente. Las escalas de valoración del dolor deben ser de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes. Se recomienda la utilización de las siguientes:

Escalas verbales: Mediante el uso de estas escalas se evalúan la intensidad del dolor y el grado de mejoría que experimenta el paciente oncológico, a partir de palabras que expresan diversos grados de intensidad, bien sea en orden decreciente o bien creciente. (Escala Numérica Verbal).

Escalas gráficas: Son escalas analógicas visuales en la que se indican números o adjetivos a lo largo de una línea, definiendo diversos niveles de intensidad del dolor. (Escala Visual Numérica, Escala Frutal).

Escala analógica visual (EVA): Esta escala de dolor consiste en una línea horizontal o vertical de 10 centímetros de longitud, cuyos extremos están señaladas con los términos “no dolor” y “dolor insoportable” y es el paciente el que colocará la cruz en la línea en función del dolor que experimente.

Manejo del dolor

Un adecuado entendimiento de los mecanismos causantes del dolor es indispensable para la planeación de un régimen de tratamiento.

Los principios, objetivos y responsabilidades, médicas, éticas y humanitarias para el manejo del dolor son: aliviar el dolor “analgesia”, prevenir y minimizar efectos colaterales, mantener la más alta calidad de vida, tratar las causas subyacentes.

Además de las *medidas generales*, en el caso del dolor moderado a severo se requerirá siempre del uso de medicamentos.

Medidas farmacológicas:

El paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos: son fármacos útiles para el alivio del dolor agudo y crónico generado por diversas causas (por ejemplo, trauma, cirugía, artritis y cáncer). Estos agentes, como fármacos únicos para el manejo del dolor moderado a grave, tienen escasa utilidad.

Los opioides, que abordaremos con más profundidad más adelante y

las medidas farmacológicas son base para el control del dolor según la Escalera

Analgésica diseñada por la OMS, la cual tiene una eficacia del 76%.

Dolor leve: analgésicos no opioides (antiinflamatorios no esteroideos, paracetamol).

Dolor moderado: se emplearán opioides débiles (tramadol, codeína) y de ser necesario algún adyuvante (esteroides, antiepilépticos, antiinflamatorios no esteroideos).

Dolor grave: se deben prescribir opioides potentes (morfina, hidromorfona, metadona), siendo la morfina oral el estándar y al igual que en el dolor moderado, de ser necesario, podrán emplearse adyuvantes. (*cuidados paliativos*, 2018.)

La escalera analgésica inicialmente propuesta por la OMS ha sido una herramienta muy útil en el control del dolor. Se considera que su correcta aplicación provee hasta un 90% de analgesia adecuada en los pacientes oncológicos y hasta en 75% de alivio en pacientes terminales. (Glare, 2011)

En 2002 se hizo una adecuación de la misma, adicionando un cuarto escalón, en donde ya sugiere el manejo intervencionista del dolor, que incluye bloqueos nerviosos líticos, colocación de terapia implantable e intervenciones quirúrgicas. Lo anterior, queda plasmado en el algoritmo de tratamiento propuesto por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo el cuarto escalón de procedimientos intervencionistas (**ver anexo C**).

2.2. La situación en el mundo

Anualmente mueren en el mundo alrededor de 56.2 millones de personas, de las cuales casi 26 millones (45%) lo hacen bajo condiciones de enorme sufrimiento y dolor perfectamente evitable. (Knaul et al., 2017) Adicionalmente, más de 35 millones de personas viven también con sufrimiento grave relacionado a la salud por lo que por año existen más de 61 millones de personas que experimentan este terrible sufrimiento. (Knaul et al., 2017) Dicha condición, se ha propuesto, podría ser aliviada con el conocimiento y aplicación de estrategias adecuadas en el alivio del dolor y los cuidados paliativos, sin embargo, la gran mayoría de las personas que experimentan día a día tales condiciones viven en países de escasos recursos en donde estos podrían ser casi inexistentes o son muy básicos debido a un déficit para el acceso al cuadro básico de medicamentos para el alivio del dolor. Dicha situación contrasta con los países de alto desarrollo, que reciben más del 90% de los analgésicos opiáceos de la distribución mundial, mientras que en los países más pobres la tasa de distribución de estos fármacos es menor al 1%. (Knaul et al., 2017) Estas inequidades y asimetrías se acentúan aún más en determinadas poblaciones particularmente vulnerables, dentro de las cifras ya referidas hablamos de la muerte de 5.3 millones de niños que mueren con dolor, de los cuales el 99% residen en países pobres. (Downing, 2018) La mortalidad en este escenario, sería incluso evitable en casi el 90% de los casos con intervenciones razonablemente sencillas y económicas. Otra métrica o indicador que ilustra este punto en forma contundente consiste en la inequidad en el acceso a la morfina siendo que el 50% de la población más pobre recibe menos del 1% de las reservas mundiales de este

fármaco, mientras que el 10% de la población más rica consume el 90% de esta. (Knaul et al., 2017)

El objetivo de los cuidados paliativos es aliviar los problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales de los pacientes que se encuentran bajo el estrés de un padecimiento crónico. No es la finalidad de estos curar las enfermedades sino aliviar los síntomas asociados y brindar una mejor calidad de vida tanto para los pacientes como para sus seres queridos, quienes deben enfrentar una excesiva carga que interfiere en sus actividades diarias, se asocia a síntomas depresivos y afecta de manera negativa las relaciones interpersonales de las personas en estas condiciones. (*cuidados paliativos*, 2018.) Se estima que más de 40 millones de personas en el mundo requieren de un acceso a los cuidados paliativos, de estas, más de 31 millones tienen un acceso limitado a los cuidados básicos de salud en esta materia. (Verástegui et al., 2018)

Los pacientes vulnerables que padecen de un dolor crónico, tienden a ser los más desatendidos por los sistemas de salud y las políticas en temas de salud no han respondido a la necesidad ética de cerrar ese “abismo” (Knaul et al., 2017) para el acceso a los cuidados paliativos y sobre todo el acceso a los fármacos que podrían ser esenciales para el manejo del dolor y otros tipos de sufrimiento, tanto en las etapas finales de la vida, como en las situaciones en las que el dolor se presenta de manera crónica. (Manjiani, Paul, Kunnumpurath, Kaye, & Vadivelu, 2014) La creencia implementada en el sistema de salud, de que a pesar del otorgamiento de un diagnóstico tardío existe una expectativa curativa en los pacientes, independientemente del beneficio que esto conlleve, tiende a minimizar la importancia y la intervención oportuna de los cuidados paliativos, retrasando incluso, el acceso de los pacientes a ellos. (Oncol, 2015) Una gran proporción de pacientes que denotan enfermedades en fases avanzadas o desarrolladas podrían aliviar su sufrimiento de manera temprana y podrían mejorar su calidad de vida. Tal es el caso de los pacientes que padecen enfermedades como el cáncer, en cuyo caso el dolor se presenta hasta en el 30 % de todos los individuos, y de acuerdo a la progresión de esta enfermedad, el síntoma se puede extender hasta en el 75%

de todos los pacientes.(Taubert, Noble, & Nelson, 2011) Esta situación en particular afecta significativamente la calidad de vida de los enfermos, lo que obliga al entendimiento de que el dolor no es únicamente un síntoma que resulta de la sensación nerviosa procedente de una lesión tisular, si no también consta de un componente mental, emocional, social e incluso espiritual.(Ernestam, 2016) Es sabido que hasta el 80% del dolor que aparece en los pacientes con cáncer se le puede atribuir a la fisiopatología propia de la enfermedad, un 25% se le puede atribuir a la terapéutica empleada y hasta el 10% podría ser atribuido a causas cognitivas y emocionales, las cuales se ha comprobado están íntimamente relacionadas con la persistencia, severidad y pronóstico de la enfermedad. (Lakha & Badr, 2016)

La OMS ha estipulado que el dolor en los paciente con cáncer debe de ser considerado como “una emergencia médica” en la cual la administración de opioides debe ser la base del tratamiento farmacológico. (Cella, 2016) Sin embargo, diversos estudios muestran que hasta en un 70% de los casos a nivel mundial, ha habido una deficiencia significativa para el cumplimiento terapéutico del manejo del dolor, y hasta un 60% de los pacientes no presenta un alivio del dolor, (Charalambous, Zorpas, & Cloconi, 2019) siendo esta situación un problema altamente prevalente no sólo en los centros oncológicos especializados, si no en el primer y segundo nivel de atención.

En el caso de los niños que padecen enfermedades graves avanzadas y progresivas, la realidad es sumamente preocupante: los niños cuentan con un acceso aun menor a los cuidados paliativos, como ya previamente se describió. (Downing, 2018) Los cuidados paliativos del niño, al igual que en adulto, deben de atender tanto el cuerpo como la mente del niño, además de brindar apoyo para los familiares siendo responsabilidad de los proveedores de salud acompañar durante este difícil proceso y hacer lo posible por mejorar la calidad de vida de los menores.

Por otro lado, no debemos de olvidar al resto de la población que a pesar de no contar con enfermedades no terminales es víctima de dolor crónico, es decir a

aquellas personas que padecen enfermedades músculo esqueléticas, cardiovasculares, respiratorias, infecciosas y metabólicas crónicas que los obligan a vivir diariamente con dolor incapacitante y limitante que repercute significativamente tanto en la calidad de vida como en la productividad y de los cuales menos del 5% tiene acceso a los opiáceos a pesar de contar con una indicación para su administración. (Csete et al., 2016) Esto corresponde aproximadamente el 70% de las muertes que ocurren a nivel mundial, ocurriendo a su vez en un contexto prematuro (pacientes de 30 a 70 años de edad), siendo la mayoría de las muertes con sufrimiento en países de escasos recursos. (Goldberg & Goldberg, 2010)

Un aspecto digno de consideración es que los pacientes que padecen de enfermedades crónicas terminales o no y que conllevan un sufrimiento de por medio, presentan síntomas que podrían ser aliviados con intervenciones sencillas e incluso de muy bajo costo. La morfina oral de liberación inmediata libre de patente es sumamente económica, de tal forma que, por ejemplo, el costo mundial de aliviar el dolor en los niños apenas supera el millón de dólares norteamericanos. (Knaul et al., 2017)

Un adecuado conocimiento y comprensión de los mecanismos causales del dolor es vital para establecer un tratamiento que permita satisfacer las responsabilidades médicas, éticas y humanitarias para el manejo del dolor. La analgesia como una respuesta al prevalente sufrimiento por dolor es uno de los principales blancos de los cuidados paliativos y a vez implica una vigilancia estrecha de las medidas implementadas para alcanzar estos objetivos. (Pavlinich et al., 2018)

La analgesia farmacológica es el uso adecuado de medicamentos adyuvantes que, a pesar de sus posibles efectos adversos, constituye el pilar para mantener la mejor calidad de vida posible para las personas que padecen de dolor crónico (Glare, 2011) y quienes a pesar de su condición deben de ser capaces de disfrutar de su vida habitual dentro de lo posible; garantizando también que la atención pueda recibirse, si la situación lo permite de manera ambulatoria, pero garantizando su

continuidad y coordinación con la finalidad de alcanzar una cobertura y equidad dignas.

Dentro de las medidas farmacológicas terapéuticas consideradas como base del tratamiento del dolor crónico, están los medicamentos opiáceos, fármacos esenciales para el dolor vinculado a la mayoría de las enfermedades previamente descritas. (Glare, 2011) Estos fundamentan su mecanismo de analgesia mediante la unión a receptores específicos tanto de manera central como periférica. Estos fármacos se han considerado como necesarios hasta en el 80% de los pacientes que padecen de cáncer o enfermedades infecciosas y hasta en el 67% de los pacientes que padecen enfermedades progresivas avanzadas. (Horton, 2017)

La morfina es por mucho el medicamento de elección y el que mayor índice de prescripción presenta, considerada incluso como la piedra angular del tratamiento para el dolor por cáncer de intensidad moderada a severa. (Goldberg & Goldberg, 2010) Además de su bajo costo, efectividad y accesibilidad la morfina ha probado ser uno de los fármacos que mediante una óptima relación riesgo-beneficio, ha permitido a lo largo del tiempo favorecer la preservación de la dignidad humana. (Glare, 2011) Debido a su mecanismo de acción farmacológica, la morfina permite controlar el dolor de manera efectiva y eficaz debido a su gran disponibilidad plasmática y la gran variedad de vías de administración, así como su escaso índice de toxicidad.

El modelo de escalera analgésica propuesta por la Organización Mundial de la Salud, ha sido un instrumento esencial para el manejo del dolor, desde su implementación, se ha demostrado que mejora, tras su correcto uso, el dolor hasta en un 75% de los pacientes terminales. (Glare, 2011)

Lo desafortunado, es que a pesar del conocimiento sobre los beneficios de los medicamentos y a pesar de la implementación de múltiples modelos para el manejo del dolor en los pacientes vulnerables, existen amplias barreras que dificultan y retrasan el tratamiento paliativo oportuno. (King & Fraser, 2013) Dichas barreras condicionan que los pacientes no tengan un adecuado manejo sintomático y por lo

tanto los objetivos inherentes a los cuidados paliativos no sean alcanzados. (Taubert et al., 2011)

2.2. La situación en México

Una de las principales limitaciones para el acceso al alivio del dolor en nuestro país son las restricciones y carencias en términos de un marco normativo, legal y regulatorio en el tema. En el papel, el acceso a los cuidados paliativos es un imperativo que forma parte fundamental del derecho a la salud expresado en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En este contexto, el desarrollo de los cuidados paliativos en México ha experimentado un proceso de evolución normativa con el objetivo de consolidar las políticas públicas de salud en esta materia. Por ejemplo, el 5 de enero de 2009, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos. El artículo 33 fracción iv, agrega dentro de las actividades de atención médica las de carácter paliativo, las cuales incluyen el cuidado general para preservar la calidad de vida del paciente a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, además de otros síntomas físicos y emocionales, por parte de un equipo profesional multidisciplinario. El artículo 166 bis 1, fracción iii establece: “Los cuidados paliativos se entienden como el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.”

Posteriormente surgió el Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declaró la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, publicado el 26 de diciembre de 2014, en donde se encomendaron a la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) dos tareas principales:

1. Dar a conocer las reglas generales para el uso de recetarios especiales para la prescripción de estupefacientes y libros de control electrónicos para medicamentos de fracción i, ii y iii., y

2. Establecer medidas para agilizar y garantizar la disponibilidad de dichos medicamentos.

Por lo cual, la COFEPRIS ejecutó las siguientes acciones:

1. Creación del Grupo de Trabajo de Acción Rápida. (GAR)
2. Establecer la opción para que los médicos soliciten sus recetarios de manera electrónica.
3. Establecer la opción para que los distribuidores y farmacias puedan llevar libros de control electrónicos.
4. Establecer medidas para agilizar la disponibilidad de medicamentos, además de indagar la situación sobre el consumo de estupefacientes, cuyos resultados de describen a continuación.

Gracias al análisis situacional que realizó la COFEPRIS, se supo que México es uno de los países latinoamericanos que presenta mayor consumo de metadona, con 0.79 mg per cápita, superior al consumo promedio de metadona en la región latinoamericana, que asciende a 0.265 mg per cápita. Es necesario señalar que su principal uso es el tratamiento de la dependencia de opioides, según la fuente. Respecto al consumo de fentanilo, se encontró que en nuestro país se registra un consumo de 0.02 mg per cápita, superior al promedio de la región, que se ubica en 0.018 mg per cápita, y sobre el consumo de morfina, se registra un consumo de 0.51 mg per cápita, en tanto que el promedio de la región se ubica en 1.54 mg per cápita. Es decir, 1976% menos que Argentina, que es el país que más consume y 300% menos que el promedio de la región. (DOF: 26/12/2014)

No obstante, existe dificultad para el acceso a este tipo de medicamentos debido a la falta de sensibilización y/o capacitación entre profesionales de la salud, temor a la adicción, recursos económicos limitados, problemas de la industria para la obtención de estupefacientes o para su importación; así como ciertas actitudes culturales y sociales respecto al tratamiento del dolor. Si se observa la prevalencia de los problemas de salud que requieren cuidados paliativos, resulta evidente que esas afecciones están muy extendidas, pero pocas veces van acompañadas de tratamiento o infraestructura de cuidados paliativos adecuados. Se trata de aspectos por demás relevantes debido a:

-El marcado abatimiento en la prescripción médica.

