



## Revisión

# Experiencia con la medicación e intervenciones clínicas en pacientes valorados por farmacéuticos: revisión de alcance



Sofía Orozco-Solano<sup>a,\*</sup>, Martha Milena Silva-Castro<sup>b</sup> y Manuel Machuca<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Centro de Información de Medicamentos, Unidad de Optimización de la Farmacoterapia, Servicio de Farmacia, Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia, San José, Costa Rica

<sup>b</sup> Vocalía de Investigación, Sociedad Española de Optimización de la Farmacoterapia, Madrid, España

<sup>c</sup> Departamento de Ciencias Biológicas y de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Loyola, Dos Hermanas, Sevilla, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 18 de julio de 2022

Aceptado el 26 de abril de 2023

On-line el 10 June 2023

### Palabras claves:

Experiencia con la medicación  
Gestión integral de la farmacoterapia  
Atención farmacéutica  
Investigación cualitativa  
Revisión de alcance  
Farmacia social

## R E S U M E N

**Objetivo:** analizar la literatura científica sobre investigaciones cualitativas que estudian la experiencia con la medicación (MedExp) y las intervenciones farmacéuticas relacionadas que aportan cambios en la salud de los pacientes. A través del análisis de contenido de esta revisión de alcance se pretende: 1) comprender cómo analizan los farmacéuticos la MedExp de sus pacientes que reciben *Comprehensive Medication Management* (CMM) y 2) explicar cuáles categorías establecen y cómo explican las dimensiones individuales, psicológicas y culturales de MedExp.

**Métodos:** la revisión de alcance siguió las recomendaciones PRISMA *Extension for Scoping Reviews*. Se hizo una búsqueda en Medline (Pubmed), SCOPUS, *Web of Science* y Psycinfo para identificar investigaciones sobre MedExp de pacientes atendidos por farmacéuticos y que cumplieran con estándares de calidad, *Standards for Reporting Qualitative Research*. Se incluyeron artículos publicados en inglés y español.

**Resultados:** se identificaron 395 investigaciones cualitativas, se excluyeron 344. En total 19 investigaciones cumplieron con los criterios de inclusión. Concordancia entre los revisores, índice de kappa 0,923; IC 95% (0,836-1,010).

Las unidades de análisis de los discursos de los pacientes se relacionaron con una construcción de la MedExp en el transitar de las personas con sus medicamentos, la influencia que tiene en la experiencia de enfermar, la conexión con aspectos socioeconómicos y las creencias. A partir de la MedExp, los farmacéuticos plantearon propuestas culturales, redes de apoyo, a nivel de políticas sanitarias, y brindar educación e información acerca de la medicación y la enfermedad. Adicionalmente, se identificaron características de las intervenciones como modelo dialógico, relación terapéutica, toma de decisiones compartidas, abordaje integral y derivaciones a otros profesionales.

**Conclusiones:** la MedExp es un concepto extenso, que abarca la experiencia vivida de las personas que utilizan medicamentos partiendo de sus cualidades individuales, psicológicas y sociales. Esta MedExp es corporal, intencional, intersubjetiva y relacional, ampliándose a lo colectivo porque implica las creencias, la cultura, la ética y la realidad socioeconómica y política de cada persona situada en su contexto.

© 2023 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (S.E.F.H.). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Medication experience and clinical interventions in patients cared for by pharmacist: Scoping review of pharmaceutical care practice

### A B S T R A C T

### Keywords:

Medication experience  
Topic:  
Medication therapy management  
Pharmaceutical care practice  
Topic:  
Qualitative research

**Objective:** Analyze scientific literature on qualitative research that studies the medication experience -MedExp- and related pharmaceutical interventions that bring changes in patients' health. Through the content analysis of this scoping review, we intend to: 1) understand how pharmacists analyze the MedExp of their patients who receive *Comprehensive Medication Management* and 2) explain which categories they establish and how they explain the individual, psychological and cultural dimensions of MedExp.

**Methods:** The scoping review followed recommendations from PRISMA *Extension for Scoping Reviews*. Medline (Pubmed), SCOPUS, *Web of Science*, and Psycinfo were used to identify research on MedExp from patients

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [sorozcos6@gmail.com](mailto:sorozcos6@gmail.com) (S. Orozco-Solano).

