EL DILEMA DE LA POLIFARMACIA EN PSIQUIATRÍA: UNA EXPLORACIÓN CON MÉTODOS MIXTOS CENTRADA EN EL PACIENTE

AUTORES:
Amal Khalil1[1]; Howaida Saati1[1]

1. Universidad Rey Saud Bin Abdul-Aziz de Ciencias de la Salud

doi.org/10.55634/5.3.9

PALABRAS CLAVE: polifarmacia psiquiátrica, actitudes del paciente, métodos mixtos, adherencia a la medicación, toma de decisiones compartida, salud mental

RESUMEN

La polifarmacia es una práctica frecuente pero compleja en el tratamiento psiquiátrico, por lo que comprender la perspectiva de los pacientes sobre la polifarmacia es crucial para mejorar la adherencia al tratamiento.

Objetivo: Este estudio de métodos mixtos investigó las experiencias y opiniones de pacientes psiquiátricos sobre la polifarmacia, combinando datos cuantitativos sobre su prevalencia y actitudes con perspectivas cualitativas sobre experiencias personales.

Métodos: Se reclutaron quince pacientes psiquiátricos de un único centro psiquiátrico. Se recopilaron datos cuantitativos de 100 pacientes seleccionados por conveniencia mediante el Inventario de Actitud hacia los Medicamentos (DAI-10) para evaluar sus actitudes hacia la medicación. Se realizaron entrevistas semiestructuradas para profundizar en las experiencias personales de los pacientes con la polifarmacia. Se empleó el análisis temático para los datos cualitativos, mientras que se utilizaron estadísticas descriptivas e inferenciales para el aspecto cuantitativo.

Resultados: Cuantitativamente, el 84% de los participantes seguían regímenes de polifarmacia, con una puntuación media del DAI-10 moderadamente positiva (M = 3,21, DE = 0,52). Los pacientes que tomaban múltiples medicamentos mostraron actitudes más favorables que aquellos en monoterapia. Sin embargo, las personas con esquizofrenia mostraron actitudes significativamente más bajas, posiblemente debido a la fatiga del tratamiento. Cualitativamente, surgieron temas relacionados con la comprensión y la participación en la planificación de la medicación, actitudes mixtas hacia la polifarmacia, el impacto en la vida diaria, los efectos secundarios, las estrategias de adherencia y la comunicación entre paciente y profesional sanitario. Muchos participantes expresaron el deseo de tomar menos medicamentos, tener una mayor participación en la toma de decisiones y contar con un apoyo más estructurado para la adherencia.

Conclusión: El estudio subraya las actitudes complejas y a menudo contradictorias que los pacientes psiquiátricos tienen hacia la polifarmacia. Incorporar la perspectiva del paciente en la planificación de la medicación y mejorar la comunicación puede aumentar la adherencia, la confianza y los resultados terapéuticos. Estos hallazgos resaltan la importancia de los enfoques de atención personalizada y colaborativa en el manejo de la medicación psiquiátrica.

TRASFONDO

La polifarmacia, que a menudo se describe como el uso simultáneo de dos o más fármacos psicotrópicos, se ha vuelto más común en el tratamiento psiquiátrico, especialmente para el manejo de afecciones complejas resistentes al tratamiento y trastornos psiquiátricos comórbidos. Si bien la polifarmacia puede brindar beneficios terapéuticos en ciertas situaciones clínicas, como mejorar el tratamiento de la esquizofrenia resistente o los trastornos del estado de ánimo, existen

preocupaciones constantes con respecto a su seguridad, efectividad y efectos a largo plazo en la salud del paciente (1, 2). A nivel mundial, la prevalencia de la polifarmacia psiquiátrica varía significativamente, con estudios que muestran tasas que van del 20 % a más del 60 % en entornos hospitalarios, donde la gravedad y la urgencia de la enfermedad a menudo influyen en las prácticas de prescripción (3). Por ejemplo, en los EE. UU., un tercio de las consultas psiquiátricas involucran al menos dos medicamentos psicotrópicos (3). A pesar de su creciente uso, la evidencia que respalda el uso de la polifarmacia sobre la monoterapia es inconsistente. Las guías clínicas de organizaciones respetadas como la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y NICE generalmente aconsejan una consideración cuidadosa e individualizada, favoreciendo la monoterapia, proporcionando una justificación clara para las combinaciones de medicamentos y revisando regularmente los planes de tratamiento (4, 5). Clínicamente, la polifarmacia aumenta el riesgo de reacciones adversas a los medicamentos, interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, deterioro cognitivo y mala adherencia a la medicación, todo lo cual pone en peligro la seguridad del paciente y los resultados del tratamiento (2). Sin embargo, un aspecto importante pero poco explorado de este problema es la perspectiva del paciente: cómo las personas que toman múltiples medicamentos psiquiátricos perciben, interpretan y reaccionan emocionalmente a sus planes de tratamiento. Investigaciones emergentes sugieren que los pacientes psiquiátricos a menudo tienen preocupaciones con respecto a la polifarmacia. De las Cuevas y Sanz encontraron que los pacientes frecuentemente experimentan confusión y desconfianza cuando se usa la polifarmacia sin una explicación suficiente (6). De manera similar, Liu et al. descubrieron que los pacientes con esquizofrenia expresan preocupaciones sobre los efectos secundarios, la dependencia a largo plazo y la reducción de la autonomía (7). Hugtenburg et al. Se hizo hincapié en la necesidad imperiosa de mejorar la comunicación y la participación en la toma de decisiones (8), mientras que Björkman et al. observaron que las opiniones de los pacientes variaban desde considerar la polifarmacia como una incertidumbre terapéutica hasta verla como un camino hacia la recuperación, especialmente cuando contaba con el apoyo de relaciones clínicas de confianza (9). Sin embargo, la mayoría de los estudios existentes se han centrado en poblaciones occidentales y perspectivas clínicas, con una exploración limitada de las experiencias vividas por los pacientes en contextos no occidentales o de Oriente Medio. Las creencias culturales, la participación familiar en las decisiones de salud, el estigma que rodea a los diagnósticos psiquiátricos y las diferentes estructuras de atención médica pueden influir significativamente en la percepción y la tolerancia de la polifarmacia. Por ejemplo, un estudio en Arabia Saudita reveló que los pacientes a menudo asocian el uso de múltiples fármacos psiquiátricos con una enfermedad grave o la pérdida de independencia (10), lo que pone de relieve el impacto del marco cultural. A pesar de la creciente concienciación, pocos estudios han adoptado un enfoque de métodos mixtos centrado en el paciente que capture tanto los patrones cuantificables del uso de medicamentos como los matices cualitativos de la experiencia del paciente. Este enfoque es crucial para alinear la investigación con los valores modernos de la atención de la salud mental, en particular aquellos centrados en la toma de decisiones compartida, el consentimiento informado y las alianzas terapéuticas. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo abordar una brecha crítica examinando tanto la prevalencia estadística como las experiencias subjetivas de pacientes psiquiátricos sometidos a polifarmacia en un contexto de Oriente Medio. Mediante un diseño de métodos mixtos, el estudio busca generar información práctica para fundamentar prácticas de prescripción culturalmente sensibles y basadas en la evidencia, minimizar la carga innecesaria de medicamentos y fomentar una atención colaborativa basada en la confianza, la transparencia y el empoderamiento del paciente.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Comprender las actitudes de los pacientes psiquiátricos hacia la polifarmacia es esencial para mejorar la adherencia al tratamiento, la satisfacción del paciente y los resultados generales de salud de la atención psiquiátrica. Aunque existen razones clínicas para prescribir múltiples fármacos psicotrópicos, la polifarmacia suele generar inquietudes sobre reacciones adversas, baja calidad de vida y mayor carga, especialmente cuando los pacientes se sienten excluidos del proceso de toma de decisiones. Esto se debe a su relación con mayores riesgos de efectos adversos, interacciones farmacológicas y falta de adherencia a la medicación, todo lo cual puede afectar negativamente la seguridad y los resultados del paciente (11, 12). Aunque hay casos en los que la polifarmacia