-La consecuente disminución en la producción por parte de la industria farmacéutica. Por ejemplo, de los 147 Kg de insumos autorizados en 2017 (en el caso de la morfina), la industria solo utilizó alrededor del 11 kg. Obviamente, ello tiene como efecto la limitada disponibilidad de medicamentos en el país, particularmente en el sector público. (*cuidados paliativos*, 2018.)

El Consejo De Salubridad General, emitió un nuevo acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de los Cuidados Paliativos Pediátricos. Dicho acuerdo fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre del 2016. Asimismo, durante el primer semestre de 2018 actualizó la Guía del Manejo Integral de los Cuidados Paliativos. (*cuidados paliativos*, 2018.)

El contenido de dicha guía partió del concepto de cuidados paliativos como un todo, considerando la perspectiva y principios que sobre los cuidados paliativos tiene la Organización Mundial de la Salud. Se consideraron también los efectos de las transiciones tanto demográfica como epidemiológica, en las cuales las enfermedades crónicas no transmisibles tienen una marcada tendencia ascendente. El englobar dentro de este concepto a toda patología incurable, progresiva y potencialmente mortal fue un reto y un cambio en el paradigma, ya que los cuidados paliativos sólo se enfocaban a pacientes terminales. En esta línea de reflexión, y teniendo como referente a la Ley General de Salud en México, fueron consideradas prioritariamente las enfermedades oncológicas, cardíacas, pulmonares, renales, hepáticas, la esclerosis lateral amiotrófica, la demencia, el sida y el estado de coma. Se fortalecieron la atención y los cuidados para el control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales. Se dio especial énfasis al Modelo de Atención, cuyo propósito esencial es la organización de los servicios para mejorar la calidad de la atención médica, a fin de atender las necesidades de los pacientes paliativos; las consideraciones bioéticas que fomentan y coadyuvan al profesionalismo y —desde luego— a las

consideraciones normativas relacionadas con la formación y capacitación del personal.

Como resultado de las acciones mencionadas, el cuadro básico de medicamentos del sector salud es uno de los cuadros más completos respecto a las terapias para el control del dolor, contando con al menos 43 medicamentos que ayudan a aliviar el dolor y a combatir los síntomas que lo provocan o acompañan. Dichos medicamentos se encuentran en las secciones: analgesia, anestesia, gastroenterología, gineco-obstetricia, nefrología y urología, neurología, reumatología y traumatología, psiquiatría y oncología.

La morfina se encuentra en el grupo terapéutico de analgesia, contando con 10 claves, que traducen las alternativas en presentaciones y dosis para su mejor prescripción, para cada tipo de paciente, ya sea adulto o pediátrico. Respecto a las actualizaciones del grupo de analgesia durante 2014, se incluyó la metadona con la siguiente indicación: “analgésico narcótico. Dolor Moderado a severo, agudo y crónico”. Fue de suma importancia la inclusión de este fármaco al cuadro, básico de medicamentos, ya que se cuenta con una alternativa más para el manejo integral del dolor. Se debe hacer énfasis respecto a que en México, además de la fabricación de estupefacientes, será necesario cuidar el comercio y uso lícito de drogas, con el objetivo de estar acorde con las políticas establecidas

por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE):

- Procurar y asegurar que haya suministros de drogas adecuados para fines médicos y científicos.

- Que no se produzcan desviaciones de drogas de fuentes lícitas a canales ilícitos. Las acciones que la COFEPRIS continúa realizando mediante el Grupo de Acción Rápida (GAR) en busca de mejorar el acceso y la disponibilidad de los opioides, han consistido en modificar el trámite para la obtención de *Recetarios de estupefacientes*, instituido oficialmente el 15 de junio de 2015, actualmente por vía electrónica, así como mejorar la disponibilidad de los opioides en las farmacias.

- El recetario electrónico se tramita vía internet, accediendo a un sistema informático dentro del portal de la COFEPRIS.

-El médico se registra previamente en la plataforma, proporcionando sus datos. COFEPRIS verifica los datos y envía al médico su autorización para la emisión de recetas.

-Los recetarios cuentan con un código bidimensional que ayuda a las farmacias en la validación de la receta y del médico.

-La información del médico nunca será visible en el recetario.

-Las farmacias podrán verificar que la receta no haya sido surtida previamente.

El 14 de octubre de ese mismo año, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las *Reglas generales para la tramitación electrónica de permisos para el uso de recetarios especiales con código de barras para medicamentos de la fracción I del artículo 226 de la Ley General de Salud*; y en complemento de información, se anexa a esta la *Guía para Comercialización de Medicamentos Controlados en Farmacias*, emitida por la COFEPRIS.

Algunos datos interesantes arrojados hasta ahora consisten en que hasta el año 2018, 4006 médicos habían tramitado su recetario electrónico para la prescripción de estupefacientes siendo el 67% (2700) de estos médicos especialistas y el 33% restante (1306) médicos generales. De los 2,700 médicos con especialidad, el 60% del total de trámites corresponden a Anestesiología; el 6% corresponden a Cirugía General; el 5% a Traumatología y Ortopedia; 4% a Medicina Interna. Las recetas especiales surtidas en Baja California, Jalisco, Nuevo León y la Ciudad de México representan el 68% de las 244,315 dispensadas en todo el país. En este sentido, llama poderosamente la atención que es el estado de Baja California la entidad federativa del país con el mayor número de prescripciones, aun por encima de la Ciudad de México u otras entidades más densamente pobladas. Esto al parecer obedece a que en México las pautas de prescripción de opioides se concentran en la atención de la dependencia a los mismos y no en el alivio del dolor, situación que obviamente es mucho más prevalente. En total, existen 520 establecimientos en las 32 entidades federativas del país que surten estos fármacos, aunque distribuidos en forma por demás inequitativa siendo que algunos estados de la república solo cuentan con dos de estos lugares, tal es el caso del estado de Tlaxcala. La metadona es la sustancia más recetada con un 31% de las

recetas surtidas, seguidas del fentanilo con 30% y la morfina con 23%. Esto es también un dato llamativo pues los opioides sintéticos que son hasta 30 veces más costosos que la morfina oral de liberación inmediata libre de patente se prescriben con mayor frecuencia. (*cuidados paliativos*, 2018)

2.3. Medicamentos opioides y opiofobia

Estos analgésicos y en particular la morfina son la piedra angular del tratamiento del dolor por cáncer, de intensidad moderada a grave, por su efectividad, fácil determinación y favorable relación riesgo-beneficio. (Allgar, & Oviasu, 2017) Los opioides producen analgesia por la unión a receptores específicos, ubicados tanto fuera como dentro del SNC. La mayoría de los pacientes necesitan opioides para analgesia antes de morir. (Krakauer, Thi, et al., 2015)

Según la afinidad a receptores específicos, los analgésicos opioides se clasifican en:

1. Agonistas puros: morfina, hidromorfona, codeína, oxicodona, hidrocodona, metadona, tapentadol y fentanilo.
2. Agonistas-antagonistas mixtos: nalbufina.
3. Agonistas-antagonistas parciales: buprenorfina. Los pacientes que reciben opioides agonistas puros no deben recibir agonistas-antagonistas mixtos, porque pueden precipitar síndrome de abstinencia e incremento del dolor.

La morfina es el opioide de mayor uso para el control del dolor moderado a grave por su disponibilidad y gran variedad de diferentes rutas de administración, excelente eficacia, menor incidencia de toxicidad, comparada con otros opioides y bajo costo. (Knaul et al., 2017)

De acuerdo a su potencia los clasificamos de la siguiente forma:

-*Opioides débiles*: Dextropropoxifeno Codeína Nalbufina Tramadol

-*Opioides potentes*: Morfina, Fentanilo, Buprenorfina, Oxicodona, Metadona

Los eventos adversos de los opioides deben ser monitorizados y los efectos secundarios inevitables deben ser tratados profilácticamente: constipación, sedación, náusea, vómito, depresión respiratoria, mioclonías, convulsiones,

alucinaciones, alteración del sueño, prurito, diaforesis, retención aguda de orina y disfunción sexual. (Oncol, 2015)

El término “opiofobia” no es en sentido estricto un constructo teórico ya definido y universalmente aceptado en el ámbito académico o clínico. De hecho, algunos profesionales que trabajan incluso en el ámbito del manejo del dolor aún lo desconocen. (Oswaldo & Júnior, 2018) Lo que sin duda conocen es el fenómeno en cuestión, como quiera que queramos llamarle. Para fines de este trabajo y a falta de definiciones operacionales hablamos del conjunto de actitudes, creencias y conocimientos erróneos acerca del uso de los fármacos opioides con fines legítimos de carácter médico y científico. No son exclusivos de los profesionales sanitarios, sino también de pacientes, tomadores de decisiones, directivos de agencias reguladoras de fármacos, medios de comunicación y miembros en general de la sociedad. (Ponsuree, 2013) El fenómeno en cuestión se basa en la falsa premisa básica de que estos fármacos carecen de indicaciones terapéuticas válidas y que además presentan frecuentemente graves efectos adversos resultando incluso letal su uso y en el menor de los casos generar siempre problemas adictológicos. (Bell & Salmon, 2009) Es importante puntualizar que si se mantiene un adecuado y riguroso seguimiento por parte de un médico competente y capacitado de las indicaciones presentes en las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia en lo que respecta a las recomendaciones para la administración de estos analgésicos, los temidos efectos mencionados se presentan en menos del 1% de los pacientes a nivel mundial: diversos análisis estadísticos han mostrado que con el adecuado manejo del tratamiento con opioides, el riesgo de que un paciente se vuelva “adicto” es menor a uno por cada 20 000 pacientes. (Bell & Salmon, 2009)

El efecto generado por estas ideas, ha ocasionado que el miedo exagerado a cualquiera de estas preconcepciones, haya provocado el surgimiento de leyes estrictas para la regulación de narcóticos, las cuales han limitado el acceso global a estos medicamentos mediante la limitación de su cantidad y duración del tratamiento, además de que existe una severa restricción y regulación para los profesionales de la salud que puedan tener acceso a la prescripción de estos

fármacos. (Charalambous et al., 2019) Alrededor de 5.5 billones de personas que padecen dolor crónico a nivel mundial habitan en zonas con escaso o nulo acceso los opiáceos. (Knaul et al., 2017) La falta de conocimiento por las personas responsables de la política pública quienes se han centrado principalmente en el problema del exceso y la adicción a estos medicamentos más que en el acceso y necesidad imperativa para el alivio del dolor ha provocado el sufrimiento de millones de personas hasta la fecha. (Knaul et al., 2017)

Ante las cifras mencionadas en el párrafo anterior, se puede concluir que se debe de encontrar un equilibrio entre la distribución de los medicamentos a los sistemas de salud para su oportuna administración a pacientes que lo ameriten, sin minimizar el riesgo de que los medicamentos puedan utilizarse con fines distintos a los médicos.

La propia preconcepción errónea en la materia por parte del personal médico, quienes se han mostrado reacios a la prescripción de estos fármacos a su vez ha influido directamente en que los pacientes se muestren temerosos al contar con una prescripción que implique la administración de cualquiera de estos. (Graczyk, Borkowska, & Krajnik, n.d.) Lo peculiar del miedo a recibir estos tratamientos por parte de los pacientes y de sus familiares, es que el temor esta fundado en diversos mitos de los fármacos opiáceos, además del desconocimiento de la fisiopatología propia de su enfermedad. Uno de los principales miedos, reportados en el estudio de Brennet (Bennett & Carr, 2002) es que los pacientes temen directamente sufrir daños a su salud e incluso morir por la ingesta de estos fármacos, destaca incluso, el temor a la adicción y dependencia, temores que lamentablemente han sido transmitidos a los pacientes, como se mencionó, por sus médicos tratantes. En un estudio realizado por la Universidad de Polonia en el 2017, se demostró que el 43% de los pacientes expresaron temor a recibir tratamiento con opioides debido a la posibilidad de sufrir efectos adversos o secundarios como la muerte e incluso expresaron temor a volverse adictos a estos medicamentos. (Graczyk et al., n.d.) Por otro lado, diversos estudios han demostrado que los pacientes también rechazan el tratamiento con morfina debido a asociar este fármaco con etapas

terminales de la vida y con “una muerte inminente”. (Nwokeji, Rascati, Brown, & Eisenberg, 2007)

Los prejuicios del personal médico que limitan la administración de los opioides están basados sobre todo en los efectos adversos y negativos conocidos de estos fármacos, sin embargo, es imperativo mencionar que la realidad esta limitada por una serie de mitos mediados por la falta de conocimiento del personal médico, ignorancia, motivos económicos, sobre todos relacionados con la mercadotecnia e incluso oposiciones filosóficas propias. (Roenn, Cleeland, Gonin, Hatfield, & Pandya, 2013) En un estudio realizado en Estados Unidos, se investigaron las causas que inhiben a los médicos para la prescripción de opioides. En el estudio se encontró que el 51% de los médicos poseía concepciones erróneas sobre la tolerancia a los opioides; el 39% tenía un desconocimiento de los efectos adversos de estos fármacos; el 29% desconocía que los opioides pudieran utilizarse como adyuvantes del dolor; el 27% ignoraba la eficacia de la morfina oral y el 20% de los médicos encuestados creía incluso que el dolor era una condición inevitable que no podía disminuir a pesar de un tratamiento.(Lakha & Badr, 2016) Además, la mayoría de los médicos encuestados expresó temor a ser castigados por la ley si prescribían este tipo de fármacos y expresó preocupación ante una posible investigación por prescribir opioides. Así mismo, se encontró que los médicos limitaban aún más la prescripción de opioides si el paciente contaba con el antecedente de abuso de sustancias. En resumen, el estudio concluyó que desafortunadamente, los médicos presentan la tendencia a prescribir fármacos del segundo y tercer escalón del Modelo Analgésico de la OMS, aún en casos de dolor grave. (Lakha & Badr, 2016)

En otros estudios realizados a nivel mundial se encontró, por ejemplo, que, en países como Francia, hasta el 76% de los médicos generales y hasta el 50% de los oncólogos se mostraban reacios a la prescripción de morfina. (Paulo, 2015)En ambos grupos, temas como los efectos adversos, preocupaciones sobre la adicción y la tolerancia, así como la ya abatida imagen pública de la morfina, fueron los principales condicionantes para la limitación de la implementación de esquemas con

derivados del opio. (Paulo, 2015) Por el contrario, en el mismo estudio se encontró que cerca del 85% de médicos con conocimientos generales de los cuidados paliativos, prescribían morfina de manera oportuna. En reportes de Estudios realizados en Canadá, se encontró que hasta el 68% de los médicos indicaban una dosis insuficiente de morfina (Ponsuree, 2013) y en Corea del Sur se encontró que a pesar de que los médicos poseían buenos conocimientos sobre el empleo de morfina, fueron los pacientes quienes se mostraron reacios a aceptar el tratamiento, debido a ideas preconcebidas transmitidas a su vez por el personal sanitario. (Ponsuree, 2013)

En una encuesta realizada por la Junta Internacional de Control de Estupefacientes se demostró que en más de la mitad de los gobiernos adscritos a la Organización de las Naciones Unidas, había una escasez preocupante de morfina en hospitales en donde se manejan cuidados paliativos. El 60% de los gobiernos no habían implementado el modelo de Escalera Analgésica propuesta por la OMS. La situación hasta la fecha no ha mejorado considerablemente. (Krakauer, Thi, et al., 2015)

La Organización Mundial de la Salud, considera actualmente al consumo de morfina como un indicador en el progreso del alivio del dolor por cáncer. Debido a la confusión histórica que ha surgido desde el uso de los opioides y su apretada regulación, condicionada primordialmente por el poco esclarecimiento de los términos “ dependencia física, tolerancia y adicción” a lo largo de la historia, ha propiciado que la administración de opioides sea vista como una práctica médica cuestionable que incluso puede asociarse con la ilegalidad. (Verástegui et al., 2018) En el 2003, el Comité del Consejo de Ministros de Europa, estableció que la legislación debía de ajustarse de tal manera que los opioides sean accesibles a toda la población en general, siempre y cuando su consumo fuese estrictamente vigilado por personal médico. Sin embargo, esta legislación ha tardado en llegar a los países latinoamericanos. (Breivik et al., 2006)

El miedo al abuso no debe condicionar el acceso a una medicación efectiva, se ha propuesto que debe de haber un cambio en la legislación de varios países, incluido

México. (Smith, 2019)Es importante considerar que el manejo del dolor es reconocido como parte de la práctica médica general, así mismo, las sustancias controladas pueden ser accesibles para la salud pública, la administración de opioides debe considerarse como una práctica médica legítima y ética, y se deben diferenciar los conceptos de “adicción” contra “tolerancia analgésica”, término definido como una disminución de los efectos nocioceptivos del fármaco, más que una dependencia que afecta la salud. (Azhdari-zarmehri, Ghasemi, & Heidari-oranjaghi, 2018)

Para solucionar esta situación se ha propuesto una capacitación adecuada del personal médico, pero sobre todo una estrecha relación médico- paciente para esclarecer las dudas de los pacientes que padecen de un sufrimiento crónico y de sus familiares con respecto a la importancia de ser receptores de una analgesia adecuada.