Scoping review  
Social pharmacy

attended by pharmacists; and that they comply with quality standards, Standards for Reporting Qualitative Research. Articles published in English and Spanish were included.

**Results:** 395 qualitative investigations were identified, 344 were excluded. In total, 19 investigations met the inclusion criteria. Agreement between reviewers, kappa index 0.923 95% CI (0.836–1.010).

The units of analysis of the patients' speeches were related to how they were progressing in their medications and how it was built through MedExp, the influence it has on the experience of becoming ill, the connection with socioeconomic aspects, and beliefs. Based on MedExp, the pharmacists raised cultural proposals, support networks, health policies, and provide education and information about medication and disease. Additionally, characteristics of the interventions were identified, such as a dialogic model, therapeutic relationship, shared decision-making, comprehensive approach, and referrals to other professionals.

**Conclusions:** The MedExp is an extensive concept, which encompasses people's life experience who use medications based on their individual, psychological and social qualities. This MedExp is corporal, intentional, intersubjective and relational, expanding to the collective because it implies beliefs, culture, ethics and the socioeconomic and political reality of each person located in their context.

© 2023 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (S.E.F.H). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El concepto de experiencia con la medicación (MedExp) surge dentro de la práctica asistencial del *Comprehensive Medication Management* (CMM). Este término fue acuñado por primera vez por Cipolle et al.<sup>1–3</sup>, como la experiencia vivida del paciente con los medicamentos que da forma a sus actitudes, creencias y preferencias sobre su farmacoterapia, de tal manera que determinan su comportamiento cuando toma sus medicamentos. Para desarrollar este concepto, los mismos autores<sup>1</sup> recurren a conceptos de la antropología médica como *illness narratives*, descrito por Kleinman<sup>4</sup> que explica cómo se expresa y se entiende lo que significa enfermar, y consideran el vínculo que describe Brown et al.<sup>5</sup> del comportamiento con *illness experience*, es decir, con la experiencia de enfermar. Esto lo trasladan al cuidado farmacéutico preguntándose si las ideas acerca de la enfermedad, sentimientos, expectativas del clínico que les atiende y los efectos de enfermar en la funcionalidad del paciente pueden estar directamente relacionadas con la MedExp. Tal como explica Good<sup>6</sup>, «la experiencia, el sufrimiento, los trastornos y los peligros que pueden acechar a las personas» son objeto de estudio de la antropología médica, la cual a través de investigaciones cualitativas sobre «la experiencia humana y los cimientos existenciales de la cultura» aportan marcos teóricos provenientes de las ciencias sociales, «para estudiar comparativamente la enfermedad y las prácticas asistenciales», como lo es el CMM. Desde esta perspectiva humanista, Cipolle et al.<sup>1,2</sup> señalan que los pacientes tienen historias que contar a los profesionales y mucho que enseñarles. Las narrativas son una amplia fuente de información que debería ser parte central de la historia farmacoterapéutica y podría ser usada para formular planes de cuidado<sup>6,7</sup>.

En la investigación cualitativa, se considera que la experiencia es comunicada en el lenguaje de la cultura, que los síntomas de los pacientes se codifican en su lenguaje cultural y que «la misión interpretativa básica del clínico consiste en decodificar las expresiones simbólicas del paciente»<sup>6</sup>. Integrando estos 2 puntos de vista, comprender la MedExp permite incorporar en la práctica clínica del CMM los fenómenos corporales conectados con los fenómenos socioculturales que viven los pacientes cuando sus enfermedades son tratadas con medicamentos, dando las claves a los profesionales para soluciones individualizadas de problemas farmacoterapéuticos desde esta perspectiva integral. En la práctica clínica farmacéutica, Shoemaker et al.<sup>8</sup> y Ramalho-de-Oliveira et al.<sup>9</sup> reconocen la relación entre la MedExp y los problemas farmacoterapéuticos. También han analizado la MedExp a través de la perspectiva fenomenológica<sup>6,10,11</sup>, utilizando categorías existenciales como tiempo, espacio, relación con los demás y sexualidad, que están implícitas en el cuerpo vivido<sup>10,12</sup>. Silva-Castro<sup>13</sup> considera que, cuando interviene el farmacéutico, esta perspectiva es necesaria para poder conocer cómo los pacientes toman

decisiones al usar sus medicamentos, sus comportamientos reales, además de las expresiones corporales, sociales y políticas vinculadas con la «dimensión experiencial del sufrimiento humano». Refiere que en el CMM es necesario contextualizar cada MedExp para obtener resultados clínicos que mejoren la salud de las personas, considerando su cultura<sup>14</sup>.