puede estar clínicamente justificada, las guías clínicas actuales de organizaciones como la Asociación Americana de Psiquiatría y NICE recomiendan su uso cuidadoso, haciendo hincapié en la importancia de la atención personalizada y las evaluaciones regulares del tratamiento (13, 14). A pesar de su amplia prevalencia, especialmente en entornos hospitalarios donde son frecuentes las afecciones psiquiátricas graves o resistentes al tratamiento (15), existe una notable falta de investigación sobre cómo los propios pacientes perciben y experimentan la polifarmacia. La mayoría de las investigaciones existentes tienden a centrarse en las prácticas de prescripción o en datos administrativos, a menudo descuidando la perspectiva del paciente. Sin embargo, la evidencia cualitativa emergente sugiere que muchos pacientes se sienten confundidos, escépticos o angustiados por las múltiples prescripciones, especialmente cuando hay falta de explicaciones claras o de toma de decisiones compartida (16, 17). En entornos culturalmente únicos como Arabia Saudita, estos problemas pueden verse exacerbados por el estigma, las deficiencias en la alfabetización sanitaria y las diferentes expectativas con respecto al tratamiento de la salud mental (18). Este estudio es crucial, ya que aborda esta importante deficiencia mediante un enfoque de métodos mixtos centrado en el paciente que no solo mide el grado de polifarmacia psiquiátrica, sino que también revela las experiencias vividas, las creencias y las preferencias de las personas afectadas. Los resultados orientarán las prácticas de prescripción culturalmente sensibles, fomentarán la toma de decisiones compartida y fortalecerán las relaciones terapéuticas, contribuyendo así a una atención psiquiátrica más segura, eficaz y compasiva.

MARCO TEÓRICO

Para este estudio, un marco teórico apropiado combina el Modelo de Creencias en Salud (MCS) con el marco de Toma de Decisiones Compartidas (TDC), ofreciendo un método exhaustivo para comprender las perspectivas y acciones de los pacientes con respecto a la polifarmacia. El MCS explica y predice el comportamiento del paciente a través de elementos como la susceptibilidad percibida (p. ej., preocupación por una recaída si se interrumpe la medicación), la gravedad percibida (p. ej., la creencia en la necesidad de un control estricto de la medicación para afecciones psiquiátricas), los beneficios percibidos (p. ej., mejoría con la medicación), las barreras percibidas (p. ej., efectos secundarios, costo, estigma), las señales para la acción (p. ej., consejo del clínico) y la autoeficacia (confianza en el manejo de la medicación) [19,20]. Estos elementos actúan como variables independientes que afectan los resultados como la adherencia a la medicación, la satisfacción y los efectos secundarios reportados. Además, el marco de TDC destaca el proceso colaborativo entre pacientes y clínicos en la planificación del tratamiento, promoviendo la participación del paciente, la confianza y una mejor adherencia [21,22]. Este marco mejora la investigación cualitativa al examinar las experiencias vividas por los pacientes y sus reacciones emocionales ante la polifarmacia, lo que permite comprender las razones de la aceptación o la resistencia. En conjunto, estos marcos posibilitan un análisis integrado donde los componentes del Modelo de Creencias de Salud (HBM) influyen en las creencias y actitudes, mientras que la Toma de Decisiones Sociales (SDM) captura el proceso interactivo de toma de decisiones que afecta la confianza, la satisfacción y el cumplimiento, conectando así las dimensiones cuantitativas y cualitativas del estudio [23,24].

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio es explorar y comprender las actitudes, creencias y experiencias de los pacientes psiquiátricos en la prescripción de polifarmacia en el entorno psiquiátrico mediante un método mixto.

Más concretamente, este estudio analizó lo siguiente:

1. Evaluar el nivel de aceptación, satisfacción y preocupación de los pacientes con esquizofrenia hacia los polifármacos mediante una encuesta cuantitativa validada.

2. Analizar la experiencia y la percepción de personas que reciben diversos medicamentos psiquiátricos mediante entrevistas cualitativas.

3. Identificar los factores (por ejemplo, factores demográficos, clínicos y sociales) que influyen en las actitudes de los pacientes hacia los fármacos polifásicos.

4. Elaborar recomendaciones informadas para los pacientes con el fin de mejorar la comunicación, la toma de decisiones compartida y la práctica clínica relacionadas con la polifarmacología psiquiátrica.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Componente cuantitativo:

- ¿Cuál es el grado de aceptación, preocupación o satisfacción de los pacientes psiquiátricos con su tratamiento multifarmacéutico?
- ¿Existe una relación significativa entre las características demográficas o clínicas del paciente y sus actitudes hacia los polifarmacéuticos?

Componente cualitativo:

- ¿Cómo describen los pacientes psiquiátricos la experiencia de tomar múltiples medicamentos psiquiátricos?
- ¿Qué significados emocionales, cognitivos o culturales atribuyen los pacientes a los fármacos polifásicos?
- ¿Cuál es la percepción de los pacientes sobre el papel de los médicos a la hora de explicar o justificar el uso de múltiples fármacos?

Los pacientes creen que la experiencia con los fármacos polifásicos puede mejorarse.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio: Este estudio empleó un enfoque de métodos mixtos convergentes, combinando resultados de encuestas cuantitativas con información cualitativa obtenida mediante entrevistas para explorar a fondo las perspectivas y experiencias de pacientes psiquiátricos con respecto a la polifarmacia. Los diseños de métodos mixtos son particularmente valiosos en la investigación en el ámbito de la salud, ya que permiten integrar tendencias numéricas con datos narrativos detallados, lo que ofrece una comprensión más completa de fenómenos complejos como la adherencia a la medicación y las actitudes de los pacientes (25).

Ámbito del estudio: El estudio se llevó a cabo en clínicas psiquiátricas ambulatorias y unidades de hospitalización en el Complejo Erada para Servicios de Salud Mental y Adicciones en Jeddah, Arabia Saudita, donde a los pacientes se les recetaban dos o más fármacos psicotrópicos.

Población y muestra del estudio: Se seleccionó una muestra de conveniencia de 100 pacientes psiquiátricos de los departamentos de hospitalización y ambulatorios, que cumplían los siguientes criterios de inclusión: pacientes psiquiátricos adultos (de 18 años o más), diagnosticados con cualquier trastorno psiquiátrico, que estuvieran tomando dos o más medicamentos psicotrópicos durante un mínimo de tres meses y que fueran capaces de dar su consentimiento informado y comunicarse eficazmente.

Los criterios de exclusión incluyeron pacientes con deterioro cognitivo o psicosis aguda que dificultaba la comunicación y aquellos que recibían polifarmacia únicamente para comorbilidades no psiquiátricas.

Muestreo cuantitativo: Se utilizó una muestra de conveniencia de aproximadamente 100 pacientes para garantizar una potencia estadística suficiente.

Cualitativo: Se seleccionaron intencionadamente entre quince y veinte participantes para lograr la máxima variación (en términos de sexo, diagnóstico, duración de la polifarmacia, etc.) hasta alcanzar la saturación de datos.