La aceptación de que la educación, tanto de los médicos, como de los pacientes, como de las personas responsables de la normativa en política de salud y el público en general, es la clave para superar la “Opiofobia”, es sumamente importante. La educación del personal médico debe empezar desde sus años de formación y debe ser constantemente actualizada y reforzada. Es imperativo que los médicos conozcan la seguridad de los opioides así como el escaso riesgo de adicción si los fármacos son debidamente controlados.

Ante la constante y creciente prevalencia de dolor en las enfermedades terminales y crónicas y la falta de respuesta que ha habido por parte del personal médico ante esta, nos obligamos a pensar si realmente estamos lidiando con un problema moral y ético al privar de un beneficio a nuestros pacientes.

¿Si los médicos no prescriben opioides, entonces quién lo hará?

3. ANTECEDENTES

Si bien hay referencias en la literatura médica del fenómeno de la opiofobia desde la década de los ochentas del siglo pasado, el estudio de las posturas actitudinales, creencias y conocimientos del personal médico como las principales barreras que impiden el acceso adecuado a los medicamentos opioides para el alivio del dolor es relativamente reciente. Se han realizado varias encuestas transversales aplicadas a profesionales de la medicina en diversas regiones del mundo. A 30 años del análisis, algunos profesionales médicos en Wisconsin, EE. UU., demostraron una falta constante de información sobre las regulaciones existentes y las estrategias efectivas de manejo del dolor entre los médicos. (Griffioen, Willems, Kouwenhoven, Caljouw, & Achterberg, 2016) A través de estos estudios, se demostró que los médicos tenían actitudes y percepciones negativas hacia la prescripción de analgésicos opioides; el 90% de los participantes en las encuestas creía que la prescripción de analgésicos opioides en personas con antecedentes de trastornos por uso de sustancias era ilegal. Dichos hallazgos se han replicado en otros estudios regionales y nacionales de los EE. UU. (Webster & Bremner, 2017) Los participantes informaron que no fueron receptores de suficiente capacitación en el manejo del dolor y mostraron reticencia en el uso de analgésicos opioides debido a regulaciones estrictas.

Las encuestas en Europa para evaluar el conocimiento y la actitud de los médicos con respecto al manejo del dolor y el uso de analgésicos opioides han reportado hallazgos similares. (Breivik et al., 2006) En Asia, se han realizado encuestas en Bangladesh, Malasia, Taiwán, Irán, Israel, Corea, China y Tailandia con resultados negativos en torno al uso de opioides, ya que se ha estimado que la opiofobia prevalece en aquellos países con un uso histórico de opioides. (Paper, 2013)

En países tercermundistas como Vietnam, se han aplicado políticas estrictas destinadas a mejorar la accesibilidad de fármacos opioides para romper con la

barrera de la opiofobia y alcanzar un balance en su uso seguro para fines médicos: (Krakauer, Phuong Cham, et al., 2015) Como bien se ha mencionado con anterioridad, la experiencia del dolor es pobremente atendida en el mundo, específicamente en los casos de países en vías de desarrollo y con grandes abismos económicos en donde el acceso a la morfina y otros opioides para tratar el dolor es considerado algo advenedizo, esta situación es alarmante ya que la morfina y los derivados opioides son esenciales para el buen cumplimiento de los cuidados paliativos. Ante tan inquietante postura, la Organización Mundial de la Salud, ciertamente ha emitido propuestas a lo largo de la historia para intentar modular este déficit, intentado balancear los esfuerzos para el abastecimiento de opioides en el ámbito sanitario y alejándolo del uso recreacional e ilícito; un ejemplo de esta respuesta es la creación de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, que ejerce actualmente en Viena. (Vranken et al., 2018) Sin embargo, a pesar de la creación de estos organismos, la realidad persiste en que varios países a nivel mundial son promulgadores de estrictas leyes que restringen el acceso a medicamentos opioides. (Knaul et al., 2017) El origen de la creación de dichas leyes, a pesar de las indicaciones sanitarias para el uso de opioides para el manejo del dolor es ciertamente un amplio tema de investigación en el que seguramente y como se mencionó con anterioridad, intervienen situaciones como la opiofobia, el contexto histórico y sociocultural ante el uso de estos fármacos. (Bosnjak, Maurer, Ryan, Leon, & Madiye, 2011)

En el caso de los países del oriente Asiático, llama la atención el curso que ha tomado el empleo de medicamentos opiáceos, especialmente al estudiar su contexto histórico en el cual el opio era utilizado desde tiempos antiguos para tratar al dolor. (Krakauer, Thi, et al., 2015)

Ciertamente, los cambios y procesos históricos que han sufrido dichas sociedades, por ejemplo la colonización, entre otros cambios socioculturales, han sido generadores de grandes epidemias del uso de estupefacientes opioides con fines adictivos, incluyendo las consecuencias de su uso no -médico como la gran epidemia de VIH/SIDA que surgió como respuesta al uso de heroína intra-venosa.

(Krakauer, Thi, et al., 2015) Ante lo mencionado anteriormente, es de esperarse entonces, que los países con dichos contextos históricos tengan actitudes negativas en torno al uso de opioides incluso para el manejo del dolor.

El caso de Vietnam

Es de particular atención el caso de Vietnam, un país del sureste asiático en donde, con la finalidad de eliminar las barreras en torno al acceso de opioides y en conjunción con la Universidad de Wisconsin- Madison, se implementaron diversas políticas para equilibrar el acceso y control a opioides. (Krakauer, Thi, et al., 2015)

Para finales de la década de los noventa, el uso de opioides en Vietnam era de naturaleza prohibitiva, esto secundariamente a diversos cambios político-económico- culturales de los cuales fue víctima el territorio y que se remontan desde la colonización francesa, cambios en la Segunda Guerra Mundial, la Primera Guerra Indochina, la crisis del opio en Laos y China, la Guerra contra Estados Unidos de Norteamérica y la producción de heroína en el “Triangulo dorado”. Esta serie de eventos históricos, tornaron a Vietnam en uno de los principales países consumidores de heroína en el mercado negro, con un estimado de 200 000 individuos adictos a la heroína, además de ser de los principales países con consumidores de droga intravenosa en el sureste de Asia, trayendo como consecuencia que el 60% de los pacientes asiáticos infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, fueran consumidores endovenosos de sustancias ilícitas. (Krakauer, Thi, et al., 2015)

Como consecuencia de estos eventos, para los noventas, en Vietnam hablar de opioides era algo atemorizante e incluso era hablar de “un mal social”, (Krakauer, Thi, et al., 2015) por consiguiente, era esperado que la leyes extremistas prohibitivas estuvieran implementadas en primera instancia, además de que se crearon amplias campañas publicitarias para desalentar a la población del consumo de estos fármacos al hacer gran énfasis en sus efectos adversos. Tras la implementación de

estas duras políticas, es cierto que el consumo de heroína disminuyó, sin embargo, comenzó a surgir una prevalente problemática: la gente moría y vivía con dolor. (Krakauer, Thi, et al., 2015)

Para el año 2004, cuando Vietnam abrió sus puertas comerciales a los mercados neoliberales, se iniciaron esfuerzos significativos por parte de la Organización Mundial de la Salud para contrarrestar el abandono de los cuidados paliativos en este país. (Krakauer, Thi, et al., 2015)

Las nuevas políticas se dirigieron a la modificación de cuatro pilares básicos de la salud pública: política, disponibilidad del medicamento (morfina oral), educación y creación de centros especializados en cuidados paliativos. (Krakauer, Thi, et al., 2015) Por tal motivo, en el año 2006 se implementaron las siguientes medidas, para asegurar un acceso más balanceado a los fármacos opioides para el manejo del dolor: (Krakauer, Thi, et al., 2015)

- Se revisaron las leyes y regulaciones en torno al uso, consumo y accesibilidad de opioides con fines médicos contra el uso para fines no médicos y se realizaron cambios en torno a estas.
- Se unieron a la colaboración del proyecto el Departamento de Policía de la OMS, el Ministerio Vietnamita de Salud, los Institutos nacionales de Cancerología y de enfermedades infecciosas así como organizaciones internacionales no gubernamentales.
- Se comenzó la importación y producción de morfina oral de liberación inmediata en presentación de 10 mg.
- Se brindó amplia educación a los médicos, enfermeras y oficiales del sistema de salud acerca de la importancia analgésica de los opioides, haciendo énfasis en el bajo riesgo de dependencia en pacientes víctimas de dolor crónico y sin antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas; además, de enfocar el sistema educativo hacia las actitudes y prácticas del personal sanitario para minimizar la opiofobia.
- Se crearon guías y guías de práctica clínica de cuidados paliativos y guías para el tratamiento de la adicción a opiáceos, como por ejemplo la guía de terapia de sustitución con metadona para usuarios de heroína.

- Se fomentó la compra, distribución, almacenaje y dispensario de narcóticos y medicamentos psicotrópicos con fines médicos.
- Se removieron de las farmacias las estrictas y cerradas leyes de pobre acceso a opioides, se instauraron los sistemas de “Good Pharmacy Practice” y “Good Storage Practice”. (Krakauer, Thi, et al., 2015)

Como resultado, se concluyó que es de suma importancia la estricta comunicación y coordinación entre los diversos organismos reglamentarios que intervienen en la políticas de salud pública y los clínicos, el fallo en esta comunicación puede derivar en frustración en torno al aprendizaje del uso y reglamentación de estos fármacos. Por otro lado, se hizo énfasis en la importancia de la creación de las Guías de práctica clínica y otras referencias literarias para que los médicos aprendieran el adecuado manejo de estos fármacos. (Krakauer, Thi, et al., 2015)

Para el año 2011, el consumo de morfina per cápita en la población de Vietnam incrementó de manera significativa y con este aumento se quintuplicó el acceso a los cuidados paliativos. (Krakauer, Thi, et al., 2015)

Es por lo tanto, imperioso, comentar que los esfuerzos multidisciplinarios en torno a la regulación de políticas de acceso a opioides con motivos sanitarios es una situación de vital importancia en el mundo pero sobre todo en los países como México, los cuales continúan en el abismo en torno a un adecuado manejo del dolor. Tomar el ejemplo del caso de Vietnam, podría ser un buen comienzo para una sociedad como la nuestra.

El contraste en Norteamérica

Ante lo mencionado anteriormente en torno a la situación de Vietnam, es importante dedicar un apartado a la situación de Norteamérica, específicamente en países como Estados Unidos y Canadá en donde prevalece una crisis de opioides a pesar de una aparente regulación. (Delorme et al., 2018) En las dos décadas pasadas en estos países la prescripción de opioides ha sufrido un incremento lineal y sostenido, esto ha traído como consecuencia el incremento en las admisiones a urgencias por intoxicación de opioides, así como las muertes asociadas a la sobredosis de estos fármacos. Esta situación ha sido igualmente documentada en

otros países de Europa como en el Reino Unido, España, Francia y en Australia. (Madden, Park, Liu, & Bruera, 2018)

Sin embargo, dos cosas primordiales se deben resaltar con respecto a estos hechos epidemiológicos previamente expuestos: primeramente, se debe hacer énfasis en la gran prevalencia de muertes por opioides sintéticos e ilícitos usados con fines no-médicos y a lo largo de varios estudios retrospectivos se demostró que gran parte del uso de opioides ilícitos eran destinados a individuos víctimas de dolor crónico que no habían sido debidamente tratados. (Rash et al., 2018)

A través de varias revisiones sistemáticas, se intentaron identificar las principales causas relacionadas con esta crisis de opioides: las actitudes de los prescriptores de opioides, las características propias de los pacientes y usuarios de opioides y las determinantes normativas. Se encontró, que la mortalidad relacionada con el consumo de opioides era directamente proporcional a la potencia del fármaco prescrito, es decir, se encontró una mayor tasa de mortalidad asociada al consumo de fentalilo y oxicodona en relación con la mortalidad asociada al consumo de morfina. (Rash et al., 2018) Por otro lado, se encontró que los fármacos opioides eran frecuentemente prescritos en combinación con otros medicamentos sedativos como benzodiazepinas y barbitúricos, situación que condicionó a la par un incremento en las cifras de mortalidad. (Rash et al., 2018) Acompañando a estos datos, también se encontró que en Norteamérica los médicos y facultativos prescriptores de fármacos opioides no contaban con una adecuada adherencia a las recomendaciones de las guías terapéuticas para el uso y manejo de estos fármacos, situación que se traduce en una pobre educación y errónea prescripción de los médicos ante el dolor. Este fenómeno de pobre adherencia a las guías terapéuticas se describe en un artículo publicado por Rash en la Universidad Memorial de Newfoundland en Canadá y se le denominó como “inercia clínica”, el autor describe pues que a pesar del amplio conocimiento y distribución de las guías de práctica clínica en todo el mundo y principalmente en Norteamérica, los médicos y clínicos presentaban altas tasas de pobre adherencia a las mismas, esto condicionado por diversos factores entre los que destacan, que el médico en su

práctica clínica prescribe lo ya aprendido en vez de seguir las novedosas recomendaciones de las guías, factores propios de los pacientes y actitudes y conocimientos del personal de salud. (Rash et al., 2018) Es difícil determinar el grado que el fenómeno de inercia clínica ejerce en el acceso a opioides para el manejo del dolor, sin embargo, cifras propuestas por la Universidad de Wisconsin, estiman que únicamente el 38% de los médicos tenían conocimiento de la existencia de guías clínicas específicas para el manejo de opioides. (Rash et al., 2018).

En respuesta a la crisis de opioides de Norteamérica y la consecuente inatención a los cuidados paliativos derivada de la misma, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) ha enumerado una serie de conflictos que limitan el acceso a los cuidados paliativos relacionados con el uso de opioides, a pesar de que se han hecho diversos ajustes históricos para asegurar que estos tengan una mayor cobertura en los pacientes con dolor.

Entre ellos destaca que en Norteamérica parece haber una mayor producción de opioides sintéticos altamente adictivos en contraste con la utilización neta de morfina, cuyo precio es más asequible. Por otro lado, la JIFE reportó que la oferta global de morfina, así como su incremento en la producción es más que suficiente para cubrir las necesidades lícitas expresadas por las autoridades nacionales competentes, sin embargo, datos crudos propuestos por la misma JIFE han encontrado diversos factores que limitan el acceso de morfina a los cuidados paliativos, como por ejemplo, se encontró que la morfina disponible no es utilizada por la industria farmacéutica para elaborar compuestos destinados a cuidados paliativos, situación que se traduce en una pobre capacidad de los servicios de salud para tratar el dolor, sobre todo en los países de menores recursos como en el caso de México, así como otros países en Asia, Centroamérica y América del Sur, el Caribe y Europa Oriental. (“Progresos en lo que respecta a garantizar el acceso adecuado a Sust. sujetas a Fisc. Int. para fines médicos y científicos,” 2019)

La pregunta es ¿ a pesar de que las recomendaciones por las organizaciones competentes apuntan hacia la accesibilidad de opioides, qué está limitando entonces su uso para el acompañamiento en el dolor?