Cuando los farmacéuticos participan del cuidado a través del CMM, la MedExp es el enlace al precisarse investigar cualitativamente las intervenciones farmacéuticas, porque incluye como dimensiones las creencias, la comprensión de la medicación, preferencias, preocupaciones y comportamientos<sup>15</sup>. Precisamente, la *Royal Pharmaceutical Society* propuso, como primer principio de *Medicines Optimisation*, comprender la experiencia de los pacientes, para ayudarlos a obtener el máximo beneficio de la medicación<sup>16</sup>. Siguiendo esta línea, Schommer et al.<sup>17</sup> resaltan la necesidad de conocer la MedExp del paciente, en su contexto, para orientar preferencias del tratamiento, al diferir de las percepciones que puede tener el médico sobre el diagnóstico, selección de medicación y ponderación de riesgos. Machuca<sup>18</sup> añade que la MedExp dependerá de la capacidad del individuo de procesar datos y de asimilar información, además de la interacción con el entorno sociocultural y político en el que vive. Respecto a la contextualización de la situación de cada persona para mejorar la experiencia, Viana et al.<sup>19</sup> indican que la MedExp es fundamental al tomar decisiones, valorando las preocupaciones o expectativas sobre la medicación, sin confundir la estimación con la emisión de juicios sobre la persona.

Tras exponer la relevancia de integrar perspectivas humanísticas en las prácticas asistenciales de los farmacéuticos mediante el análisis de la experiencia con la medicación, el propósito de esta revisión de alcance es comprender cómo analizan la MedExp de sus pacientes aquellos farmacéuticos que les están brindando CMM. En sus intervenciones farmacéuticas, cuáles categorías establecen y cómo explican las dimensiones individuales, psicológicas y culturales de MedExp. De esta manera, el objetivo de esta revisión es analizar la literatura científica sobre MedExp y las intervenciones relacionadas que generan un cambio en la salud de los pacientes atendidos por farmacéuticos.

## Metodología

### Diseño

Se realizó una revisión de alcance cumpliendo *PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*<sup>20</sup> para localizar, seleccionar, analizar y sintetizar aquellas investigaciones desarrolladas, mediante métodos cualitativos, que estudian la MedExp en los pacientes atendidos por equipos de salud que incluyen farmacéuticos.

## Crterios de seleccin

Se eligieron investigaciones cualitativas que cumplieran con *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)*<sup>21</sup>. Se incluyeron estudios que aplicaron tcnicas cualitativas y etnogrficas. Se excluyeron estudios que contemplaban nnicamente cuantificacin de adherencia, errores de medicacin o efectos secundarios; adem{s, estudios con idiomas diferentes al ingl{s y el espa{ol.

## Fuentes de informaci3n y b{squeda

Los artculos se localizaron en las bases de datos Medline (Pubmed), SCOPUS, *Web of Science* y Psycinfo. Se valoraron artculos publicados hasta el 30 de octubre 2021. Se utilizaron las mismas palabras claves para la b{squeda (tabla 1) salvo en Medline (Pubmed) donde el t{ermino MeSH *meaning of medication* no se incluy3 debido al ruido documental que generaba. No se utiliz3 individualmente el t{ermino MeSH *qualitative research*, ni el operador booleano AND, ya que la cantidad de artculos obtenida era elevada. Se utiliz3 asterisco (\*) para ampliar la b{squeda con alternativas de las palabras.

Adicionalmente, 3<sup>22–24</sup> estudios fueron localizados en fuentes de bibliografa gris, sin indexacin en las bases de datos utilizadas. Asimismo, la metas{ntesis<sup>25</sup> (indexada en las bases de datos) contaba con 3 artculos<sup>26–28</sup> no indexados en las bases de datos.

## Seleccin de estudios

Fue realizada por 2 farmac{uticos. Las discrepancias y las dudas metodol3gicas fueron resueltas por la autora, quien adem{s de ser farmac{utica, tambi{n es antrop3loga.