Cálculo del tamaño de la muestra: Se utilizó una calculadora de tamaño de muestra en línea proporcionada por Raosoft, Inc. (http://www.raosoft.com/samplesize.html) para determinar el número mínimo de participantes necesarios para el estudio. Con base en un total estimado de aproximadamente 150 pacientes en el hospital, con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, el tamaño mínimo de muestra calculado es de 109 participantes para garantizar suficiente potencia estadística y la generalización de los hallazgos.

En términos de los números que seleccionaste anteriormente, el tamaño de la muestra n y el margen de error E vienen dados por:

$x = Z(c/100)2r(100-r)\, n = Nx/((N-1)E2+x)$
$E = \sqrt{[(N-n)x/n(N-1)]}$

Donde N es el tamaño de la población, r es la fracción de respuestas que le interesan y Z(c/100) es el valor crítico para el nivel de confianza c.

Componente cuantitativo:

HERRAMIENTA DE RECOPILACIÓN DE DATOS

- **Cuestionario estructurado**: Se creó un cuestionario estructurado o se adaptó a partir de escalas ya establecidas, organizado en las siguientes secciones:

- **Características demográficas y clínicas**: Esta sección de la herramienta indagaba sobre la edad, el sexo, el nivel educativo, el estado civil, el diagnóstico, la duración de la enfermedad, el número y tipo de medicamentos y la duración de la polifarmacia de los participantes.

El Inventario de Actitud hacia los Medicamentos (DAI), desarrollado por el Dr. Donald Hogan y su equipo en 1975, se utiliza para evaluar las opiniones de los pacientes sobre sus medicamentos, especialmente en entornos psiquiátricos. Este inventario se emplea comúnmente para medir la adherencia al tratamiento y las experiencias subjetivas de las personas que toman fármacos psicotrópicos. El DAI está disponible en dos versiones: el DAI-30, que incluye 30 ítems, y el DAI-10, una versión más corta con 10 ítems, ambas con formato de respuesta Verdadero/Falso. Este estudio se centrará en el DAI-10, que consta de diez afirmaciones destinadas a evaluar las actitudes hacia la medicación, con un sistema de puntuación que distingue entre percepciones positivas y negativas. Cada afirmación se puntúa con +1 para una respuesta positiva y -1 para una respuesta negativa.

El sistema de puntuación del DAI-10 permite una puntuación total que va de -10 a +10, donde una puntuación de +10 indica una actitud muy positiva hacia la medicación, una puntuación de 0 representa neutralidad y una puntuación de -10 refleja una actitud fuertemente negativa. El DAI ha demostrado una fuerte consistencia interna, como lo indica el alfa de Cronbach, con el DAI-10 mostrando un coeficiente de confiabilidad entre 0,80 y 0,90, lo que confirma su solidez psicométrica para evaluar las actitudes hacia la medicación.

PROCEDIMIENTO DE RECOPILACIÓN DE DATOS

Después de obtener la aprobación de KAIMRC, la aprobación del IRB del Ministerio de Salud y la del gerente del complejo Erada para adicciones y salud mental en Jeddah, Arabia Saudita, las escalas de actitud se convirtieron en un formulario de Google y se distribuyeron a los pacientes hospitalizados en el complejo Erada para adicciones y salud mental. Este formulario de Google incluía 10 preguntas abiertas (parte cualitativa). Los investigadores llevaron a cabo un estudio simulado de grupo focal con 4 participantes, uno de cada categoría, en el complejo Erada para adicciones y salud mental para probar la aplicabilidad y la redacción de la GUÍA DE DISCUSIÓN del Grupo Focal.

Se organizaron cuatro grupos focales para recopilar datos cualitativos de los participantes, utilizando una guía de discusión diseñada específicamente para este fin.

- Los investigadores continuaron recabando datos durante estas sesiones hasta que los temas recurrentes indicaron la saturación de datos. Se reclutó a los pacientes en entornos designados, se les informó sobre el propósito del estudio y se les involucró de acuerdo con las directrices éticas establecidas. Se realizaron entrevistas individuales con pacientes psiquiátricos, teniendo en cuenta su condición, disponibilidad y disposición para participar.

- Cada entrevista se realizó en una sala tranquila, privada y cómoda dentro del centro de salud para garantizar que el paciente se sintiera a gusto. El entorno se diseñó para fomentar la comunicación abierta y minimizar las distracciones. Antes de cada entrevista, los investigadores se presentaron y explicaron el propósito del estudio, haciendo hincapié en la confidencialidad y la participación voluntaria. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito con antelación, incluyendo el permiso para grabar las sesiones en audio. Las entrevistas comenzaron con preguntas breves y amigables para romper el hielo y establecer una buena relación.

- Utilizando una guía semiestructurada, el investigador formuló preguntas abiertas para explorar las

creencias, actitudes y experiencias de los pacientes con la polifarmacia. Se emplearon técnicas de escucha activa y señales no verbales, como asentir con la cabeza y mantener el contacto visual, para fomentar la expresión y, al mismo tiempo, ser sensible al estado emocional del paciente. Se utilizaron preguntas de sondeo y seguimiento para aclarar las respuestas y explorar nuevas perspectivas. Cada entrevista duró entre 30 y 60 minutos, dependiendo del nivel de comodidad del paciente y su disposición a compartir. Al final de la sesión, el investigador resumió los puntos clave y preguntó si el participante tenía algo que añadir.

- Agradecemos a los participantes su tiempo y contribuciones. Todas las grabaciones de audio se almacenaron de forma segura y el investigador tomó notas adicionales después de cada entrevista para capturar el contexto y las observaciones no verbales. Este enfoque individualizado garantizó que la perspectiva de cada paciente se escuchara plenamente y se reflejara con precisión en los resultados del estudio.

Desarrollo de la guía de entrevista (pacientes participantes)

Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada específicamente para pacientes psiquiátricos con el fin de explorar sus percepciones, experiencias y actitudes respecto al uso de múltiples medicamentos psiquiátricos (polifarmacia). El propósito de las entrevistas fue obtener una comprensión profunda de las experiencias vividas por los pacientes con la polifarmacia e identificar áreas para mejorar el manejo de la medicación desde la perspectiva del paciente.

La guía se organizó en distintas fases:

Parte I - Fase de calentamiento
Al inicio de cada entrevista, se explicó claramente al participante el propósito del estudio. Se le garantizó que sus respuestas serían confidenciales y se utilizarían exclusivamente con fines de investigación. Se informó a los pacientes que la conversación se centraría en sus experiencias personales con la toma de múltiples medicamentos psiquiátricos. Se obtuvo el consentimiento verbal para proceder con la entrevista y grabar la sesión en audio para una documentación precisa.

Parte II – Fase de interacción *(Preguntas para romper el hielo):*
Para que los pacientes se sintieran cómodos y para fomentar una comunicación abierta, la entrevista comenzó con preguntas generales sobre su comprensión del diagnóstico psiquiátrico y los medicamentos que les habían recetado. Se les preguntó a los pacientes cómo se sentían con respecto a sus medicamentos, sus experiencias con el sistema de salud y el apoyo o los recursos que habían recibido.

Parte III – Fase de exploración *(Preguntas clave)*
El núcleo de la entrevista se centró en explorar las experiencias de los pacientes con la polifarmacia. Las áreas clave incluyeron:

- Su experiencia con la toma de múltiples medicamentos psiquiátricos y cómo estos medicamentos han afectado su salud mental y física.
- Beneficios y desventajas percibidas de la polifarmacia.
- Respuestas emocionales y preocupaciones relacionadas con la toma simultánea de varios medicamentos.
- Entre los desafíos a los que se han enfrentado se incluyen el control de las dosis, la aparición de efectos secundarios o el manejo de las interacciones entre medicamentos.
- Sus opiniones sobre cómo estos medicamentos ayudan a controlar sus problemas de salud mental.
- Si se sentían cómodos cuestionando o discutiendo los planes de tratamiento con sus médicos.
- Reflexiones sobre cualquier interacción memorable con profesionales de la salud en relación con su régimen de medicación.
- Sugerencias o recomendaciones que ofrecerían a los médicos que recetan varios medicamentos.