4. JUSTIFICACIÓN

El dolor, el sufrimiento, la agonía y la muerte son experiencias universales que nos competen a todos. El dolor es sumamente prevalente en nuestro entorno afectando severamente la calidad de vida y capacidad funcional de quienes lo padecen, condicionando frecuentemente, y esto es de nuestra competencia directa, psicopatología asociada. Como ya se describió en apartados anteriores, es generalmente infravalorado y por lo tanto no tratado debidamente. Las intervenciones para el dolor son altamente efectivas, razonablemente sencillas y costo efectivas, aunque gravemente limitadas en su acceso para el dolor de intensidad moderada y grave a través del uso de opioides por las barreras actitudinales motivo de estudio de este trabajo. El abordaje y manejo analgésico son entonces imperativos para todos los profesionales sanitarios y no solo de aquellos que laboran en determinados contextos especializados. Los sistemas de salud fragmentados como el nuestro y la formación médica tradicional exenta de considerar al menos una instrucción básica en la materia refuerzan ese erróneo concepto. Es frecuente que el psiquiatra se desentienda de la valoración de los aspectos físicos de la salud y asuma que esto compete a otros especialistas. Lo cierto es que con el envejecimiento poblacional y la prevalencia creciente de padecimientos crónico degenerativos asociados al dolor, los escenarios clínicos en los que la enfermedad mental y la experiencia dolorosa coexisten, guardando además estos una compleja relación bidireccional, serán cada vez más frecuentes. (Allgar, & Oviasu, 2017) Por lo tanto, no será solo en el ejercicio especializado de la Psiquiatría de enlace y de Hospital General, la Psico-oncología o la Medicina Paliativa en los que el psiquiatra tendrá que involucrarse y familiarizarse con el abordaje y la implementación de intervenciones orientadas al alivio del dolor. En lo que respecta al manejo específico de opioides y los fenómenos o problemáticas

asociadas, la formación tradicional del psiquiatra se limita y circunscribe generalmente al campo de los trastornos por uso de los mismos. Este es un grave y creciente problema de salud pública que ya es, por cierto, también una realidad en nuestro país. (Goesling, Lin, & Clauw, 2018) Esta visión, centrada exclusivamente en las problemáticas asociadas al exceso, impiden el acceso a estos fármacos a miles de enfermos que sufren enormemente y de manera innecesaria producto del desconocimiento e ideas erróneas por parte de los profesionales sanitarios, incluyendo al especializado en la salud mental. La típica característica subjetiva del dolor y el sufrimiento asociado, la necesidad de escucha empática y sensible, así como de un acompañamiento cálido para el que lo padece, la comprensión no solo de la enfermedad, sino del padecer, hacen del psiquiatra, caracterizado por su formación profundamente humanista, por demás apto y además obligado a intervenir en estos escenarios. ¿Acaso no se supone son todos estos atributos históricos nuestros?

Existe el precedente de que en diferentes espacios de la Universidad Nacional Autónoma de México se viene abordando y estudiando este fenómeno. Tal es el caso del Seminario de Estudios sobre la Globalidad, en su momento dirigido por el Dr. Juan Ramón de la Fuente. En los Institutos Nacionales de Salud, incluyendo nuestra Institución, la Dra. María Elena Medina Mora participa activamente en la investigación del tema que nos ocupa. Es de reconocerse que en el ámbito académico y directivo esta problemática sea abordada, es hora de que esto sea adoptado también en la labor cotidiana de quienes nos dedicamos al quehacer clínico en beneficio de aquellos que acuden con nosotros en busca de alivio para su sufrimiento.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las percepciones, actitudes y creencias de los estudiantes de medicina y médicos en relación con el uso de medicamentos opioides para el manejo del dolor?

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Explorar las percepciones, actitudes y creencias de los estudiantes de medicina y médicos mexicanos en relación con el uso de medicamentos opioides para el manejo del dolor.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Describir la percepción de los médicos y estudiantes de medicina de la República Mexicana en cuanto a la prescripción de medicamentos opiáceos.

b) Determinar las barreras actitudinales de los estudiantes de medicina y personal médico mexicanos que influyen en el sufrimiento del paciente con dolor.

7. HIPÓTESIS

a) Hipótesis General: Por el momento se reservará la redacción hipótesis, ya que el estudio consta de la realización de una encuesta descriptiva de naturaleza indagatoria

8. METODOLOGÍA

a) Tipo de estudio :

Recolección de la información

Transversal

Medición del fenómeno en el tiempo

Prolectivo

Control de las variables

Observacional

Fin o propósito

Descriptivo

Tipo de estudio

Encuesta descriptiva

Población en estudio, selección y tamaño de la muestra.

- **Población en estudio: Médicos y estudiantes de medicina que en la actualidad laboren y/o estudien en la República Mexicana:**
 - o Acorde a la encuesta ENOE (Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo) del año 2014, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, actualmente en la República Mexicana se encuentran en estado económicamente activo 277 000 médicos y médicas.
 - o Acorde a la Secretaría de Gobernación, en una encuesta realizada en el año 2018, se estima que en todo el territorio mexicano hay un total de 133 000 estudiantes de medicina, distribuidos en las más de cuarenta Universidades del país.

Si consideramos estas cifras, se estima un universo total de participantes voluntarios para la encuesta de 410 000 individuos.

Al emplear una fórmula aritmética, para calcular el número de participantes que harán una representación de nuestro universo, se estima una cifra de 96 participantes, con una tasa de respuesta calculada al 25%, en donde se enviarán al menos 384 encuestas a los médicos y estudiantes de medicina del país, vía correo electrónico, con el apoyo de las instituciones de salud y mediante herramientas como las redes sociales.

Fórmula:

$$n = \frac{z^2 N p q}{e^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

En donde:

- Z: Nivel del confianza. En este caso será de 1.96 para un intervalo de 95% de confianza.
- N: Universo de la muestra.
- P: La proporción en la que se presenta el evento que se planea estudiar, se determinará al 0.5 ya que no se conoce la distribución del fenómeno.
- E: Error esperado, en donde 10% = 0.1.

- Q: 1-P

Al sustituir estos datos, obtenemos:

$$n = \frac{(1.96^2) (410000)(0.5)(0.5)}{(0.1)^2 (410\ 000 - 1) + 1.96^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(410\ 000)(0.5)(0.5)}{(0.01)(409\ 999) + (3.8416)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{393\ 764}{4\ 099.99 + 0.9604}$$

$$n = \frac{393\ 764}{4\ 100.950}$$

n = 96.01 Participantes

- **Índice de respuesta esperado:** Ante nuestra población previamente definida y considerando que se estima la participación de 96 individuos para considerar como representativa nuestra muestra, se calcula a continuación el índice de respuesta entre las personas encuestadas que cumplan con los criterios de inclusión. Esto, considerando un porcentaje mínimo del 25%.

$$\frac{\text{Muestra representativa de la población}}{\text{índice esperado (25\%)}} \times 100$$

$$\frac{96 \text{ individuos}}{25\%} \times 100 = 384 \text{ encuestas}$$

8.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.1.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Estudiantes de medicina y médicos: hombres y mujeres con estudios de pregrado o posgrado de las diversas universidades de medicina e instituciones de salud en el país.

8.1.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Que presenten dificultad para cooperar.
2. Que no deseen participar de manera voluntaria en el protocolo

8.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Que no completen las encuestas competentes al proyecto de investigación.

8.3 VARIABLES DE ESTUDIO

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Categorías o Unidades
Variables sociodemográficas					
Sexo	El total de las características de la estructura reproductiva de un individuo.	Características biológicas sexuales de un individuo	Cualitativa	Nominal Dicotómico	Hombre Mujer
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Años de vida	Cuantitativa	Intervalar	1 o más años
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Culto o creencia que defina el participante e identifique como propia	Cualitativa	Nominal	Católica Cristiana Judía Testigo de Jehová Bautista Presbiteriana Espiritualista Ortodoxa Adventista Budista Hinduista Islamismo Metodista Científica Otra

					Ninguna
Nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación, lo que conlleva una serie de derechos y deberes políticos y sociales.	De acuerdo al acta de nacimiento del participante	Cualitativa	Nominal	Mexicano Extranjero
Nivel de educación	Nivel educativo más alto cursado por un individuo	De acuerdo a si el participante ha completado sus estudios de licenciatura, comprobable con el otorgamiento de un título universitario	Cualitativa	Nominal dicotómica	Pregrado o posgrado
Años de escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	De acuerdo a los años invertidos en el estudio de la medicina	Cuantitativa	Intervalar	1 o más años
Especialidad médica	Estudio que cursa un médico graduado en la carrera de medicina y que le aportará el conjunto de conocimientos especializados y relativos a un área específica del cuerpo, una técnica quirúrgica, o un método de diagnóstico, para poder desarrollarla.	De acuerdo a curso de especialidad	Cualitativa	Nominal	Anatomía Patológica Imagenología, Diagnóstica y Terapéutica Medicina Preventiva Anestesiología Medicina de la Actividad Física y Deportiva Neumología Audiología Otoneurología y Foniatría Medicina de Rehabilitación Oftalmología Calidad de la Atención Clínica Medicina de Urgencias Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello Cirugía General Medicina del Trabajo y Ambiental Patología Clínica Epidemiología Medicina Familiar Pediatria Genética Médica Medicina Interna Psiquiatría Geriatría Medicina Legal Radio Oncología Ginecología y Obstetricia Medicina Nuclear e Imagenología Molecular Traumatología y Ortopedia

Lugar donde radica	Lugar geográfico en donde un individuo ha vivido de forma ininterrumpida durante la mayor parte del tiempo en un plazo de los últimos 12 meses, entendiéndose que al menos ha permanecido en forma efectiva 6 meses y un día.	Entidad federativa en donde ha radicado los últimos 6 meses	Cualitativa	Nominal	Aguascalientes Baja California Baja California Sur Campeche Chiapas Chihuahua Coahuila de Zaragoza Colima Durango Estado de México Guanajuato Guerrero Hidalgo Jalisco Michoacán de Ocampo Morelos Nayarit Nuevo León Oaxaca Puebla Querétaro Quintana Roo San Luis Potosí Sinaloa Sonora Tabasco Tamaulipas Tlaxcala Veracruz de Ignacio de la Llave Yucatán Zacatecas
Nivel de atención en el que labora	El primer nivel lleva a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería, con el apoyo de la comunidad. El segundo nivel de atención brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio. La atención que se brinda en el tercer nivel es especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica y en este grupo se encuentran los 12 Institutos Nacionales de Salud		Cualitativa	Ordinal	Primero Segundo Tercero

Capacitación previa	Contar con un curso educativo previo sobre un tema en específico	Haber llevado un curso previo para el manejo del dolor de al menos 20 horas de duración	Cualitativa	Nominal	SI / NO
La Institución donde labora cuenta con acceso a opioides	Institución de Salud del país	Institución gubernamental o privada de salud en la que el participante actualmente labora	Cualitativa	Nominal	0= no 1= si 2= No trabaja en una institución
Ha prescrito o no opioides para el manejo del dolor	Realización de recetas previas con prescripción de opioides	Si el participante ha realizado recetas de opioides para el manejo del dolor en la vida laboral	Cualitativa	Dicotómica	SI NO
Con que frecuencia prescribe opioides	Número de recetas realizadas por unidad de tiempo	Número de recetas realizadas de opioides para el manejo del dolor en un mes	Cuantitativa	Intervalar	0 , 1 o más
Actividad laboral actual	La labor de las personas, o a su trabajo o actividad legal remunerada.	Tipo de actividad laboral que realiza en este momento en torno al cuidado de la salud	Cualitativa	Ordinal	Pregrado Asistencia Docencia Investigación Administración Publica y/o privada
Actitudes, creencias y conocimientos	Conjunto de ideas y valores relativamente estables a lo largo del tiempo en la disposición o tendencia a actuar de determinada manera o acometer algún tipo de acción. Se tratan de un aspecto determinante a la hora de llevar a cabo una acción y el tipo de emoción que genera dicha actividad o manera de interactuar ante la misma.	Conjunto de ideas y comportamientos, adquiridos a través de la experiencia o de la educación de un individuo en torno a un tema en específico y que además de considerarse como una idea verdadera, influye en la conducta de dicho individuo.	Cualitativa	Nominal Dicotómica Politómica	* Debido a que la realización de este estudio consiste en una encuesta diseñada ex profeso, se crearán categorías independientes por lo que en su mayoría se esperan categorías nominales dicotómicas y politómicas.

8.4 PROCEDIMIENTO

Se diseñará la encuesta en electrónico por medio de la plataforma encuestas de Google.

El reclutamiento de los participantes del estudio se realizará de forma voluntaria entre personal médico y estudiantes de medicina de diversas instituciones de salud en el país con una invitación vía correo electrónico.

Se estima contar con la colaboración de médicos y estudiantes de medicina participantes del salud público en el Instituto Mexicano del Seguro Social, además, se espera hacer difusión de la encuesta y el proyecto a través de medios electrónicos y redes sociales.

A los participantes que cumplan con criterios de selección del estudio, se les brindará una tutoría electrónica sobre el llenado de la encuesta y sobre el objetivo del estudio.

Se invitará a que los participantes llenen, de manera electrónica la encuesta diseñada.

9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará el análisis de este estudio mediante estadística descriptiva para la variables cualitativas se calcularán medidas de tendencia central: frecuencias y porcentajes y se representarán gráficamente en diagrama de sectores, para las variables cuantitativas se calculará la media y desviación estándar y se representarán por medio de un histograma.

Los resultados recabados durante el proceso de investigación por medio de las encuestas, serán captados en bases de datos creadas con *Software Microsoft Office* y se empleará para su análisis el paquete estadístico computarizado SPSS (*Statistic Program for Social Science*) versión 20.0.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A los médicos y estudiantes de medicina participantes se les informará de manera electrónica acerca los procedimientos que se realicen para el desarrollo de esta

investigación, así como los objetivos y métodos de la misma y se les solicitará su consentimiento para su participación voluntaria para el desarrollo de este estudio. Los médicos y estudiantes participantes serán informados sobre el derecho a participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, se asegurará no exponerse a represalias.

Se asegurará la confidencialidad e intimidad de sus opiniones y conocimientos plasmados en las encuestas.

10.1 Beneficios potenciales

a) Indirectos: El beneficio de este proyecto es que mediante su publicación se logre recolectar información acerca de las actitudes, creencias y conocimiento de los médicos y estudiantes de medicina de México para futuras indagaciones.

10.2 Riesgos e inconvenientes

Se trata de un estudio de riesgo mínimo según la Ley General de Salud en Materia de investigación.

Los médicos y estudiantes de medicina participantes previamente habrán leído electrónicamente el consentimiento informado previo a la realización de la encuesta.

Se brindarán correos de apoyo para que las personas que lo deseen puedan contar a los realizadores de esta tesis para la resolución de dudas específicas.

Se mantendrá siempre la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

10.3 Consideraciones económicas

a) Recursos humanos:

- Estudiante del programa único de especialización en psiquiatría de la Universidad Autónoma de México
- Tutor teórico
- Tutor metodológico
- Comité de ética y comité de tesis del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”

- Médicos y estudiantes de medicina de las diversas instituciones de salud en el país accedan a participar en las encuestas

b) Recursos materiales.

El material de apoyo para la realización de esta encuestas se realizará a través de la plataforma gratuita “ **Google Forms: Free Online Surveys for Personal Use**” de la plataforma de Google ®

11. RESULTADOS

Se recabaron los resultados obtenidos de encuestas en el formato Google Forms ®, el cual se compartió de manera digital desde el mes de agosto de 2021 al mes de febrero de 2022.

En total se recabaron 102 formularios contestados con el respectivo consentimiento informado compartido por medio del enlace vía web que se envió a los participantes manteniendo la confidencialidad y anonimato en todo momento. Esto sobrepasa por 6 participantes el universo esperado de la muestra, en relación con la población de médicos y estudiantes de medicina en México. Sin embargo, el índice de respuesta esperado corresponde al 26.56% de la muestra representativa de la población.