## Recopilaci3n de datos

Inicialmente se filtr3 por resumen para aplicar preliminarmente los criterios de inclusi3n/exclusi3n. Posteriormente, se leyeron los artculos completos. Se organiz3 la informaci3n en MS Excel<sup>®</sup> incluyendo: autores, pa{is, perfiles de participantes, tcnicas cualitativas utilizadas, enfermedades, par{metros de calidad seg{un SRQR (material suplementario disponible en: [https://www.sfthospital.com/documents/articles/farmhosp2023\\_orozcosilvamachuca\\_experienciamedicacion\\_tabla1\\_SRQR.pdf](https://www.sfthospital.com/documents/articles/farmhosp2023_orozcosilvamachuca_experienciamedicacion_tabla1_SRQR.pdf)), temas emergentes sobre la experiencia, las intervenciones propuestas y narrativas representativas.

**Tabla 1**  
Estrategia de b{squeda en bases de datos

Base de datos	Palabra clave y combinaci3n de t{erminos	Cantidad de artculos localizados
Pubmed	medication experience	99
	medication* experience*	179
SCOPUS	medication experience	156
	medication* experience*	233
Web of Science	meaning of medication	37
	medication experience	125
	medication* experience*	270
	meaning of medication	20
Psycinfo	medication experience	111
	medication* experience*	52
	meaning of medication	33
Total de artculos (sin duplicados)		395

\* Se ampli3 la b{squeda con alternativas de las palabras.

## Extracci3n y s{ntesis de la informaci3n

Se extrajo informaci3n acerca de la MedExp y las intervenciones que podr{an generar un cambio en la salud. Se identificaron las narrativas de los pacientes sobre sus creencias y MedExp.

## Resultados

### Estudios seleccionados y extracci3n de datos

Los estudios fueron agrupados seg{un ilustra la figura 1.

Para la concordancia entre los revisores en la seleccin de estudios, se calcul3 el ndice kappa obteniendo 0,923 con IC 95% (0,836–1,010). Esto indica muy buena concordancia entre los revisores (material suplementario disponible en: [https://www.sfthospital.com/documents/articles/farmhosp2023\\_orozcosilvamachuca\\_experienciamedicacion\\_tabla2\\_kappa.pdf](https://www.sfthospital.com/documents/articles/farmhosp2023_orozcosilvamachuca_experienciamedicacion_tabla2_kappa.pdf)).

### Evaluaci3n de calidad de los estudios seleccionados

Los 19 estudios incluidos cumplieron con la mayor{a de las recomendaciones de calidad de estudios cualitativos seg{un SRQR<sup>21</sup>. En algunos estudios es pobre la descripci3n del contexto donde se interactu3 con los pacientes, dificultando la comprensi3n de los perfiles de los participantes. Respecto a las tcnicas cualitativas utilizadas, varios estudios son realizados en el {mbito hospitalario, donde predominan entrevistas semiestructuradas que pueden no tener la profundidad o contextualizaci3n que s{ tienen las entrevistas en profundidad y la observaci3n participante de los m{todos etnogrficos empleados por investigadores que acuden a las comunidades donde suceden las pr{cticas cotidianas de uso de los medicamentos. En cuanto a la fiabilidad y a la validez de los estudios seleccionados, la reflexividad podr{a presentarse de manera m{s amplia en los estudios, 7<sup>23,29,30–34</sup> investigaciones fueron completas en este rubro. Algunos estudios incluyeron el apartado de limitaciones<sup>25,29,31–33,35–42</sup> y 2<sup>35,36</sup> estudios no mencionan de manera expl{cita la t{cnica utilizada para validar sus hallazgos. Una cr{tica constructiva para la mayor{a de los trabajos seleccionados es que no se considera la perspectiva de g{nero<sup>43,44</sup> para analizar las narrativas, incluso hay varios estudios<sup>22,33–36,42</sup> que no declaran por qu{ no identifican el g{nero de sus informantes. Tambi{n se observan carencias al tratar temas interseccionales<sup>45</sup> como raza, etnicidad, migraci3n, pobreza, clase social, inequidades en salud que solo han considerado pocos estudios<sup>29,31,46</sup>.