Cada entrevista duró aproximadamente entre 30 y 45 minutos y se realizó de forma presencial o a través de una plataforma virtual segura, según la preferencia y conveniencia del participante. Todas las entrevistas se grabaron en audio con el consentimiento del paciente. Las entrevistas continuaron hasta alcanzar la saturación temática, lo cual se estimó en 10 a 15 entrevistas.

Parte IV – Fase de cierre :

Para concluir la entrevista, se preguntó a los pacientes si deseaban compartir algo más sobre su experiencia o si tenían alguna reflexión final. Se les agradeció sinceramente su tiempo, su franqueza y sus valiosas aportaciones al estudio.

Rigor y confiabilidad

Para garantizar el rigor de esta investigación cualitativa, se utilizaron los criterios de confiabilidad establecidos por Lincoln y Guba. La credibilidad se logró mediante una participación prolongada, la triangulación y la validación por parte de los participantes. La transferibilidad se facilitó ofreciendo descripciones detalladas del contexto del estudio y las características de los participantes. La fiabilidad se garantizó mediante el registro de auditoría y la participación en sesiones informativas entre pares. La conformidad se consiguió mediante la escritura reflexiva en diarios y el respaldo de las interpretaciones con citas directas de los participantes.

PLAN DE GESTIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos abarcó metodologías tanto cuantitativas como cualitativas. Para el aspecto cuantitativo, se emplearon estadísticas descriptivas, incluyendo medidas como la media, la desviación estándar y la frecuencia, para resumir los perfiles demográficos de los participantes junto con sus respuestas en el Inventario de Actitud hacia los Medicamentos (DAI). Se realizaron técnicas estadísticas inferenciales, incluyendo pruebas ANOVA y análisis de correlación, para investigar las relaciones entre las actitudes de los pacientes y factores específicos como la satisfacción del paciente y la adherencia a los protocolos de tratamiento.

En el plano cualitativo, se aplicó un análisis temático a los datos recopilados de los pacientes. La codificación de las transcripciones de las entrevistas siguió un enfoque inductivo, lo que permitió que los temas y patrones surgieran de forma natural a partir de los datos, en lugar de estar predeterminados. Para mejorar la fiabilidad de los resultados, dos investigadores independientes participaron en el proceso de codificación. Este análisis se centró en identificar temas relacionados con las actitudes, las experiencias y los desafíos asociados a la polifarmacia.

Los conocimientos obtenidos del análisis cualitativo complementaron los hallazgos cuantitativos, ofreciendo una comprensión más profunda de las razones subyacentes de actitudes y comportamientos específicos.

Integración de datos cuantitativos y cualitativos:

La integración de datos cuantitativos y cualitativos tuvo lugar durante la fase de interpretación.

Los hallazgos cuantitativos relacionados con las actitudes de los pacientes y las puntuaciones de adherencia a la medicación se compararon con los temas surgidos de las entrevistas cualitativas. Este enfoque permitió comprender mejor cómo las actitudes de los pacientes influyeron en su comportamiento y toma de decisiones respecto a la polifarmacia en la atención psiquiátrica. Se examinaron cuidadosamente las discrepancias entre los resultados cuantitativos y las observaciones cualitativas para explorar las experiencias complejas y matizadas que los pacientes tuvieron al manejar múltiples medicamentos psiquiátricos (26).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES

La **Tabla 1** presenta el perfil demográfico de los 100 pacientes que participaron en el estudio. La mayoría de la muestra eran hombres (90%), mientras que las mujeres representaban solo el 10%, lo que podría indicar tendencias relacionadas con el género en los ingresos psiquiátricos o las tasas de participación en estudios de investigación. La edad promedio de los participantes fue de 35,8 años (DE = 10,4), lo que sugiere que la mayoría eran adultos de mediana edad. Una parte significativa de los participantes eran solteros (75%), lo que podría resaltar los desafíos sociales y relacionales frecuentemente asociados con las enfermedades psiquiátricas crónicas. En términos de nivel educativo, más de la mitad de los pacientes habían completado la educación secundaria (56%), mientras que el 28% había alcanzado la educación superior. Esto sugiere un nivel educativo moderado, lo que plantea preocupaciones sobre posibles deficiencias en la alfabetización en salud relacionada con el manejo de la medicación.

TABLA 1: DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES (N=100)

Variable	N = 100
Edad	35.8 ± 10.4
Género	
Mujer	10 (10.0)
Hombre	90 (90.0)
Estado Civil	
Soltero/a	75 (75.0)
Casado/a	9 (9.0)
Divorciado/a	16 (16.0)
Educación	
Sin formación	4 (4.0)
Primaria	12 (12.0)
Secundaria	56 (56.0)
Superior	28 (28.0)
Condición psiquiátrica	
Esquizofrenia	57 (57.0)
Trastornos	29 (29.0)
Otros	14 (14.0)
Duración de la condición	
Menos de un año	29 (29.0)
1-5 años	28 (28.0)
6-10 años	17 (17.0)
Más de 10 años	26 (26.0)
Medicamentos múltiples recetados	
Sí	84 (84.0)
No	16 (16.0)

Desde el punto de vista diagnóstico, la esquizofrenia fue la afección más prevalente entre los participantes (57%), seguida de otros trastornos psiquiátricos (29%) y una proporción menor con diagnósticos adicionales (14%). La duración de las afecciones psiquiátricas varió: el 29% fueron diagnosticados en el último año, mientras que el 26% habían estado viviendo con su afección durante más de una década, lo que indica una mezcla de personas recién diagnosticadas y personas con enfermedades crónicas. La polifarmacia fue notablemente prevalente, con un 84% de los participantes que informaron el uso de múltiples medicamentos psiquiátricos. Aproximadamente el 48% había recibido múltiples medicamentos por menos de un año, lo que sugiere ajustes recientes en el tratamiento o aumentos en la medicación. Los cambios en las prescripciones fueron comunes, ya que solo el 38% no había experimentado ningún cambio en el último año, mientras que el 62% había sufrido una o más modificaciones, lo que puede contribuir a una mayor complejidad en la adherencia a la medicación.

La mayoría de los pacientes (91%) informó haber recibido ayuda para administrar su medicación, principalmente de profesionales sanitarios (58%) y familiares (40%). Esto subraya el papel fundamental que desempeñan los sistemas de apoyo para facilitar la adherencia al tratamiento. Por último, una gran mayoría de los pacientes (89%) vivía con sus familias, lo que destaca la importancia de la participación familiar en la vida diaria y las rutinas de cuidado de las personas con trastornos psiquiátricos.