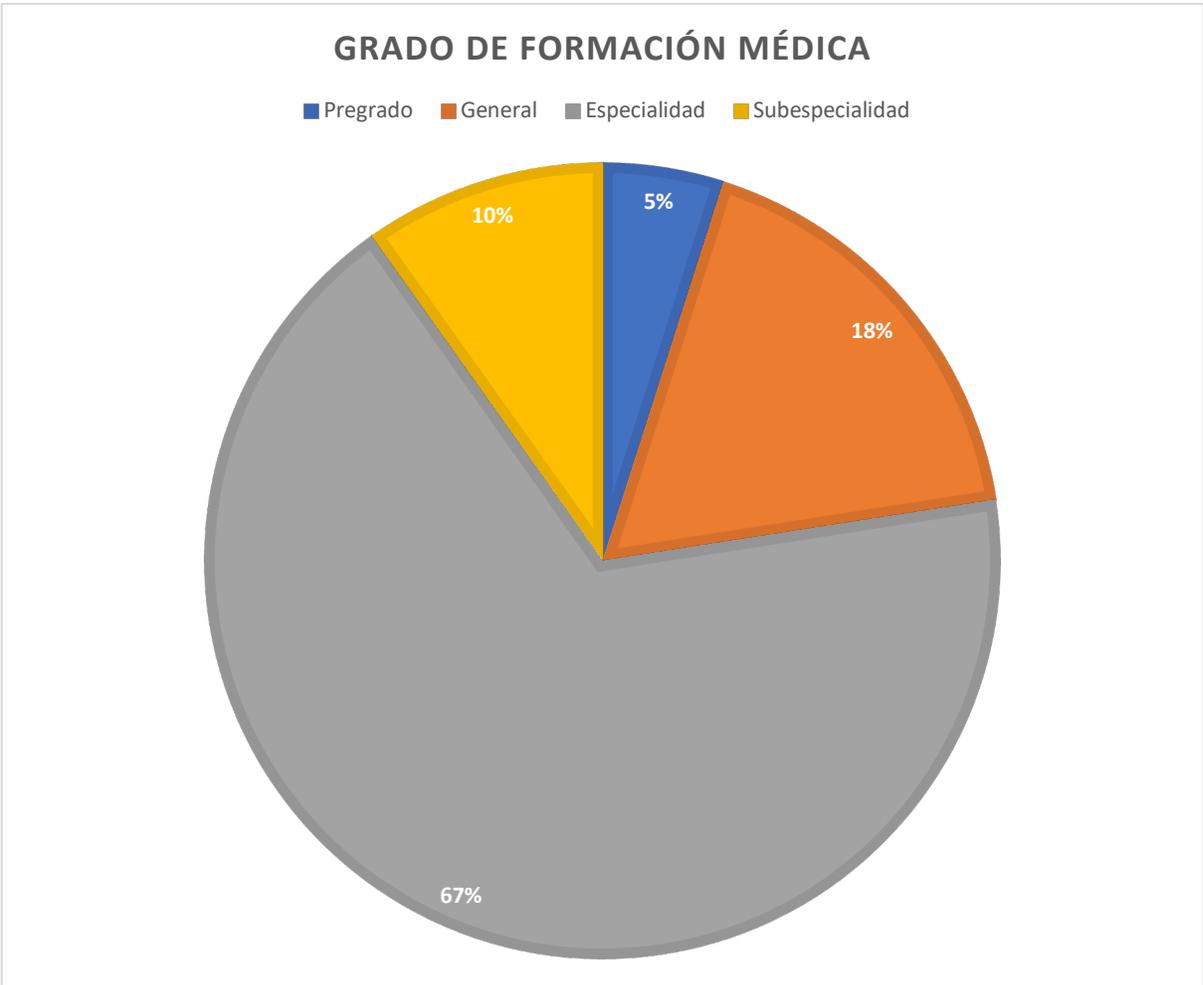
Debido a que se trata de un estudio observacional, los resultados se expresan en medias y desviaciones estándar, o bien proporciones dependiendo del tipo de variable.

Participaron 44 hombres (43.1%) y 58 mujeres (56.9%). Sobre la edad, se obtuvo una media de 31.86 años con una desviación estándar de 6.54 años. El 99 % de la muestra se compuso por Médicos o estudiantes de medicina mexicanos. El 87.3 % afirmaron radicar en la Ciudad de México y Estado de México; el resto (12.7%) comentaron radicar en el interior de la República Mexicana.

El 58.8 % (60 n) de los participantes refirieron profesar alguna religión.

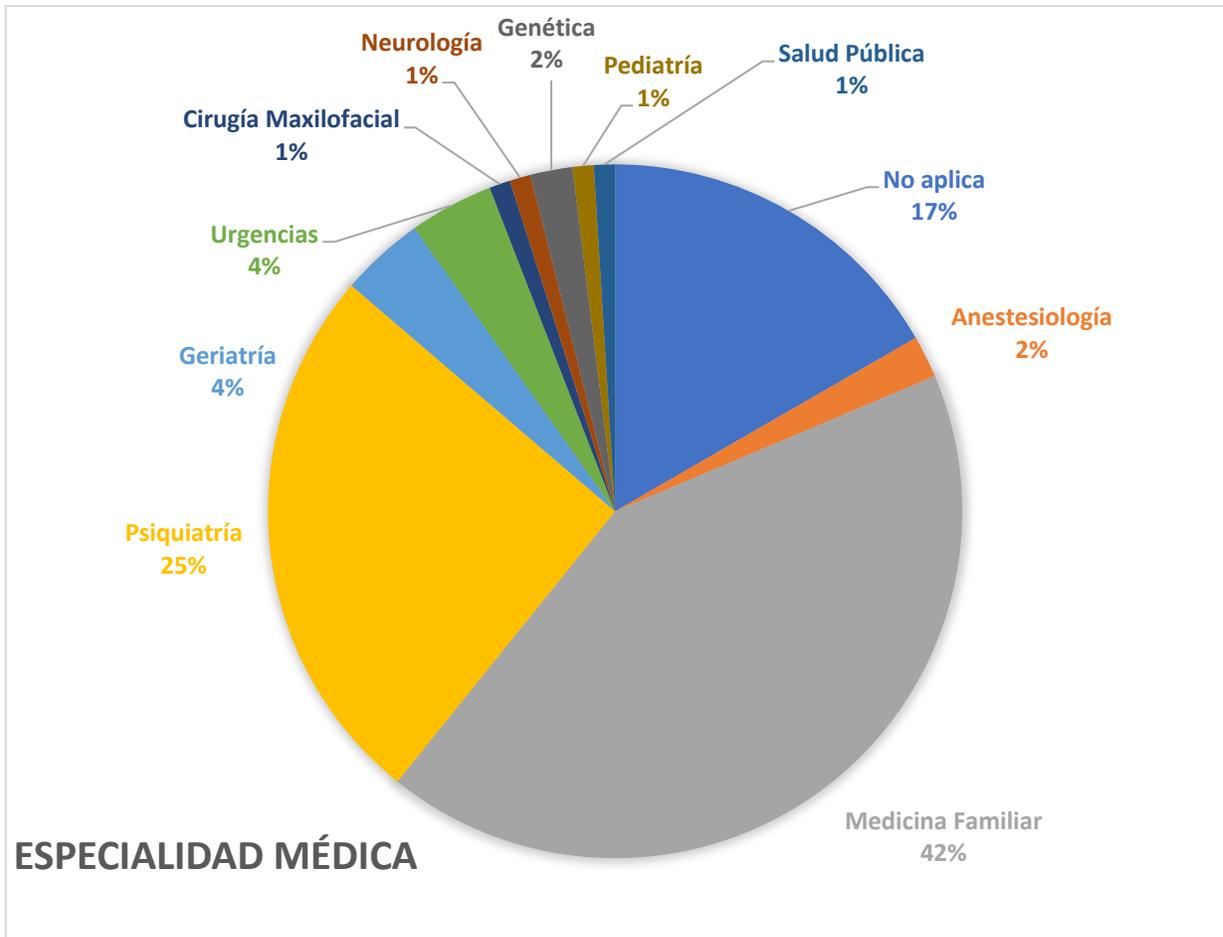
Con respecto al grado de formación médica, se encontraron los siguientes resultados:

Gráfica 01. Grado de formación médica los participantes



Las especialidades médicas de los participantes, se muestran en la siguiente gráfica:

Gráfica 02. Especialidades médicas de los participantes



Adicionalmente, 11 (10.80%) terminaron estudios de maestría, 2 (2.00%) de doctorado y 1 (1.00%) de posdoctorado. La media de años de estudio de la práctica de la medicina fue 11.13, con una desviación estándar de 4.97. Con respecto al nivel asistencial en el que laboran los participantes se recabaron los siguientes datos:

Gráfica 03. Nivel de atención en Salud



Las características generales de la muestra se pueden apreciar con mayor detalle en la tabla 01.

Tabla 01. Características sociodemográficas generales de la población de estudio.

Variable		Sexo			
		Hombre		Mujer	
		media	n	media	n
Edad		31		32	
Nacionalidad	Mexicana		43		59
	Extranjera		0		1
Religión	No		20		22
	Sí		23		37
Grado de estudios	Pregrado		4		1

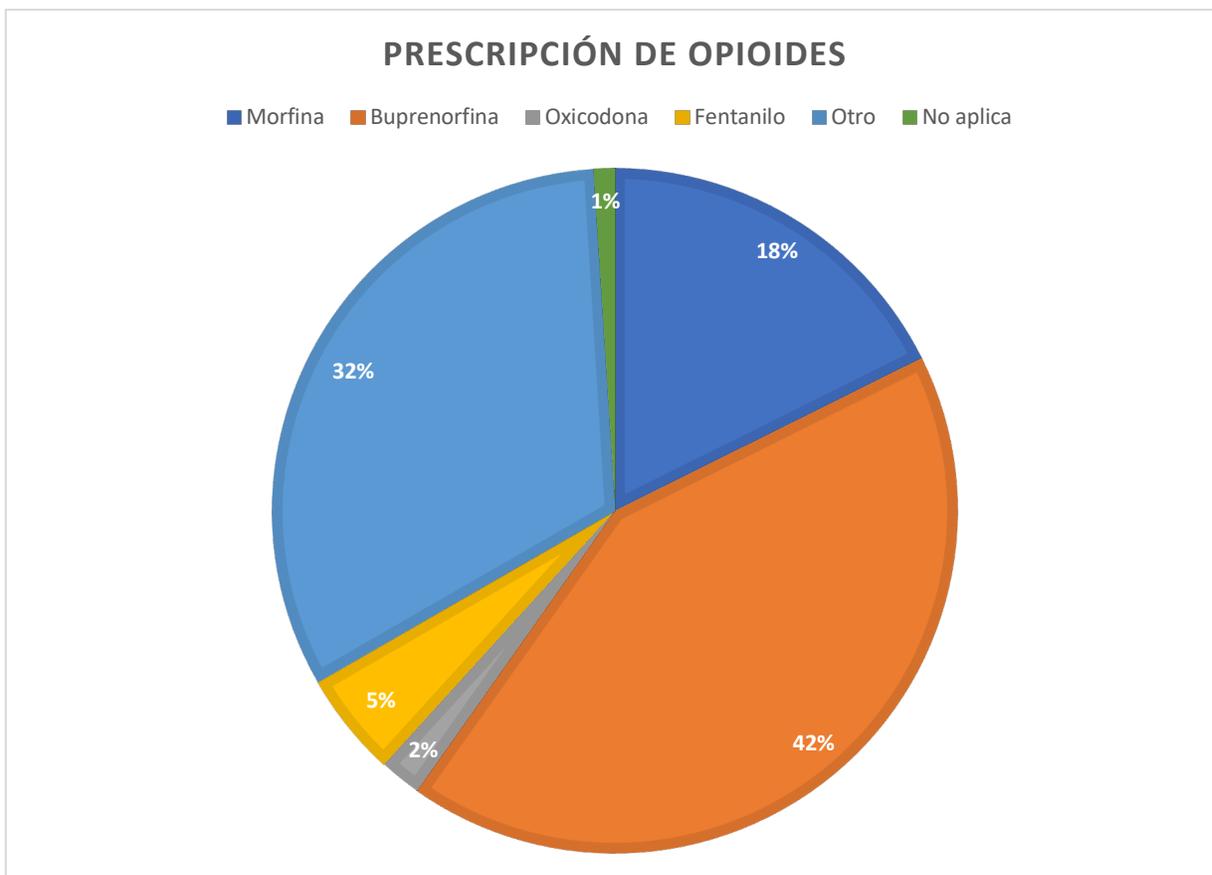
	Médico general		10		8
	Especialidad		24		45
	Subespecialidad		5		5
Maestría	No		38		53
	Sí		5		6
Doctorado	No		42		58
	Sí		1		1
Posdoctorado	No		42		59
	Sí		1		0
Años de estudio		10		12	
Nivel de atención	No labora		1		0
	Primer nivel		28		28
	Segundo nivel		5		6
	Tercer nivel		9		25

Con respecto a los ítems referentes a la hipótesis de estudio, es de destacar que el 48 % de los encuestados (n= 49), mencionó no contar con acceso a opioides para prescripción en su práctica clínica; de estos el 74. 5% (n= 76) afirmó laborar en una Institución pública de salud. El 48 % de los encuestados (n= +49) afirmó indagar sobre dolor en los pacientes solo cuando éste es motivo de consulta; en contraparte, el 49% de los participantes (n=50) comentó indagar sobre dolor de manera sistemática en sus consultas.

El 51% (n=52) de los encuestados comentó lidiar de manera frecuente con temas de dolor en su práctica y el 29. 4% (n=30) comentó lidiar de manera usual con temas de dolor en su práctica, el resto de los participantes (19.6 %) no suele abordar temas de dolor en el ejercicio habitual de su profesión. Con respecto a la intensidad del dolor que los participantes suelen tratar en su práctica clínica, el 74.50% (n= 76) informaron que suelen abordar dolor de moderado a severo.

Con respecto a las frecuencias en la prescripción de los diferentes opioides, se encontraron los siguientes resultados:

Gráfica 04. Frecuencias de la prescripción de diferentes opioides



A pesar de esto, el 48% (n=49) de los encuestados no prescribe opioides de manera habitual en su práctica.

El fármaco elegido por la muestra como la piedra angular para el tratamiento de dolor por cáncer, fue la morfina con una “n” de 56 participantes. Sin embargo, resalta el hecho de que en general, un opioide sintético más costoso como la buprenorfina es el fármaco mas prescrito.

El 99% de la muestra (n= 101), asintió conocer una escala de valoración para el dolor. 82 encuestados (80.4%) afirmaron que el reporte de dolor es suficiente para iniciar su manejo, sin embargo, el resto de los participantes (19.6 %) consideró no iniciar manejo para el dolor a pesar de su reporte subjetivo.

Además, el 38.2 % de los participantes de este estudio (n= 39), comentaron no considerarse profesionales capacitados y competentes para el manejo del dolor. Destaca que el 48% de los encuestados (n= 49), aseveró no haber recibido una

capacitación formal durante sus años de formación médica para el manejo del dolor. El 92.2% (n= 94) no cuenta con receta electrónica para la prescripción de opioides.

En relación con el uso de opioides para el manejo del dolor, el 87.3% de la muestra (n= 89), consideró el uso de opioides para el manejo de dolor moderado a grave, como corresponde de acuerdo a las directrices. En contraposición, el 12.7% (n= 13), no justifican el inicio de tratamiento farmacológico con opioides para tratar el dolor de intensidad moderada a grave.

También el 98 % de la muestra (n= 98) afirmó que existen indicaciones válidas y legítimas con fundamento científico para el uso de opioides en el tratamiento del dolor moderado a grave y el 92.2% (n=94) consideró que los medicamentos opioides débiles son efectivos, seguros y costos efectivos para el manejo del dolor. Incluso, el 71.6% de los participantes (n=73) comentó usar opioides débiles como tramadol, dextropropoxifeno, codeína y otros para el manejo del dolor en su práctica clínica. Con respecto a los opioides potentes, el 22.5% (n= 23) de los encuestados consideró que estos no son fármacos efectivos, seguros o costo efectivos para el manejo del dolor.