### An{lisis de contenido

La categor{a tem{tica «transitar de los pacientes con sus medicamentos» fue establecida en los estudios sobre enfermedades cr3nicas<sup>25,29</sup>, enfermedad mental<sup>39,41</sup>, artritis reumatoide<sup>22,34</sup>, c{ncer<sup>42</sup> y dolor<sup>23</sup>; en Estados Unidos<sup>25,29</sup>, Espa{a<sup>23,34,42</sup>, Australia<sup>41</sup> y Brasil<sup>22</sup>. Mientras que la «vivencia de los efectos secundarios» fue la principal tem{tica de los estudios sobre enfermedades cr3nicas<sup>25,29,35,36</sup>, dolor<sup>23</sup>, enfermedades mentales<sup>37,39,40,41</sup>, hepatitis C<sup>30</sup>, virus de inmunodeficiencia humana (VIH)<sup>31</sup>, enfermedad renal cr3nica (ERC)<sup>32</sup>, fibrosis qu{stica<sup>33</sup>, artritis reumatoide<sup>34</sup> y c{ncer<sup>42</sup>, desarrollados en Estados Unidos<sup>25,29,31,33,39,40</sup>, Tailandia<sup>36</sup>, Espa{a<sup>23,34,42</sup>, Canad{<sup>37</sup>, Australia<sup>41</sup>, Brasil<sup>30</sup> y Costa Rica<sup>32</sup>. El apoyo familiar fue relevante en los discursos de los pacientes con dolor<sup>23</sup>, enfermedad mental<sup>37,41</sup>, artritis reumatoide<sup>34</sup>, c{ncer<sup>42</sup> y diabetes mellitus<sup>35</sup>, en Espa{a<sup>23,34,42</sup>, Canad{<sup>37</sup>, Australia<sup>41</sup> y Malasia<sup>35</sup>. La importancia de la relaci3n con los profesionales de la salud fue tem{tica en los estudios sobre enfermedades cr3nicas<sup>29,35,46</sup>, mentales<sup>37,41</sup>, dolor<sup>23</sup>, artritis reumatoide<sup>22,34</sup>, fibrosis qu{stica<sup>33</sup> y c{ncer<sup>42</sup>, en Malasia<sup>35</sup>, Estados Unidos<sup>29,33</sup>, Canad{<sup>37</sup>, Australia<sup>41</sup>, Tailandia<sup>46</sup>, Espa{a<sup>23,34,42</sup> y Brasil<sup>22,34</sup>. El uso de terapias alternativas fue planteado por pacientes con dolor<sup>23</sup>, enfermedades cr3nicas<sup>29</sup> y mentales<sup>37,39</sup> en