La **Tabla 2** revela que los pacientes psiquiátricos generalmente tienen una visión favorable de la polifarmacia, con una puntuación promedio de 3,21 (DE = 0,52) y un 64,18 % de acuerdo, lo que sugiere un respaldo moderado a las ventajas de usar múltiples medicamentos. Los pacientes muestran una alta confianza en los proveedores de atención médica (M = 4,16, 83,20 %) y creen que la polifarmacia ayuda a prevenir recaídas (M = 3,95, 79,00 %) y mejora el funcionamiento diario (M = 3,82, 76,40 %), lo que indica un amplio reconocimiento de los beneficios clínicos de estas prácticas de prescripción. No obstante, existen algunas reservas, particularmente en lo que respecta a la sensación de sedación (M = 3,15, 63,00 %) y efectos no naturales (M = 2,76, 55,20 %), lo que refleja ambivalencia entre algunos individuos. Las puntuaciones medias más bajas corresponden a la creencia de que la polifarmacia solo es necesaria en casos complejos (M = 2,38, 47,60 %) y a la idea de que un solo medicamento suele ser suficiente (M = 2,56, 51,20 %), lo que sugiere que los pacientes podrían no comprender del todo las indicaciones clínicas de la polifarmacia. En general, los resultados indican una combinación de aceptación cautelosa y preocupaciones persistentes, lo que subraya la necesidad de una toma de decisiones compartida y una educación clara para el paciente.

TABLA 2

Afirmación	Significado	SD	%
1) Creo que tomar múltiples medicaciones psiquiátricas tiene más beneficios que riesgos para mi salud mental	4.0	1.16	80.00
2) Me preocupa que tomar varios medicamentos me haga sentir "drogado" o excesivamente sedado	3.15	1.45	63.00
3) Siento que solo necesito tomar más de una medicación cuando una sola no es suficiente para tratar mis síntomas	2.56	1.37	51.20
4) Creo que tomar varias medicaciones psiquiátricas podría afectar mi cuerpo y mente de manera incómoda y poco natural	2.76	1.27	55.20
5) Creo que tomar varias medicaciones psiquiátricas me ayuda a pensar con mayor claridad	3.52	1.37	70.40
6) Creo que tomar más de una medicación ayuda a prevenir recaídas o brotes psiquiátricos	3.95	1.23	79.00
7) Creo que tomar múltiples medicaciones me ayuda a mantenerme alerta y funcionar mejor en el día a día	3.82	1.19	76.40
8) Confío en la decisión del profesional de la salud al prescribirme múltiples medicaciones cuando es necesario	4.16	1.14	83.20
9) Me preocupa que tomar múltiples medicaciones me haga sentir cansado o lento	1.79	0.62	35.80
10) Siento que tomar muchas medicaciones psiquiátricas solamente es necesario cuando mis síntomas son complejos y no pueden ser tratados sólo con una droga	2.38	1.21	47.60
Escala general	3.21	0.52	64.18

La **Tabla 3** ilustra la comparación de las perspectivas de los pacientes sobre la polifarmacia psiquiátrica en función de diferentes variables demográficas y clínicas. En general, no hubo diferencias notables en la mayoría de las categorías, lo que sugiere una actitud uniforme hacia la polifarmacia independientemente de factores como la edad, el sexo, la educación o las condiciones de vida. Sin embargo, dos variables mostraron correlaciones estadísticamente significativas: Trastorno psiquiátrico (p = 0,022): Los pacientes con trastornos psiquiátricos generales (M = 3,4, DE = 0,5) y otras afecciones (M = 3,3, DE = 0,4) mostraron opiniones significativamente más positivas sobre la polifarmacia en comparación con aquellos con esquizofrenia (M = 3,1, DE = 0,5). Esto puede indicar un mayor escepticismo o fatiga por la medicación entre los pacientes con esquizofrenia, quienes a menudo enfrentan planes de tratamiento complejos y a largo plazo. Medicamentos múltiples prescritos (p = 0,018): Los pacientes que tomaban múltiples medicamentos tenían una actitud notablemente más favorable (M = 3,3, DE = 0,5) que aquellos que no tomaban polifarmacia (M = 2,9, DE = 0,5). Esto podría implicar una mayor familiaridad, aceptación o beneficios percibidos de la polifarmacia entre quienes tienen experiencia directa. Otros factores demográficos, como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo, la duración de la enfermedad, la duración de la

polifarmacia y la frecuencia de los cambios de medicación, no influyeron significativamente en las actitudes de los pacientes ($p > 0,05$). Curiosamente, aquellos que recibían ayuda para gestionar sus medicamentos tenían una actitud ligeramente más positiva (M = 3,3 frente a 2,9), aunque esto no fue estadísticamente significativo ($p = 0,071$), lo que indica una posible tendencia que merece una investigación más profunda. En conclusión, las actitudes de los pacientes fueron en gran medida consistentes en la mayoría de los grupos, observándose diferencias significativas entre aquellos diagnosticados con esquizofrenia y aquellos que no estaban recibiendo polifarmacia, lo que pone de relieve la influencia de la experiencia personal y el tipo de enfermedad en las percepciones.

TABLA 3: DIFERENCIAS EN LA ACTITUD DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HACIA LA POLIFARMACIA SEGÚN SUS DATOS DEMOGRÁFICOS

Variable	Signif ± SD	P-value
Edad		0.783
Menos de 35	3.2 ± 0.1	
Más de 35	3.1 ± 0.1	
Género		0.486
Mujer	3.1 ± 0.3	
Hombre	3.2 ± 0.5	
Estado Civil		0.333
Soltero/a	3.3 ± 0.5	
Casado/a	3.0 ± 0.4	
Divorciado/a	3.1 ± 0.5	
Educación		0.216
Sin formación	3.3 ± 0.3	
Primaria	3.5 ± 0.6	
Secundaria	3.2 ± 0.5	
Superior	3.1 ± 0.5	
Condición psiquiátrica		**0.022**
Esquizofrenia	3.1 ± 0.5	
Trastornos	3.4 ± 0.5	
Otros	3.3 ± 0.4	
Duración de la condición		0.644
Menos de un año	3.3 ± 0.5	
1-5 años	3.1 ± 0.5	
6-10 años	3.2 ± 0.4	

ANÁLISIS CUALITATIVO

Esta investigación cualitativa examinó las experiencias de pacientes psiquiátricos con los regímenes de medicación, centrándose en las perspectivas sobre la polifarmacia. El estudio incluyó entrevistas con 15 pacientes y empleó el análisis temático para identificar los temas clave.

Adherencia y ayudas para la memoria

Los pacientes generalmente recurrían a rutinas (como las comidas o las prácticas religiosas) para recordar tomar sus medicamentos. Rara vez mencionaban recordatorios externos o apoyo estructurado, lo que indica una posible área de intervención.

"Las tomo durante el ayuno y el suhoor." (Participante 11)

"No tengo nada que me ayude a recordar." (Participante 1)

Comunicación y relación con los médicos

Las experiencias en la comunicación con los médicos fueron variadas. Si bien algunos pacientes se sintieron tranquilos e informados, otros expresaron insatisfacción o incomodidad, lo que sugiere que la calidad de la comunicación entre el paciente y el profesional de la salud desempeña un papel crucial en la satisfacción con el tratamiento.

"Es muy bueno cuando hablas con el médico." (Participante 1)

"No, no me siento cómodo. Me siento cansado." (Participante 15)

"No me lo explicó." (Participante 13)

DISCUSIÓN

Este estudio de métodos mixtos ofrece una perspectiva matizada y centrada en el paciente sobre las experiencias y actitudes de los pacientes psiquiátricos hacia la polifarmacia. Al combinar datos estadísticos con relatos

personales detallados, los hallazgos ponen de manifiesto la compleja interacción entre los beneficios terapéuticos, la carga farmacológica, la autonomía del paciente y la comunicación en la atención psiquiátrica.