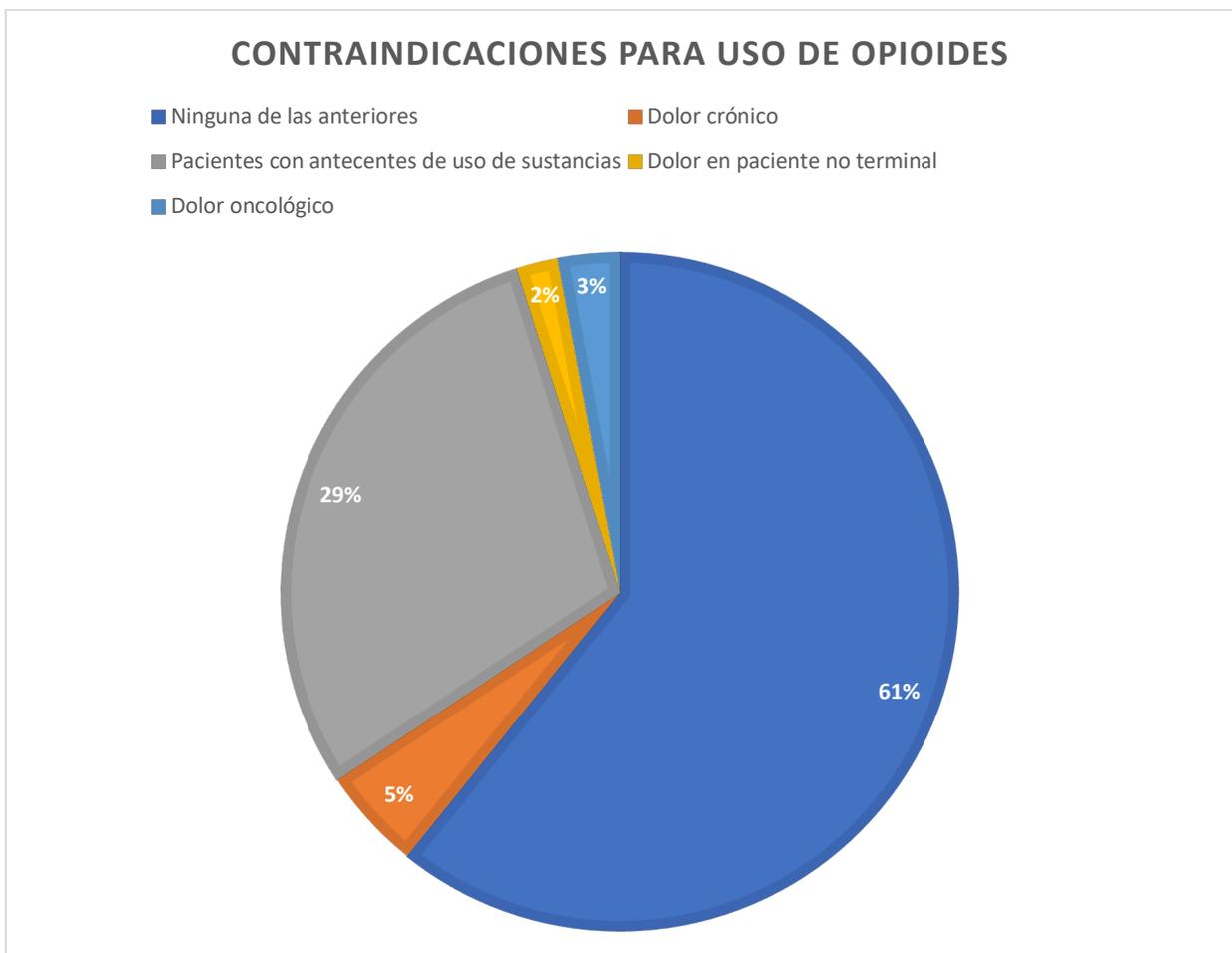
Aunado a lo anterior, 7.8% (n=8) de los encuestados comentó no considerar que los medicamentos opioides sean seguros, efectivos y costos efectivos para el manejo del dolor. 82 participantes (80.4%) afirmaron no usar medicamentos potentes como la morfina, el fentanilo, la metadona y la buprenorfina en su práctica clínica; del resto de los participantes que reportaron haber incurrido en el uso de estos fármacos, el 3.9% (n=4) comentó haber tenido dificultades legales, clínicas, personales o administrativas al haber prescrito estos fármacos.

En el ámbito del manejo de la prescripción de medicamentos opioides, el 36. 3% de los encuestados (n= 37) reportó desconocer los efectos adversos de los opioides y por lo tanto desconocen como prevenir y tratar la aparición de efectos adversos; además el 37. 3% (n =38) reportó no saber identificar un cuadro de sobredosis de opioides ni su manejo estándar. También, el 40.2% de los encuestados (n= 41) aseveró no saber identificar ni manejar cuadros de dependencia y abstinencia a opioides. El 29.4 % de los encuestados (n= 30) consideró que la sola prescripción

de un opioide generará dependencia al mismo. Siete encuestados (6.9%) reportaron deseos de no iniciar tratamiento con opioides potentes en caso de dolor personal o dolor de algún familiar o ser querido, esto a pesar de que el 39.2% de los encuestados comentó haber experimentado dolor grave en algún momento de su vida.

En cuanto a las consideraciones de los encuestados con respecto a las contraindicaciones para el uso de opioides, se encontró lo siguiente:

Gráfica 05. Contraindicaciones para el uso de opioides

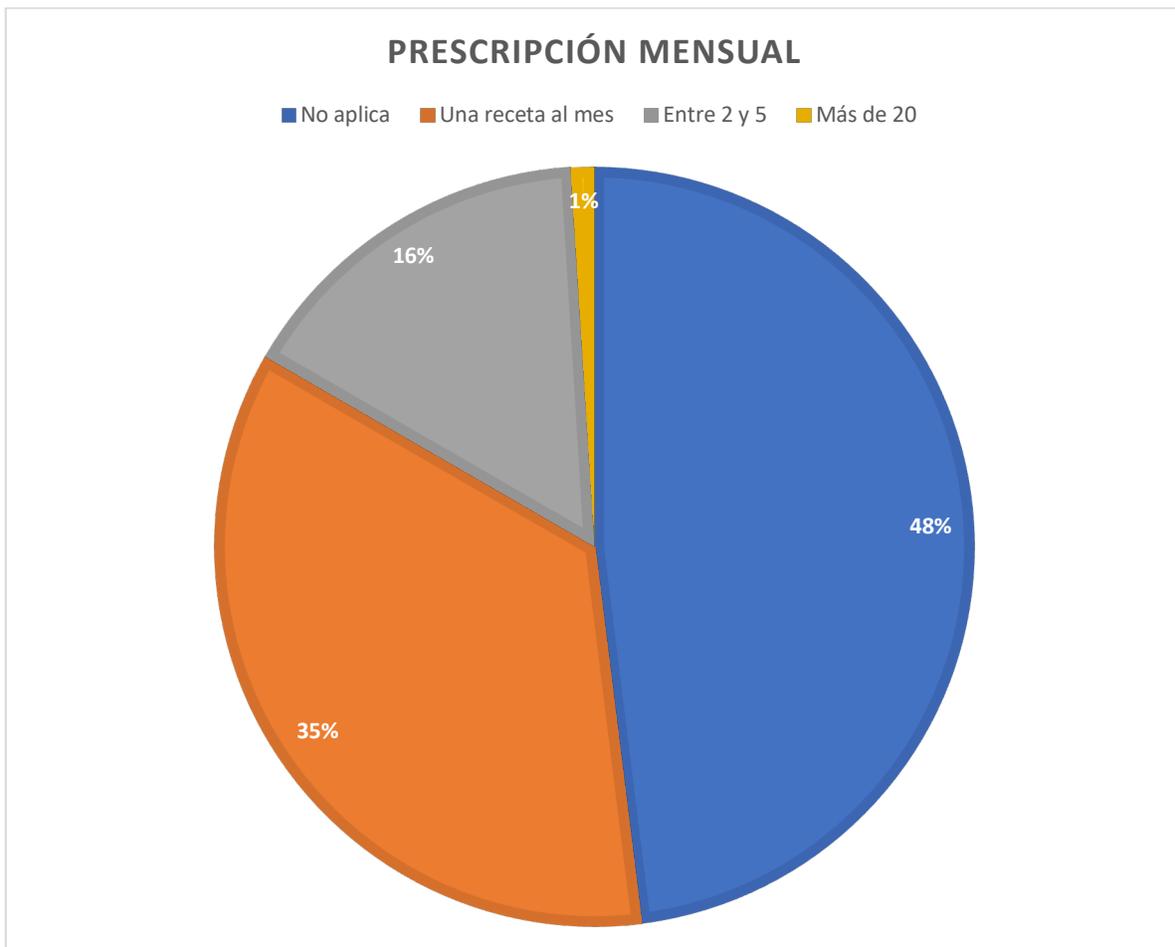


Con respecto a la percepción y actitudes que se tienen de los medicamentos opioides, el 51% de los encuestados (n= 52) mencionó que la crisis de opioides en Norteamérica, la actividad delictiva y la violencia asociada al uso de opioides, ha influenciado en su percepción con respecto al uso de medicamentos opioides.

También, el 51% de los encuestados mencionó que las disposiciones legales vigentes en materia de regulación de medicamentos opioides en el país no son adecuadas, lo que fomenta un uso indebido de los mismos y la dificultad para su acceso.

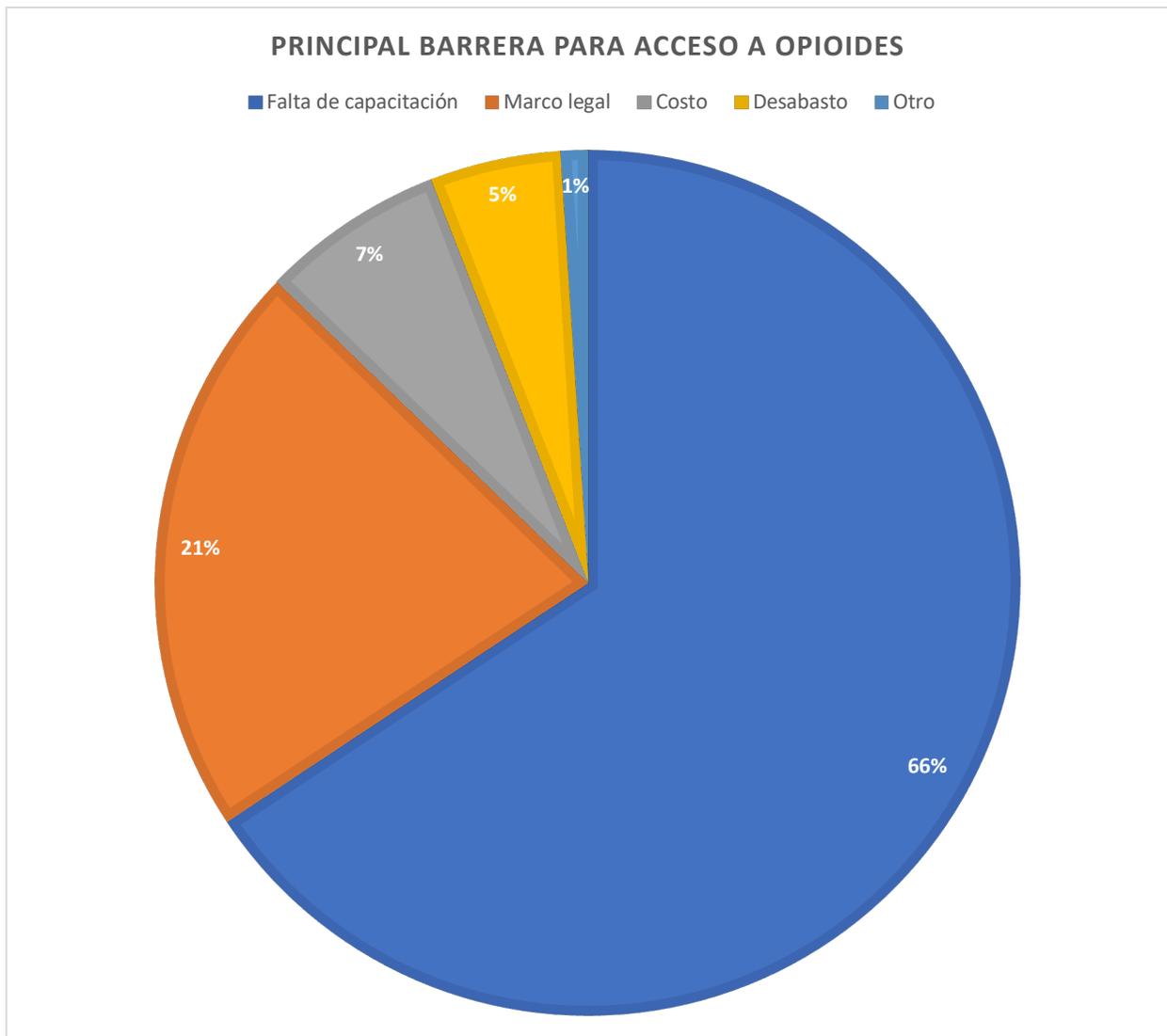
En relación a la frecuencia en la prescripción de opioides, los participantes describieron lo siguiente:

Gráfica 06. Prescripción mensual



Finalmente, con respecto a la principal barrera para el uso de fármacos opioides entre la población encuestada se encontró lo siguiente:

Gráfica 07. Principal barrera para el uso de opioides



11.2 CORRELACIONES

Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la relación entre las variables. Para todos los análisis se estableció como significativa una p menor a 0.05.

Con respecto a la edad de los participantes y sus años de práctica médica, se encontraron correlaciones positivas entre la edad y el manejo de pacientes con dolor moderado a grave ($r = .218$, $p = 0.028$), entre los años de práctica en el ejercicio de la profesión y el uso de opioides en caso de dolor moderado a grave ($r = .297$,

p=0.002), la prescripción de opioides débiles ($r = .254$, $p=0.01$) y potentes ($r=.299$, $p=0.002$) respectivamente y la frecuencia en la prescripción de opioides ($R = .281$, $p=0.004$).

Así mismo, se encontraron correlaciones positivas para el número de años dedicados al estudio de la medicina y el grado de acceso a fármacos opioides ($r=.202$, $p=0.042$), la justificación de uso de opioides para el manejo del dolor ($r = .196$, $p=0.049$), conocer las indicaciones para analgesia de los fármacos opioides ($r = .243$, $p=0.014$), el conocer y prevenir los efectos adversos farmacológicos asociados al uso de opioides ($r = .243$, $p=0.014$) y saber identificar cuadros de intoxicación y abstinencia a los mismos ($r = .225$, $p=0.023$).

En cuanto al lugar de residencia, se encontraron correlaciones positivas entre el grado académico: maestría ($r=.267$, $p=0.007$), posdoctorado ($r=.258$, $p=0.000$) y ejercicio de una especialidad médica ($r=.455$, $p=0.0$), con respecto al Área metropolitana de México en comparación con el interior de la República Mexicana.

En torno a profesar una religión por parte de los participantes, se encontró una correlación negativa ($r=-.244$, $p=0.013$) entre la religiosidad y el considerar que los fármacos opioides son efectivos, seguros y costo efectivos, también se encontró una correlación negativa ($r=-.227$, $p=0.022$) entre el aceptar el uso de opioides de manera personal o para algún familiar o ser querido cercano y el ser religioso.

En cuanto al nivel institucional en el que laboran los encuestados, se encontró una correlación negativa entre el nivel de atención institucional y el número de prescripción de recetas para fármacos opioides ($r = -.293$, $p=0.003$). Sin embargo, se encontraron correlaciones positivas para el nivel institucional y el saber identificar el cuadro de sobredosis de opioides y su manejo ($r=.194$, $p=0.047$) y el saber identificar cuadros de dependencia a opioides ($r=.222$, $p=0.025$).

Se presentaron correlaciones positivas para la frecuencia de la prescripción de fármacos opioides y el saber identificar y tratar cuadros de sobredosis ($r=.232$, $p=0.015$), y dependencia o abstinencia a opioides ($r=.220$, $p=0.020$). También, se

encontró que los participantes que suelen indagar de manera sistemática sobre el dolor en sus consultas, habitúan prescribir opioides fuertes ($r=.224$, $p=0.024$).

Se encontraron correlaciones positivas para el acceso a opioides y considerar que estos fármacos son seguros y costo efectivos ($r=.239$, $p=0.015$), también, se estableció que su accesibilidad se relaciona de manera positiva con el identificar y manejar cuadros de sobredosis ($r=.339$, $p=0.015$).

Con respecto a sí el reporte de dolor subjetivo es necesario para iniciar su tratamiento, se encontraron correlaciones positivas entre el reporte de aquellos médicos que suelen tratar el dolor al reporte subjetivo y considerar que los opioides son fármacos seguros y costo efectivos ($r=.206$, $p=0.036$). Así mismo, se encontró que los participantes que suelen iniciar el tratamiento al reporte subjetivo, conocen los efectos adversos de estos fármacos y conocen la manera de prevenir su aparición ($r=.295$, $p=0.003$).

En cuanto a la percepción de capacitación en los encuestados, se encontraron relaciones positivas para el haber recibido capacitación previa para el uso de opioides y considerar que estos son fármacos seguros ($r=.230$, $p=0.02$), para el conocimiento de sus efectos adversos ($r=.413$, $p=0$) y para el conocer y manejar de manera general cuadros de sobredosis ($r=.353$, $p=0.03$) También, el haber recibido capacitación previa se correlacionó con el uso de opioides para analgesia médica ($r=.336$, $p=0.001$); conocimiento, manejo y prevención de efectos adversos asociados ($r=.417$, $p=0$); identificación de una sobredosis ($r=.417$, $p=0$), identificación de cuadros de dependencia y abstinencia ($r=.292$, $p=0.003$) y con prescripción de opioides potentes ($r=.236$, $p=0.017$).