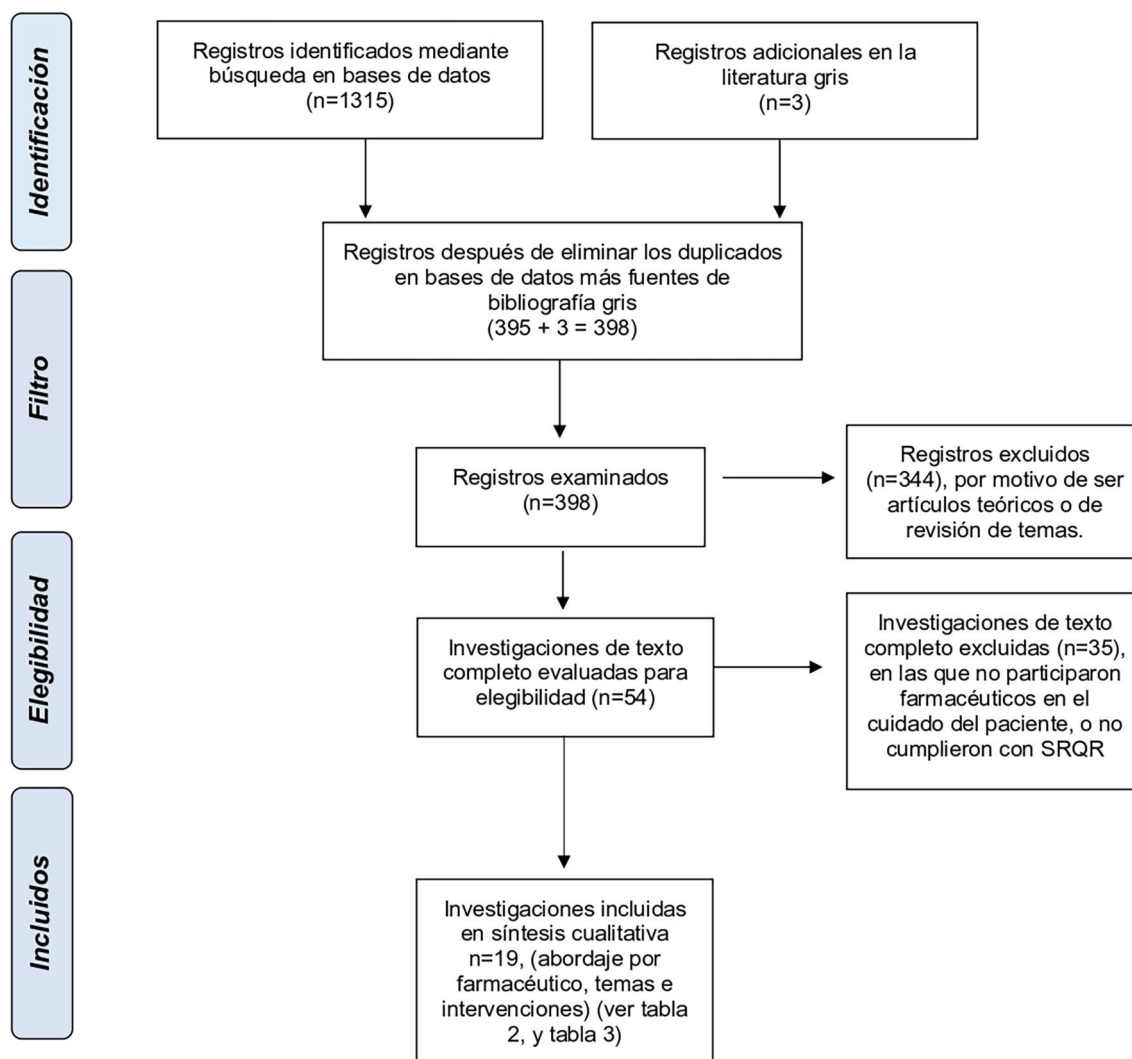


Figura 1. Flujo de identificación y selección de artículos, según Prisma Extension for Scoping Reviews<sup>20</sup>.

Estados Unidos<sup>29,39</sup>, España<sup>23</sup> y Canadá<sup>37</sup>. Los factores socioeconómicos fueron mencionados por pacientes con diabetes mellitus<sup>35</sup>, fibrosis quística<sup>33</sup>, enfermedad mental<sup>41</sup>, VIH<sup>31</sup> y artritis reumatoide<sup>34</sup>, que viven en Malasia<sup>35</sup>, Estados Unidos<sup>31,33</sup>, Australia<sup>41</sup> y España<sup>34</sup>.

¿Cómo se construye la MedExp desde el Comprehensive Medication Management, una práctica centrada en el paciente?

Los farmacéuticos generaron categorías de MedExp desde la vivencia individual de las personas que atendieron a través del CMM. En el estudio más antiguo de los incluidos<sup>25</sup>, establecieron 4 categorías: encuentro significativo, efectos corporales, naturaleza incesante y ejercicio del control con la medicación. Investigaciones posteriores<sup>22,23,29,34,39,41,42</sup> categorizan considerando un proceso dinámico y cronológico, al transitar de las personas con su medicación, que inicia experimentando sus beneficios, pero también malestares producidos como efectos secundarios<sup>23,25,29,30–37,39–42</sup>. Los pacientes transitan entre el bienestar y el miedo que se normaliza al cabo del tiempo con la aceptación de la medicación y su enfermedad.

Continuando con aspectos vivenciales, los farmacéuticos comprendieron que los pacientes describían motivos de inicio y uso continuo de medicamentos, no solamente ligados a aspectos biomédicos de las enfermedades, sino a causas empírico-racionales, creencias mágico-religiosas<sup>29</sup>, dificultades en sus ocupaciones<sup>24</sup>, problemas en las relaciones de pareja<sup>24</sup>, y por el deseo de «ser normal»<sup>24</sup>. Nascimiento et al.<sup>30</sup> utilizan el marco

fenomenológico<sup>11,47</sup> categorizando la MedExp en: a) resolución, porque el medicamento simboliza bienestar, solución de su enfermedad; b) adversidad, al padecer efectos secundarios, pero también como representación de la enfermedad; c) ambigüedad, al no querer usarlos, pero reconociendo necesitarlos; y d) irrelevancia, las personas viven la enfermedad asintomáticamente sin quejas sobre sus medicamentos.