PREVALENCIA, COMPRENSIÓN Y ACTITUDES HACIA LA POLIFARMACIA

Cuantitativamente, la polifarmacia fue altamente prevalente, con el 84% de los participantes usando múltiples medicamentos. La puntuación media del Inventario de Actitud hacia los Medicamentos (DAI-10) de 3,21 (DE = 0,52) indica una actitud moderadamente positiva hacia la polifarmacia, en línea con informes recientes que resaltan su uso generalizado en enfermedades mentales graves [27]. Cualitativamente, los pacientes expresaron ambivalencia. Algunos reconocieron beneficios como la prevención de recaídas y la estabilidad de los síntomas, mientras que otros expresaron insatisfacción con la complejidad del régimen y los efectos secundarios. La declaración del Participante 1, "Prefiero tomar menos", y el comentario del Participante 14, "Siento que tengo muchos de ellos", reflejan tensiones emocionales y cognitivas. Estos hallazgos respaldan las preocupaciones globales sobre la sobrecarga de medicamentos y resaltan el desafío de equilibrar el control de los síntomas con la calidad de vida [28]. Estas actitudes mixtas son paralelas a los hallazgos de Vázquez et al. (29) y Franchi et al. (30), quienes observaron que los pacientes suelen tolerar la polifarmacia cuando experimentan alivio de los síntomas, pero se angustian cuando los medicamentos interfieren con su identidad o bienestar diario. Un estudio contrastante de Zang et al. (29) mostró que algunos pacientes desconocían la cantidad de medicamentos que tomaban, lo que refleja una desvinculación o normalización de la polifarmacia, un patrón que también se infiere de sus hallazgos.

FIGURA 1: REPRESENTACIÓN VISUAL DE TEMAS CUALITATIVOS RELACIONADOS CON LAS PERSPECTIVAS DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS SOBRE LOS BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA POLIFARMACIA

COMPRENSIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA PLANIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Un tema recurrente fue la comprensión limitada de los pacientes sobre los regímenes de medicación. Por ejemplo, el Participante 7 señaló: "No, no me dijo qué hacer ni qué no hacer", lo que indica una recepción pasiva de la atención. En contraste, la experiencia del Participante 2: "Estamos trabajando en ello [el plan de medicación] con el médico", ilustra la participación colaborativa. Estas perspectivas se hacen eco de la literatura más amplia que indica brechas de comunicación en la atención psiquiátrica, donde los pacientes a menudo desean una mayor participación de la que se les ofrece [31]. Se sabe que la toma de decisiones compartida y las alianzas terapéuticas sólidas aumentan la adherencia al alinear los planes de tratamiento con los valores y expectativas del paciente [32]. Estos hallazgos son

consistentes con Aoki et al. (33), quienes encontraron que los pacientes con esquizofrenia a menudo desean la toma de decisiones compartida pero se sienten excluidos. De manera similar, Ghosh et al. (34) informaron que los pacientes psiquiátricos a menudo carecen de oportunidades para participar en las decisiones del tratamiento, lo que lleva a una menor adherencia y confianza. En contraste, Doumat et al. (35) documentaron una mejor adherencia cuando se aplicó de manera consistente la toma de decisiones compartida, especialmente cuando los médicos utilizaron un lenguaje sencillo y ayudas visuales para explicar los planes de medicación.

Diagnóstico - Actitudes específicas

Los pacientes con esquizofrenia mostraron actitudes significativamente menos favorables hacia la polifarmacia que aquellos con otros diagnósticos psiquiátricos. Esto puede deberse a la exposición prolongada a la medicación, la fatiga del tratamiento y la acumulación de efectos secundarios, que disminuyen el beneficio percibido. Estos hallazgos subrayan la importancia de adaptar los planes de tratamiento al diagnóstico y al historial del paciente [36]. Simpson et al. (37) enfatizaron que los pacientes psiquiátricos a menudo toleran efectos secundarios sustanciales debido al temor a la recaída o a la falta de alternativas. Sin embargo, es posible que no informen sobre estos problemas a menos que se les pregunte, lo que resalta la necesidad de una indagación clínica proactiva.

IMPACTO DE LA POLIFARMACIA EN LA VIDA DIARIA Y EFECTOS SECUNDARIOS

Los datos cuantitativos sugirieron una preocupación limitada con respecto a la fatiga (M = 1,79); sin embargo, las respuestas cualitativas revelaron un panorama más complejo. El participante 3 informó de deterioro funcional: «Me afectan cuando me siento cansado o somnoliento», mientras que el participante 9 afirmó: «No afecta a mi vida diaria». Esta divergencia sugiere que los cuestionarios estructurados pueden subestimar las experiencias vividas con matices [38].

Algunos participantes informaron haber experimentado dolores de cabeza, entumecimiento y lentitud mental, mientras que otros no reconocieron ningún efecto secundario, posiblemente debido a la normalización, la limitada alfabetización en salud o el temor a que se interrumpiera su tratamiento. Investigaciones previas indican que muchos pacientes psiquiátricos soportan molestias significativas para prevenir recaídas [39]. Esto subraya la importancia de un monitoreo proactivo y regular de los efectos secundarios y una comunicación abierta. Los hallazgos son consistentes con Carmona-Huerta et al. (40), quienes informaron sobre la variabilidad en cómo los pacientes perciben los efectos de la medicación en sus roles y relaciones cotidianas. Algunos encuentran que los medicamentos les brindan estabilidad, mientras que otros se sienten afectados por efectos secundarios cognitivos o físicos. Liu et al. (41) observaron contradicciones similares, enfatizando la importancia de adaptar los tratamientos a las circunstancias individuales de cada persona.

Estrategias de apoyo y adherencia a la medicación

Los participantes describieron el uso de métodos informales para gestionar la adherencia, como rutinas personales y prácticas religiosas. Por ejemplo, el participante 11 mencionó: «Las tomo durante el ayuno y el suhoor», mientras que el participante 1 confesó: «No tengo nada que me ayude a recordarlo». Esto indica una falta de herramientas estructuradas como pastilleros, alarmas o recordatorios digitales. Aunque las nuevas tecnologías (por ejemplo, tapas MEMS, aplicaciones para teléfonos inteligentes) muestran potencial, no se utilizan ampliamente, especialmente entre pacientes con poca introspección o alto estigma [42]. Las intervenciones basadas en técnicas de refuerzo conductual y señales han demostrado ser efectivas y deberían incorporarse a la atención psiquiátrica [43]. Estos hallazgos coinciden con los de Fond et al. (44), quienes encontraron que los pacientes con trastorno bipolar frecuentemente dependían de rutinas diarias, mientras que las herramientas estructuradas (como pastilleros o recordatorios) se usaban poco. En contraste, los estudios de Al Hindi et al. (45) muestran una mejor adherencia cuando se introdujeron intervenciones como señales, refuerzo conductual o recordatorios digitales.

Comunicación y la Alianza Terapéutica

Se encontró que la calidad de la comunicación y la relación entre el paciente y el proveedor eran cruciales para las actitudes hacia la polifarmacia. Cuantitativamente, los pacientes que se sintieron apoyados por los proveedores de atención médica tuvieron opiniones más positivas.

Cualitativamente, los pacientes expresaron sentimientos encontrados acerca de sus interacciones con los proveedores de atención médica. Experiencias positivas, como "Es realmente bueno cuando hablas con el médico" (Participante 1), en contraste con declaraciones como "No me lo explicó" (Participante 13) y "No, no me siento cómodo. Me siento cansado" (Participante 15). Estos sentimientos subrayan el papel fundamental de la eficacia Comunicación y alianza terapéutica en la atención psiquiátrica.