Finalmente, en relación al uso de medicamentos opioides de naturaleza potente, como morfina, fentanilo, metadona y buprenorfina se encontró una correlación positiva entre su prescripción y el grado de formación médica ($r=.243$, $p=0.014$) y los años de estudio dedicados a la medicina ($r=.378$, $p=0$). También, se encontraron correlaciones positivas para la prescripción de opioides potentes y la gravedad del dolor ($r=.378$, $p=0$); la frecuencia de la prescripción mensual ($r=.293$, $p=0.003$) y se

encontró una correlación positiva entre el haber experimentado dolor grave en alguna ocasión y la prescripción de medicamentos opioides potentes ($r=.261$, $p=0.008$).

12. LIMITANTES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO

LIMITANTES DEL ESTUDIO

Pese a los descubrimientos de esta investigación, hay limitantes que deben señalarse. Por ejemplo, este estudio tiene una naturaleza transversal, y descriptiva. El uso de un cuestionario auto informado, puede llevar a algunos sesgos potenciales como la modificación de respuestas.

La captación de la muestra fue a través de un método abierto y por conveniencia. Es decir, no representa a la población general.

Es probable que un estudio de corte cualitativo otorgue información más representativa ante la subjetividad de los médicos que hacen uso de los opioides, o uno de corte prospectivo, que mida los patrones de uso en diferentes poblaciones de médicos y permita vigilar estas características. Con la finalidad de obtener información con respecto al uso de opioides, sería conveniente realizar este estudio en grupos de médicos que cuenten con un uso significativo de medicamentos opioides.

Finalmente, una de las limitantes en este estudio, se basa en el tamaño de la muestra obtenida, considerando el universo de la muestra potencial de médicos mexicanos y estudiantes de medicina en el país.

FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Hasta nuestro conocimiento, existen pocos estudios en población médica y estudiantes de medicina mexicanos que evalúen de manera cuantitativa y descriptiva las actitudes y creencias de los médicos en torno a la prescripción de fármacos opioides para el manejo del dolor. Dada la realidad de nuestro país y el progresivo envejecimiento de la población, el abordaje de temas como el que nos

ocupa, sin duda ameritarán continuar con la investigación. Esperamos este proyecto aporte para continuidad y seguimiento de investigaciones futuras.

13. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio se basó en explorar cuáles eran las percepciones y actitudes de los estudiantes de medicina y médicos de la República Mexicana con respecto al uso analgésico de los medicamentos opioides. Los resultados cuantitativos obtenidos en este estudio respaldan la conclusión general de que una de las principales barreras para el uso de opioides se basa en la pobre capacitación y entrenamiento que reciben los médicos mexicanos con respecto al uso de estos fármacos para la analgesia. Derivado de esto, la capacitación pertinente para el uso, manejo y administración de los medicamentos opioides pudiera ser la clave ante esta barrera.

El uso de opioides ha sido históricamente ligado con situaciones catastróficas como la adicción, muerte, violencia y crimen organizado; esto genera una sensación de miedo generalizado ante su uso y prescripción, incluso en caso de una necesidad médica. Además, existe un porcentaje destacable de la población de médicos encuestados que desconocen el manejo de los potenciales efectos adversos derivados del uso de opioides y el manejo de cuadros de abstinencia e intoxicación a los mismos, situación que pudiera contribuir a evitar o limitar su uso, y esto pudiera traducirse en que los pacientes que padecen algún dolor de moderado a grave, pudieran no experimentar alivio alguno.

Los hallazgos encontrados en el presente estudio, concuerdan con lo reportado en la literatura, en la que se reconoce a la opiofobia como limitante para el acceso de opioides en relación con la falta de capacitación y educación médica del uso de opioides en contexto de la analgesia y de otras indicaciones válidas y legítimas. La falta de capacitación se encuentra como base de la pirámide que finaliza en la limitación del uso de estos medicamentos.

Muchos programas de formación médica carecen de cursos especializados en el manejo de la analgesia, pese a que uno de los motivos principales de consulta médica se trate de dolor (Charalambous, 2019). La falta de conocimientos en el personal de salud con respecto al uso de opioides, genera una inseguridad para su prescripción y los pacientes persisten experimentando dolor ante el uso no adecuado de dichos fármacos (Wolfert, 2010).

Según reportes, en países como Japón y Estados Unidos se han implementado programas de entrenamiento específico para los médicos prescriptores de fármacos opioides, con énfasis en las indicaciones terapéuticas, el manejo y prevención de los efectos adversos (Greene, 2016). Después del seguimiento de estas guías, se notó una mejora en las actitudes y prescripciones de los médicos con respecto al uso de opioides y una disminución de la aparición de efectos adversos, así como cuadros de intoxicación y abstinencia (Greene, 2016).

Uno de los principales retos del porvenir constituye un mejor entrenamiento y capacitación de médicos con respecto a la farmacología y posología general de los opioides.

El entrenamiento para profesionales en el uso de estos medicamentos y su impacto es un fenómeno de duración considerable, y por el momento no son claros los estudios que comparen la percepción en torno a la educación del uso de opioides entre médicos con más experiencia y médicos recién egresados, esto podría ser una línea de investigación prometedora que permita delimitar de manera puntual los posibles fallos en la educación médica con respecto al manejo de la analgesia y si estos fallos han comenzado a atenderse.

No es sorprendente entonces, que en el presente estudio, se encontró que los médicos con un mayor grado de estudios, son los que sistemáticamente indagan la presencia de dolor en sus pacientes e inician su manejo ante el reporte subjetivo de este, son los que se identificaron como los más capacitados para manejar el dolor y por consiguiente, se identificaron como conocedores de los efectos adversos de los fármacos opioides y como mayores prescriptores de estos fármacos, sobre todo de opioides potentes.

En este estudio, también se observó que otra de las posibles limitantes para el uso adecuado de fármacos opioides constituye la de su accesibilidad y el marco regulatorio. Se identificó que el acceso a opioides parece limitado. Los programas de licencia, almacenamiento, costos, recetas electrónicos, regímenes posológicos, medidas regulatorias, factores económicos y transporte de los fármacos pudieran contribuir también al limitado y restrictivo acceso a opioides y serían motivo de futuras investigaciones, así como el esclarecimiento causal sobre si el acceso a opioides pudiera derivar de la falta de prescripción de los mismos o pudiera derivar de las políticas de administración pública demasiado restrictivas.

Así mismo, se debe considerar que la preocupación acerca de que la prescripción de estos fármacos pudiera contribuir (de manera no intencionada e indirecta) al tráfico de estas sustancias y pudiera finalizar en el uso perjudicial de los mismos, sería un motivo de influencia negativa en la prescripción racional analgésica.

En nuestro estudio, se encontró que la percepción positiva hacia la prescripción de opioides en analgesia, se relaciona con la accesibilidad de estos y también se encontró que la accesibilidad se relaciona con un mayor conocimiento de sus usos y con considerarlos como fármacos seguros y costo-efectivos. También, se detectó que, ante una mayor accesibilidad de los opioides, existe una mayor identificación de cuadros de abstinencia y sobredosis.

Un punto de debate en el presente estudio constituye el hecho de que la mayoría de los médicos que participaron en esta encuesta, han cursado con estudios en medicina superiores al pregrado. Esto, en el marco de la educación médica mexicana, se traduce en que los médicos encuestados alcanzan niveles de educación superiores al promedio; además de que el porcentaje de médicos especialistas en el país corresponde a una minoría cercana al 33% de todos los trabajadores del área de Salud (INEGI, 2021). Partiendo de esta aseveración, podría existir un sesgo educativo importante, situación que se pudiera traducir en minimizar las percepciones y actitudes con respecto al uso de opioides en el país.

Aunado a lo anterior, es de relevancia mencionar que, con respecto a los años de práctica médica de los participantes, es factible pensar que a mayor grado de

estudios, como los ocurridos en el transcurso de una especialidad médica, pudieran asociarse estos con una mayor apertura al uso de opioides derivada de mayores posibilidades de haber recibido en la formación médica algún tipo de capacitación o asesoría en el tema que nos ocupa, así como la prevención de la aparición de posibles efectos adversos asociados, o la identificación de cuadros de intoxicación o abstinencia.

También, es importante mencionar que la mayoría de los encuestados que participaron en este estudio radican en la Ciudad de México, esto es consistente con el hecho de que la mayoría de los médicos con estudios de especialidad se localizan en las principales ciudades del país, siendo la principal la Ciudad de México (INEGI, 2021). Este hecho, también pudiera representar un sesgo poblacional con respecto a las percepciones del uso de opioides desde un marco educativo y de adiestramiento o capacitación en materia.

Un hallazgo de este estudio, se relaciona con la religiosidad como un posible factor detractor del uso de medicamentos opioides, sobre todo en lo que respecta al uso de estos fármacos en cuestión del uso en uno mismo o en seres queridos o familiares cercanos. Hasta ahora, los autores de dicho trabajo, no hemos encontrado algún estudio que haga mención de esa asociación, sin embargo, debido al entorno cultural en que la mayoría de los médicos mexicanos se desenvuelve, y ya que un porcentaje significativo de los participantes en nuestro estudio reportó la profesión de una religión, valdría la pena profundizar sobre si existen motivos propiciados en el acto religioso y las percepciones para la prescripción de los fármacos opioides.

14. CONCLUSIONES

De manera general, existe una percepción negativa que rodea a la prescripción de fármacos opioides como piedras angulares para el manejo analgésico.

Entre los médicos, existen una serie de actitudes y creencias, quizá justificadas en la serie de eventualidades legales y efectos adversos que circundan a los fármacos opioides, sin embargo, también existe una serie de creencias y actitudes fundamentadas en una deficiente capacitación del personal médico en torno al manejo analgésico y sobre todo, en torno a la prescripción segura y efectiva de estos fármacos.

La educación médica y la capacitación implementada pueden asegurar acercamientos seguros y apropiados de los médicos hacia este grupo de medicamentos, a la par que se satisfacen las necesidades de analgesia con opioides.

Mientras la tendencia en la población mexicana y mundial se dirige hacia un fenómeno longitudinal con una mayor prevalencia de adultos mayores, es coherente asumir que las enfermedades crónico-degenerativas, sobre todo aquellas que involucran la presencia de dolor, tendrán un incremento diagnóstico, representando estas un importante y poco visibilizado problema de salud pública.

Es por eso que una capacitación oportuna para el manejo del dolor parece una emergente necesidad. La implementación de modelos educativos dirigidos a estas metas parece una solución efectiva para el limitado uso de opioides en el manejo y tratamiento del dolor, al mismo tiempo que se remueven prejuicios y creencias que pudieran comprometer el buen juicio clínico.

Un punto importante radica en evaluar la dinámica médica en la República Mexicana, en donde, el patrón observado plantea que esta capacitación no debe ser exclusiva del tercer nivel de atención o de médicos especialistas; si no de médicos generales que atiendan población general en las diversas entidades de la República.

A la par de estas intervenciones, la seguridad en la accesibilidad a opioides puede ser asegurada a través de canales seguros de distribución, prescripción responsable de los fármacos, monitorización de potenciales desvíos y regulación de recursos, tomando en cuenta que las sobre restricciones y sobre-regulaciones al acceso de opioides, pudiera condicionar, paradójicamente, un efecto negativo en su accesibilidad para sus usos legítimos.

Sin duda, aunado a este cambio educativo, se deben realizar ajustes en los marcos legales que permitan un mayor acceso a fármacos opioides, acorde, claro a las guías internacionales para su manejo, asegurando su asequibilidad y un acceso universal a las medidas paliativas básicas.

15. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	nov-19	dic-19	ene-20	feb-20	mar-20	sep-21	nov-21	dic-22
ENTREGA DE CARTAS COMPROMISO								
ENTREGA PROTOCOLO INICIAL								
DICTAMEN DEL CÓMITE DE TESIS								
SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN								
RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA								
CONCENTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN								
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS								
ENTREGA FINAL DEL PROYECTO								
PRESENTACIÓN FINAL DEL PROYECTO DE TESIS								

16. BIBLIOGRAFÍA.

- Al-mahrezi, A. (2017). *Towards Effective Pain Management: Breaking the Barriers*. 32(5), 357–358. <https://doi.org/10.5001/omj.2017.69>
- Analysis, A. E., Allgar, V., & Oviasu, O. (2017). *Effect of Opioids and Benzodiazepines on Clinical Outcomes in Patients Receiving Palliative Care : XX(Xx)*, 1–6. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0129>
- Article, O. (2016). *Prevalence of opiophobia in cancer pain treatment*. 17(4), 245–247. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160081>
- Azhdari-zarmehri, H., Ghasemi, E., & Heidari-oranjaghi, N. (2018). *Analgesic tolerance induced by repeated morphine injections induces cross-tolerance to the analgesic effect of orexin-A in rats*. 224–228. <https://doi.org/10.1097/WNR.0000000000000964>
- Bell, K., & Salmon, A. (2009). *Pain , physical dependence and pseudoaddiction : Redefining addiction for ‘ nice ’ people ?* 20, 170–178. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.06.002>
- Bennett, D. S., & Carr, D. B. (2002). Opiophobia as a barrier to the treatment of pain. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 16(1), 105–109. https://doi.org/10.1300/J354v16n01_09
- Bosnjak, S., Maurer, M. A., Ryan, K. M., Leon, M. X., & Madiye, G. (2011). Improving the availability and accessibility of opioids for the treatment of pain: The International Pain Policy Fellowship. *Supportive Care in Cancer*, 19(8), 1239–1247. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1200-2>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., & Cohen, R. (2006). *Survey of chronic pain in Europe : Prevalence , impact on daily life , and treatment*. 10, 287–333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Charalambous, A., Zorpas, M., & Cloconi, C. (2019). *Healthcare professionals ’ perceptions on the use of opioid analgesics for the treatment of cancer-related pain in Cyprus : A mixed-method study*. <https://doi.org/10.1177/2050312119841823>

- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., ... Comfort, M. (2016). *The Lancet Commissions Public health and international drug policy*. 6736(16). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X)
- cuidados paliativos*. (n.d.).
- Delorme, J., Chenaf, C., Bertin, C., Riquelme, M., Eschali r, A., Ardid, D., & Authier, N. (2018). Chronic pain opioid-maintained patients receive less analgesic opioid prescriptions. *Frontiers in Psychiatry*, 9(JUL), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00335>
- Downing, J. (2018). *Paediatric Palliative Care in Resource-Poor Countries*. <https://doi.org/10.3390/children5020027>
- Ernestam, S. (2016). *Value-Based Health Care for Chronic Care* : 203–212. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000115>
- Glare, P. (2011). *Choice of Opioids and the WHO Ladder*. 33(April), 6–11.
- Goesling, J., Lin, L. A., & Clauw, D. J. (2018). *Psychiatry and Pain Management : at the Intersection of Chronic Pain and Mental Health*.
- Goldberg, D. S., & Goldberg, D. S. (2010). *On the Erroneous Conflation of Opiophobia and the Undertreatment of Pain On the Erroneous Conflation of Opiophobia and the Undertreatment of Pain*. (December 2014), 1–4. <https://doi.org/10.1080/15265161.2010.519427>
- Graczyk, M., Borkowska, A., & Krajnik, M. (n.d.). *Why patients are afraid of opioid analgesics : a study on opioid perception in patients with chronic pain*.
- Greene J, Hibbard J, Alvarez C, et al. Supporting patient behavior change: approaches used by primary care clinicians whose patients' activation levels increased. *Ann Fam Med* 2016; 14(2): 148–154.
- Griffioen, C., Willems, E. G., Kouwenhoven, S. M., Caljouw, M. A. A., & Achterberg, W. P. (2016). *Physicians' Knowledge of and Attitudes Toward Use of Opioids in Long-Term Care Facilities*.
- Horton, R. (2017). Comment A milestone for palliative care and pain relief. *The Lancet*, 6736(17), 1–2. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32560-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32560-6)
- King, N. B., & Fraser, V. (2013). *Untreated Pain , Narcotics Regulation , and Global Health Ideologies*. 10(4), 2–5. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001411>
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., Lima, L. De, Bhadelia, A., Kwete, X. J., & Arreola-ornelas, H. (2017). *The Lancet Commissions Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief — an imperative of universal health coverage : the Lancet Commission report*. 6736(17), 1–64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
- Krakauer, E. L., Phuong Cham, N. T., Husain, S. A., Hai Yen, N. T., Joranson, D. E., Khue, L. N., & Maurer, M. A. (2015). Toward safe accessibility of opioid pain medicines in vietnam and other developing countries: A balanced policy method. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(5), 916–922. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.10.012>
- Lakha, S. F., & Badr, H. E. (2016). *Health Services for Management of Chronic Non-Cancer Pain in Kuwait : A Case Study Review*. 25(suppl 1), 29–42. <https://doi.org/10.1159/000442526>
- Madden, K., Park, M., Liu, D., & Bruera, E. (2018). Practices, Attitudes, and Beliefs of