Estudios recientes han reforzado la importancia de una sólida relación terapéutica para promover la adherencia a la medicación. Por ejemplo, una revisión sistemática confirmó que la alianza terapéutica influye significativamente en los resultados del tratamiento en la atención psiquiátrica, especialmente entre personas con psicosis (46). De manera similar, Kim et al. (47) encontraron que la toma de decisiones compartida entre enfermeros de salud mental y pacientes con trastornos por consumo de alcohol mejoró la adherencia a la medicación a través de una mejor comunicación y confianza. Además, la comunicación entre paciente y proveedor se ha asociado positivamente con la adherencia incluso en contextos de enfermedades crónicas; un estudio reciente en Etiopía destacó cómo una mejor comunicación resultó en una mejor adherencia en diversas afecciones crónicas (48). Finalmente, un metaanálisis de 2024 reafirmó que la comunicación de calidad impacta significativamente la disposición de los pacientes a seguir los planes de tratamiento, especialmente en entornos de salud mental (49). Adicionalmente, la investigación ha demostrado que tales fallas de comunicación pueden resultar en juicios clínicos erróneos: hasta el 72% de los pacientes no adherentes fueron evaluados erróneamente como adherentes por sus clínicos [50]. Generar confianza, fomentar la humildad cultural y programar revisiones periódicas son cruciales para una gestión eficaz de la polifarmacia.

LIMITACIONES

Este estudio de métodos mixtos presenta varias limitaciones que conviene tener en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, las entrevistas cualitativas se realizaron con una muestra limitada de 15 pacientes psiquiátricos de un único centro psiquiátrico, lo que restringe la aplicabilidad de los resultados a poblaciones más amplias y a diversos entornos asistenciales. Es posible que la muestra no represente adecuadamente la diversidad de diagnósticos psiquiátricos ni los contextos de tratamiento en distintos hospitales o regiones.

En segundo lugar, ambos componentes del estudio se basaron en datos autoinformados, los cuales pueden estar sujetos a sesgos de memoria, deseabilidad social o la comprensión que los pacientes tienen de sus regímenes de medicación. Estos factores podrían afectar la precisión de las actitudes y experiencias reportadas, particularmente en las respuestas de la encuesta y los datos de las entrevistas abiertas.

En tercer lugar, la naturaleza transversal de la recopilación de datos solo ofrece una instantánea en el tiempo y no refleja los posibles cambios en las actitudes o experiencias con la polifarmacia a lo largo del tiempo. Un enfoque longitudinal podría brindar una comprensión más profunda de cómo evolucionan las percepciones y los comportamientos de adherencia. Por último, los factores culturales y lingüísticos propios del contexto del estudio pueden haber influido en la forma en que los participantes expresaron sus respuestas, lo que puede afectar la interpretación y la aplicabilidad de los resultados en otros contextos culturales.

Los estudios futuros deberían considerar muestras más amplias y diversas en múltiples centros, y explorar las perspectivas de los pacientes a lo largo del tiempo para mejorar la generalización y la profundidad de la comprensión.

CONCLUSIÓN

Esta investigación de métodos mixtos ofreció un análisis exhaustivo de las experiencias vividas, las actitudes y los patrones de comportamiento de pacientes psiquiátricos sometidos a polifarmacia. Los resultados cuantitativos indicaron una disposición moderadamente favorable hacia la administración de múltiples fármacos, especialmente entre quienes ya seguían protocolos de tratamiento con polifarmacia. Paralelamente, los hallazgos cualitativos revelaron dinámicas complejas, que abarcan deficiencias en la comunicación, experiencias con efectos adversos y las ramificaciones psicosociales de la

carga farmacológica. En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de ir más allá del mero manejo de los síntomas para abordar eficazmente los problemas centrados en el paciente en la farmacoterapia psiquiátrica. Las futuras intervenciones deberían incorporar herramientas estructuradas para la adherencia, estrategias de medicación específicas para cada diagnóstico y modelos de toma de decisiones compartida. De esta manera, la práctica psiquiátrica puede avanzar hacia un paradigma más eficaz, empático y centrado en la persona.

RECOMENDACIONES

- Implementar metodologías de toma de decisiones colaborativas integrando a los pacientes en el proceso de gestión de la medicación para mejorar su comprensión y adherencia a las terapias prescritas.

- Evaluar y monitorizar sistemáticamente los efectos adversos, garantizando que las ventajas terapéuticas superen los riesgos potenciales para cada paciente.

- Introducir ayudas cognitivas sistemáticas y soluciones tecnológicas avanzadas (por ejemplo, aplicaciones móviles, recordatorios automatizados) para facilitar el cumplimiento de los regímenes de medicación.

- Fomentar relaciones terapéuticas sólidas mediante un diálogo continuo y empático entre pacientes y profesionales sanitarios.

- Promover evaluaciones periódicas de la medicación para reducir la polifarmacia innecesaria y optimizar los protocolos terapéuticos individualizados.

- Ofrecer iniciativas psicoeducativas diseñadas para mejorar la alfabetización sanitaria de los pacientes, capacitándolos así para que asuman un papel más activo en la gestión de su tratamiento.

Implicaciones para la enfermería psiquiátrica

Este estudio ofrece varias implicaciones importantes para la práctica de la enfermería psiquiátrica:

- El personal de enfermería psiquiátrica debe priorizar una educación clara y centrada en el paciente sobre el propósito, los beneficios y los posibles efectos secundarios de los diversos medicamentos. Simplificar los regímenes de medicación complejos y utilizar ayudas visuales puede mejorar la comprensión y la participación de los pacientes.

- El personal de enfermería se encuentra en una posición privilegiada para facilitar la planificación colaborativa del tratamiento, alentando a los pacientes a expresar sus preferencias e inquietudes sobre la polifarmacia. Fomentar la toma de decisiones compartida empodera a los pacientes, genera confianza y puede mejorar la adherencia al tratamiento.

- Las enfermeras deben evaluar periódicamente la experiencia de los pacientes con respecto a la carga de medicamentos, los efectos secundarios y su funcionamiento diario. Reconocer el impacto de la polifarmacia en la calidad de vida de los pacientes permite a las enfermeras abogar por revisiones y ajustes de la medicación en colaboración con los médicos prescriptores.

- Dado que muchos pacientes dependen de rutinas o estrategias informales para cumplir con la medicación, los enfermeros psiquiátricos pueden introducir ayudas mnemotécnicas estructuradas, recordatorios o tecnologías de salud móvil adaptadas a los contextos culturales y de estilo de vida de los pacientes.

- Los resultados subrayan la importancia de la comunicación empática y la creación de confianza. El personal de enfermería psiquiátrica debe asegurarse de que los pacientes se sientan escuchados, apoyados y cómodos al hablar sobre sus inquietudes relacionadas con la medicación, lo que puede prevenir el abandono del tratamiento y la falta de adherencia.

- Las enfermeras deben ser conscientes de los factores culturales y religiosos que influyen en los comportamientos relacionados con la toma de medicamentos e incorporar este conocimiento en los planes de atención, mejorando así su relevancia y eficacia.

Al integrar estas prácticas, los enfermeros psiquiátricos pueden desempeñar un papel fundamental en la

optimización del manejo de la polifarmacia, la mejora de la satisfacción del paciente y la mejora de los resultados generales de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Gallego JA, Nielsen J, De Hert M, Kane JM, Correll CU. Safety and tolerability of antipsychotic polypharmacy. Expert Opin Drug Saf. 2012;11(4):527–42.

[2] Langan J, Shajahan P. Antipsychotic polypharmacy: a continuing concern in psychiatry. Adv Psychiatr Treat. 2022;28(3):172–8.

[3] Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in psychiatry. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(1):26–36.

[4] American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 3rd ed. Washington, DC: APA; 2020.

[5] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (NICE guideline CG178). London: NICE; 2021.

[6] De las Cuevas C, Sanz EJ. Polypharmacy in psychiatric practice: patients' perspectives. Psychiatr Serv. 2020;71(3):219–25.

[7] Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. World Psychiatry. 2021;20(1):30–40.

[8] 8. Hugtenburg JG, Timmers L, Elders PJM, Vervloet M, van Dijk L. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. Patient Prefer Adherence. 2013;7:675–82.

[9] Björkman T, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards drugs and compliance among psychotic patients in a psychiatric outpatient unit. Patient Educ Couns. 2008;70(2):251–6.

[10] Alosaimi FD, AlAteeq DA, Bin Mugren M, AlMulhem A, AlModihesh N, Aloyouni M, et al. Perceptions and attitudes toward psychotropic medications among patients with mental illness: a crosssectional study. Neuropsychiatr Dis Treat. 2019;15:2081–90.

[11] Gallego JA, Bonnín CDM, Cuesta MJ, et al. Antipsychotic polypharmacy: a systematic review. Schizophr Res. 2012;138(1):18–28.

[12] Langan J, Shajahan P. Antipsychotic polypharmacy: is there evidence for its use? BJPsych Adv. 2022;28(3):139–47.

[13] American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. 3rd ed. APA; 2020.

[14] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management [CG178]. London: NICE; 2021.

BIBLIOGRAFÍA

[15] Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in psychiatry. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(1):26–36.

[16] De las Cuevas C, Sanz EJ. Polypharmacy in psychiatry: a review of its de nition, determinants and clinical implications. Curr Drug Saf. 2020;15(2):124–31.

[17] Hugtenburg JG, Timmers L, Elders PJ, et al. De nitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. Patient Prefer Adherence. 2013;7:675–82.

[18] Alosaimi FD, Alawad HS, Alamri AK, et al. Psychotropic polypharmacy among psychiatric outpatients: a prescription audit from a tertiary care hospital in Saudi Arabia. Neuropsychiatr Dis Treat. 2019;15:2521–8.

[19] Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328–35.

[20] Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. Jossey-Bass; 2008. pp. 45–65.

[21] Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med. 1997;44(5):681–92.

[22] Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012;27(10):1361–7.

[23] Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A decade later. Health Educ Q. 1984;11(1):1–47.

[24] Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decisionmaking in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions.
Patient Educ Couns. 2010;73(3):526–35.

[25] Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and Conducting Mixed Methods Research. 4th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2023.

[26] Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage; 1985.

[27] Correll CU, Solmi M, Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez P, Fairley L, et al. Prevalence, effectiveness, and safety of antipsychotic polypharmacy: Updated systematic review and metaanalysis. JAMA Psychiatry. 2024;81(2):120–34.

[28] Vázquez G, Baldessarini RJ, Tondo L. Polypharmacy in bipolar disorder: A review of the evidence.
CNS Neurosci Ther. 2020;26(4):360–7. https://doi.org/10.1111/cns.13289.

[29] Franchi C, Tettamanti M, Djade CD, Pasina L, Fortino I, Bortolotti A, et al. Prescribing patterns of psychotropic drugs in the elderly: A population-based study in Italy. Eur J Clin Pharmacol.
2021;77(3):409–17. 10.1007/s00228-020-03010-6.

BIBLIOGRAFÍA

[30] Zhang Y, Han L, Zhu Y, Wei W, Li M. Medication burden awareness and self-management in psychiatric patients: A cross-sectional analysis. BMC Psychiatry. 2023;23(1):492. 10.1186/s12888023-05059-z.

[31] Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation: Making it safe and sound. London: The King's Fund; 2023. Available from: https://www.kingsfund.org.uk

[32] Samalin L, Vieta E, Llorca PM. Improving medication adherence in bipolar disorder: Shared decisionmaking and patient education. CNS Drugs. 2023;37(1):25–34.

[33] Aoki Y, Takeuchi H, Watanabe K, Tasman A et al. Adherence to Medication in Psychiatric Disorders. In: Tasman, A., Tasman's Psychiatry. (2023). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-03042825-9_132-1

[34] Ghosh P, Balasundaram S, Sankaran A, Chandrasekaran V, Sarkar S, Choudhury S. Factors associated with medication non-adherence among patients with severe mental disorder - A cross sectional study in a tertiary care centre. Explor Res Clin Soc Pharm. 2022;7:100178. 10.1016/j.rcsop.2022.100178. PMID: 36161207; PMCID: PMC9493377.

[35] Doumat G, Daher D, Itani M, et al. The effect of polypharmacy on healthcare services utilization in older adults with comorbidities: a retrospective cohort study. BMC Prim Care. 2023;24:120. https://doi.org/10.1186/s12875-023-02070-09. **Medication Adherence Rating Scale (MARS).

[36] Leucht S, Crippa A, Sia s S, Patel MX, Davis JM. Meta-analysis on the long-term effects of antipsychotic polypharmacy. World Psychiatry. 2023;22(1):42–56.

[37] Simpson A, Jones J, Barlow S, et al. Fear of relapse in schizophrenia: a mixed-methods systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2022;57(7):1231–PubMed1244.

[38] Mahmoud A, Lempp H, Gibbons JR. Therapeutic alliance and shared decision-making in psychiatry: A review. Psychiatr Serv. 2023;74(4):358–65.

[39] Pope C, Mays N. Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. BMJ. 2006;320(7227):114–6.

[40] Carmona-Huerta J, Castiello-de Obeso S, Ramírez-Palomino J, et al. Polypharmacy in a hospitalized psychiatric population: risk estimation and damage quanti cation. BMC Psychiatry. 2019;19:78. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2056-0.

[41] Langan J, Shajahan P. Psychiatric polypharmacy: Clinical implications and management. BJPsych Adv. 2022;28(1):50–60.

[42] Chanane N, Slimani M, Sbaï M. Technology-enhanced adherence in psychiatry: A systematic review of digital interventions. J Affect Disord. 2023;339:256–63.

[43] Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Depp C, Swords L, Rains M, et al. Behavioral interventions to improve medication adherence in serious mental illness. Psychiatr Clin North Am. 2023;46(1):1–17.

BIBLIOGRAFÍA

[44] Fond G, Llorca PM, Boucekine M et al. Impact of perceived side-effects of psychotropic treatments on quality of life in patients with severe mental illness. BMC Psychiatry. 2024;24(1):123.PMC.

[45] Al Hindi A, Al Balushi S, Al Ruzaiqi S, et al. Adverse Drug Reactions Among Hospitalized Psychiatric Patients: Prevalence, Severity, Preventability, and Opportunities for Intervention. Oman Med J. 2024;39(3):e631.

[46] Priebe S, Richardson M, Cooney M, Adedeji O, McCabe R. Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. Psychother Psychosom. 2023;92(1):14–22. 10.1159/000529871.

[47] Kim B, Lee SH, Kim Y, Park S. The effect of shared decision-making by mental health nurses on medication adherence in patients with alcohol use disorders: Provider–patient communication pathway model. Int J Ment Health Nurs. 2023;32(1):123–32. 10.1111/inm.13025.

[48] Desta FA, Assefa N, Oljira L, Abebe L, Tekle S. Patient-provider communication and medication adherence among patients with chronic diseases in Ethiopia: A systematic review. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1–10. 10.1186/s12913-022-08065-1.

[49] Fischer MA, Porter M, Alotaibi H. Physician-patient communication and treatment adherence: A meta-analytic review in mental health. J Psychiatr Res. 2024;170:102–12. 10.1016/j.jpsychires.2024.01.011.

[50] Langan D, McDonald K, Lichtenstein S. Medication side-effect tolerance among patients with chronic psychiatric conditions. BMC Psychiatry. 2024;24(1):104.