- Palliative Care Physicians Regarding the Use of Methadone and Other Long-Acting Opioids in Children with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 21(10), 1408–1413. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0670>
- Manchikanti, L., Sanapati, J., Benyamin, R. M., Atluri, S., Kaye, A. D., & Hirsch, J. A. (2018). *Reframing the Prevention Strategies of the Opioid Crisis: Focusing on Prescription Opioids, Fentanyl, and Heroin Epidemic*. 309–326.
- Manjiani, D., Paul, D. B., Kunnumpurath, S., Kaye, A. D., & Vadivelu, N. (2014). *Availability and Utilization of Opioids for Pain Management : Global Issues*. 208–215.
- Nwokeji, E. D., Rascati, K. L., Brown, C. M., & Eisenberg, A. (2007). *Influences of Attitudes on Family Physicians ' Willingness to Prescribe Long-Acting Opioid Analgesics for Patients with Chronic Nonmalignant Pain*. 29(July).
- Oncol, D. (2015). *Cancer-Related Pain Management and the Optimal Use of Opioids*. 376–382.
- Oswaldo, J., & Júnior, D. O. (2018). *Opiophobia and opiophilia : the war continues*. 64(5), 393–396.
- Paper, O. (2013). *KNOWLEDGE , ATTITUDES AND BARRIERS OF PHYSICIANS , POLICY MAKERS / REGULATORS REGARDING USE OF OPIOIDS FOR CANCER PAIN MANAGEMENT IN THAILAND*. 201–212.
- Pavlinich, M., Perret, D., Rivers, W. E., Hata, J., Visco, C., Gonzalez-fernandez, M., ... Whyte, J. (2018). *Physiatry , Pain Management , and the Opioid Crisis A Focus on Function*. 97(11), 856–860. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001026>
- Progresos en lo que respecta a garantizar el acceso adecuado a sustancias sujetas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos. (2019). In *Progresos en lo que respecta a garantizar el acceso adecuado a sustancias sujetas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos*. <https://doi.org/10.18356/9eebea44-es>
- Rash, J. A., Buckley, N., Busse, J. W., Campbell, T. S., Corace, K., Cooper, L., ... Skidmore, B. (2018). Healthcare provider knowledge, attitudes, beliefs, and practices surrounding the prescription of opioids for chronic non-cancer pain in North America: Protocol for a mixed-method systematic review 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Heal. *Systematic Reviews*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0858-7>
- Roenn, J. H. Von, Cleeland, C. S., Gonin, R., Hatfield, A. K., & Pandya, K. J. (2013). *Physician Attitudes and Practice in Cancer Pain Management A Survey from the Eastern Cooperative Oncology Group*. 121–126.
- Schofield, G., Baker, I., Bullock, R., Clare, H., Clark, P., Willis, D., ... George, R. (n.d.). *Palliative opioid use , palliative sedation and euthanasia : reaffirming the distinction*. 8–10. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105256>
- Specialist, A. (2019). *dilemmas*. XX(X). <https://doi.org/10.1177/1938640019886711>
- Taubert, M., Noble, S. I. R., & Nelson, A. (2011). *What challenges good palliative care provision out-of-hours ? A qualitative interview study of out-of-hours general practitioners*. 13–18. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000015>
- Verástegui, E., Plancarte, R., Domínguez, J., Burgos, R., Arrieta, O., Campillo, C., ... Soda, A. (2018). *Recomendaciones para la prescripción segura de opioides en el manejo del dolor crónico no oncológico*. 532–533.

- Vranken, M. J. M., Mantel-Teeuwisse, A. K., Schutjens, M. H. D. B., Scholten, W. K., Jünger, S., & Leufkens, H. G. M. (2018). Access to strong opioid analgesics in the context of legal and regulatory barriers in eleven central and eastern european countries. *Journal of Palliative Medicine, 21*(7), 963–969.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0595>
- Webster, F., & Bremner, S. (2017). *EDUCATION & TRAINING SECTION Original Research Article From Opiophobia to Overprescribing : A Critical Scoping Review of Medical Education Training for Chronic Pain*. 1467–1475.
<https://doi.org/10.1093/pm/pnw352>
- Wolfert MZ, Gilson AM, Dahl JL, et al. Opioid analgesics for pain control: Wisconsin physicians' knowledge, beliefs, attitudes, and prescribing practices. *Pain Med* 2010; 11(3): 425–434.

17. ANEXOS

A) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lo invitamos a participar en un estudio por parte del Instituto Nacional de Psiquiatría. Su participación puede ayudarnos a conocer las actitudes y creencias de los médicos en torno a la prescripción de opioides para el manejo del dolor. Antes de decidir sobre su participación, lo invitamos a conocer los apartados que se describen a continuación. Siéntase libre de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas.

Justificación del estudio

El dolor, el sufrimiento, la agonía y la muerte son experiencias universales que nos competen a todos. El dolor es sumamente prevalente en nuestro entorno afectando severamente la calidad de vida y capacidad funcional de quienes lo padecen, condicionando frecuentemente, y esto es de nuestra competencia directa, psicopatología asociada. Es generalmente, un síntoma infravalorado y por lo tanto no tratado debidamente. Las intervenciones para el dolor son altamente efectivas, razonablemente sencillas y costo efectivas, aunque gravemente limitadas en su acceso para el dolor de intensidad moderada y grave a través del uso de opioides por las barreras actitudinales motivo de estudio de este trabajo. El abordaje y manejo analgésico son entonces imperativos para todos los profesionales sanitarios y no solo de aquellos que laboran en determinados contextos especializados.

Beneficios del estudio

El beneficio de este proyecto es que mediante su publicación se logre hacer una influencia positiva en la percepción de los empleadores de salud para el manejo de cuidados paliativos y aliviar el sufrimiento del paciente con dolor mediante la prescripción de fármacos opioides.

Procedimiento del estudio

En caso de que usted acepte participar, únicamente deberá llenar los apartados de la encuesta en línea propuesta.

La información será estrictamente confidencial manejada únicamente por el investigador en una computadora de uso personal. Manteniendo el anonimato del participante el cual realizará esta evaluación en línea y en la computadora de su elección, sin solicitarle datos personales y únicamente usted podrá identificarse por un folio que se le pedirá en las siguientes secciones.

Usted puede abandonar el estudio en cualquier momento si usted así lo desea, cerrando el navegador de internet o saliendo del cuestionario. Si eso ocurre antes de concluir el cuestionario, SUS DATOS NO SERÁN GUARDADOS.

Aclaraciones

- La decisión de participar en el estudio es totalmente voluntaria
- No habrá ninguna consecuencia negativa para usted en caso de no aceptar, no se le pedirá informar las razones a su negativa.
- Se brindarán recomendaciones posteriores
- No tendrá que hacer ningún gasto por este estudio
- No recibirá pagos por su participación
- Podrá solicitarle al investigador principal sus resultados de forma individual, identificándolo con el folio. El resto de los resultados a pesar de ser anónimos son completamente confidenciales.
- Se resolverán las dudas que puedan surgirle en el transcurso del estudio

Cualquier duda o aclaración podrá ser abordada con el residente de psiquiatría de primer año del Instituto Nacional de Psiquiatría Martha Isabel Arroyo Franco, el Dr. Guillermo Velázquez, médico adscrito a la clínica de Psicogeriatría del Instituto Nacional de Psiquiatría o al Dr. Ismael Aguilar, médico adscrito a la clínica de Psicogeriatría del Instituto Nacional de Psiquiatría. También puede enviar un correo electrónico a la siguiente dirección para aclarar cualquier duda maisa.arfra24@gmail.com.

A continuación se presentarán dos opciones, independientemente de cuál elija, será enviado a la siguiente sección del cuestionario. Si usted eligió "No acepto participar" y no desea participar, cierre el cuestionario.

B) ENCUESTA

“Opiofobia: actitudes, creencias y conocimientos de los médicos sobre la prescripción de medicamentos opioides para el manejo del dolor”

Encuesta

Este estudio fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, y los datos serán analizados de manera grupal (no individual) a fin de explorar las actitudes, creencias y conocimientos de los profesionales médicos y estudiantes de medicina acerca del manejo del dolor y el uso de opioides.

Es posible que pudiera sentirse incómodo con algunas preguntas por lo que puede retirar su consentimiento de participar, dejando de contestar la encuesta.

Al finalizar la encuesta, encontrará un enlace en el que podrá obtener información relevante sobre información en la materia.

Los investigadores a cargo de este estudio son la Dra. Martha Isabel Arroyo Franco, el Dr. Ismael Aguilar Salas y el Dr. Guillermo Velázquez López. Para cualquier duda, comentario o dificultades con el llenado de la encuesta pueden contactar directamente con la investigadora principal del estudio: la Dra. Martha Isabel Arroyo, correo: maisa.arfra24@gmail.com.

Información sociodemográfica

Por favor indique su fecha de nacimiento (*)

/ /

Edad actual (*)

Sexo (*)

- 1 Hombre
 2 Mujer

Estado de la República

Nacionalidad

- Mexicano/Mexicana
 Extranjero/Extranjera

¿Profesa alguna religión?

- 1 Sí
 2 No

Especifique _____

Grado de formación (*)

- Pregrado
- Especialidad
- Subespecialidad

Maestría

- Si
- No

Doctorado

- Si
- No

Posdoctorado

- Si
- No

Especialidad médica:(*)

¿Cuántos años ha dedicado hasta la fecha al estudio de la medicina?

En caso de laborar o realizar sus estudios en el ámbito de la salud, ¿ en qué nivel de atención realiza su práctica principalmente?

- Primer nivel de atención
- Segundo nivel de atención
- Tercer nivel de atención
- No laboro actualmente

En caso de que actualmente labore o realice su práctica en el ámbito de la salud, ¿ Cuenta usted con acceso a opioides para la prescripción de los pacientes?

- Si
- No
- No laboro en la actualidad

Actividad laboral ACTUAL (marque todos los que apliquen)

Académica (Institución Pública)

- Si
- No

Asistencial (institución pública)

- Si
- No

Docencia (institución pública)

Si No

Investigación (institución pública)

Si No

Administrativo (institución pública)

Si No

Académica (Institución privada)

Si No

Asistencial (consultorio privado)

Si No

Docencia (institución privada)

Si No

Investigación (institución privada)

Si No

Administrativo (institución privada)

Si No

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y elija la opción que considere más se aplique a su caso

1. ¿Acostumbra indagar, abordar y tratar el dolor en sus pacientes?
 - a) Sistemáticamente, aunque no sea el motivo de consulta
 - b) Solo cuando es el motivo de consulta
 - c) No suelo hacerlo

2. ¿Con qué frecuencia en su práctica lidia con pacientes con dolor?
 - a) Predominantemente
 - b) Frecuentemente
 - c) Ocasionalmente
 - d) Nunca o casi nunca

3. ¿Considera que el reporte subjetivo de dolor por parte del enfermo es suficiente razón para iniciar su manejo?
 - a) Si
 - b) No

4. ¿Se considera un profesional capacitado y competente para el manejo del dolor?
 - a) Si
 - b) No

5. ¿Recibió alguna capacitación formal durante su formación en el manejo de dolor?
- a) Si
 - b) No
6. En caso afirmativo, ¿en qué momento de su formación se le brindó esa capacitación?
- a) Pregrado
 - b) Especialidad
 - c) Subespecialidad
7. ¿Cuál es la intensidad del dolor que suele tratar?
- a) Leve
 - b) Moderado
 - c) Severo o grave
8. ¿Considera que el manejo del dolor moderado a grave justifica el uso de analgésicos opioides?
- a) Si
 - b) No
9. ¿Considera que existen indicaciones válidas y legítimas con base y fundamento científico para el uso y prescripción de opioides?
- a) Si
 - b) No
10. ¿Conoce otras indicaciones para el uso de opioides aparte de la analgesia?
- a) Si
 - b) No
11. ¿Conoce alguna escala para la valoración el dolor?
- a) Si
 - b) No
12. ¿Usa medicamentos opioides débiles como el tramadol, dextropropoxifeno, codeína y otros en su práctica clínica?
- a) Si
 - b) No
13. En caso afirmativo, lo anterior le ha traído problemas o dificultades administrativas, legales, clínicas, interpersonales o de cualquier índole?
- a) Si
 - b) No

14. ¿Considera que los opioides débiles son efectivos, seguros y costoefectivos?
- a) Si
 - b) No
15. Usa medicamentos opioides potentes como la morfina, fentanil, metadona, buprenorfina y otros en su práctica clínica?
- a) Si
 - b) No
16. En caso afirmativo, lo anterior le ha traído problemas o dificultades administrativas, legales, clínicas, interpersonales o de cualquier índole?
- c) Si
 - d) No
17. ¿Considera que los opioides potentes son efectivos, seguros y costoefectivos?
- c) Si
 - d) No
18. ¿Cuenta con recetario electrónico para la prescripción de opioides?
- a) Si
 - b) No
19. En caso afirmativo, ¿le resulto difícil el trámite y su manejo?
- a) Si
 - b) No
20. ¿Cuál es el opioide que con más frecuencia prescribe o al menos conoce?
- a) Morfina
 - b) Fentanilo
 - c) Metadona
 - d) Buprenorfina
 - e) Oxycodona
 - f) Tapentadol
 - g) Otro
21. En caso de ser prescriptor de medicamentos opioides en su práctica laboral actual ¿Con que frecuencia mensual prescribe dichos fármacos?
- a) Una receta al mes
 - b) Entre dos y cinco recetas al mes
 - c) Entre 6 a diez recetas al mes

- d) De once a veinte recetas al mes
- e) Más de veinte recetas al mes

22. Cumpliendo con los requerimientos legales y administrativos ¿ha tenido problemas para que sus pacientes puedan conseguir los opioides prescritos por falta de disponibilidad en las farmacias?

- a) Si
- b) No

23. ¿Cuál considera es el principal de los fármacos considerado como la piedra angular para el manejo del dolor moderado a grave ocasionado por cáncer?

- a) Morfina
- b) Fentanilo
- c) Metadona
- d) Buprenorfina
- e) Oxycodona
- f) Tapentadol
- g) Otro

24. Conoce los efectos adversos más comunes del uso de opioides y sabe prevenirlos y tratarlos?

- a) Si
- b) No

25. ¿Sabe identificar un cuadro de sobredosis de opioides y conoce de manera general su manejo?

- a) Si
- b) No

26. ¿Sabe identificar los cuadros de dependencia y abstinencia a opioides y conoce de manera general su manejo?

- a) Si
- b) No

27. ¿Considera que en todos los casos la dependencia a opioides es inevitable con su uso?

- a) Si
- b) No

28. ¿Usted ha experimentado alguna vez un dolor grave (postraumático, posquirúrgico, oncológico, etc.)?
- a) Si
 - b) No
29. ¿Si usted o un ser querido padeciera un dolor agudo y grave aceptaría morfina o un opioide potente para su manejo?
- a) Si
 - b) No
30. ¿Cuál considera sería una contraindicación absoluta para el uso de opioides?
- a) Pacientes con antecedentes de uso de sustancias
 - b) Dolor no oncológico
 - c) Dolor crónico
 - d) Dolor en paciente no terminal
 - e) Ninguna de las anteriores
31. La crisis de opioides en Norteamérica o la actividad delictiva asociada y la violencia presente en nuestro país han influenciado en la percepción que tiene sobre el uso médico de los opioides?
- a) si
 - b) no
32. ¿Considera que las disposiciones legales vigentes en materia de regulación de medicamentos opioides son adecuadas impidiendo su uso inadecuado y permitiendo el acceso para quienes lo requieren?
- a) Si
 - b) No
33. ¿Cuál considera que es la principal barrera para que las personas que válidamente lo requieren puedan acceder a los opioides para el manejo del dolor?
- a) Falta de capacitación y conocimiento por parte de los médicos
 - b) Marco legal y regulatorio restrictivo e inadecuado
 - c) El costo económico
 - d) Desabasto o inexistencia en el mercado
 - e) Otro

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Enlaces de interés

<https://www.nia.nih.gov/health/dolor-usted-puede-obtener-ayuda>

<https://medlineplus.gov/spanish/safeopioduse.html>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/prescription-drug-abuse/in-depth/how-to-use-opioids-safely/art-20360373?p=1>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/prescription-drug-abuse/in-depth/when-is-opioid-right-choice/art-20346884?p=1>

C) ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