Otros estudios abordan temáticas más culturalistas y socioeconómicas, mencionan el impacto en las relaciones familiares<sup>23,34,35,37,41,42</sup> al tomar medicamentos, dando un enfoque relacional a la experiencia<sup>23</sup>. Indican brechas en el apoyo<sup>37</sup>, cómo esta experiencia afecta sus relaciones con otras personas, su sexualidad<sup>22</sup>, relaciones amorosas, la libertad de decidir sobre sus medicamentos y lo que supone la autogestión de la enfermedad en su colectivo<sup>34</sup>. Señalan la relación paciente/farmacéutico o profesional de salud<sup>22,23,29,33,34,35,37,41,42,46</sup> como categoría que influye en la MedExp, y, por consiguiente, en el comportamiento del paciente con la medicación. Cuando establecen la relación terapéutica, los farmacéuticos reconocen los deseos de los pacientes por otras terapias alternativas/complementarias<sup>23,29,37,39</sup> y las negociaciones al usar tratamientos de otros modelos de atención como la medicina tradicional de su país de origen<sup>29</sup>, terapias holísticas<sup>37</sup>, plantas medicinales<sup>23</sup>, que incluso se consideran más saludables que los tratamientos farmacológicos o con efectos secundarios menos nocivos.



Respecto a la afectación de la MedExp por aspectos vinculados al sistema sanitario, diversos discursos de pacientes manifestaban falta de confianza con la atención recibida<sup>29</sup>. Mientras, que en un estudio<sup>46</sup> los adultos mayores contaban con acceso a la medicación mediante 2 sistemas de seguros, otra investigación<sup>34</sup> describe la MedExp como el peregrinaje de los pacientes por diferentes servicios del sistema antes de encontrar un tratamiento adecuado.

*MedExp en la transformación de la experiencia de enfermar.* Según esta revisión, cuando se reconoce la MedExp puede cambiar la experiencia de la enfermedad, al darse cuenta cómo se comprende la medicación y traerse a conciencia cómo se vive cada tratamiento<sup>22,23,29,34,38–40</sup>, incluso elaborar verbalmente para explicar la MedExp al profesional puede ser una herramienta que alivia el dolor y el sufrimiento<sup>23</sup>. Reconocer la MedExp, tanto lo positivo como negativo, respalda la autogestión que realizan las personas producto de estas experiencias<sup>22</sup>, permitiéndoles al farmacéutico y al paciente reevaluar la rutina diaria en los regímenes de medicación<sup>22</sup>. Nelson et al.<sup>40</sup> proponen disminuir la autoestigmatización y autoculpabilización en la depresión para lograr influir positivamente en el funcionamiento social de la persona. En contraparte, si no hay conciencia o experiencia de enfermedad, el paciente puede dudar sobre la necesidad de su medicación, según los discursos de entrevistados por Morais et al.<sup>22</sup> y Moustapha<sup>29</sup>.

*Relación entre las condiciones socioeconómicas y la MedExp.* Khalid et al.<sup>35</sup> incluyeron el coste de la medicación como categoría de MedExp porque consideran que afectan las decisiones que toman los pacientes según el contexto sociosanitario. Abraham et al.<sup>33</sup> indican como barrera para los pacientes asistir a diferentes farmacias para acceder a los medicamentos. McMillan et al.<sup>41</sup>, Cernasev et al.<sup>31</sup> y Touriño-Baliña et al.<sup>34</sup> se refieren al coste de los medicamentos y/o reconocer las condiciones económicas de los pacientes, si cuentan con apoyo financiero o gratuito para su obtención, como factores que afectan la experiencia.

*Incorporación de las creencias de los pacientes en la MedExp.* Seis estudios<sup>23,25,29–31,35</sup> explican como la religión condiciona la MedExp. Exponen narrativas de participantes que toman sus medicamentos con fe<sup>23</sup> o como elixir mágico<sup>25</sup>, donde la religión es un apoyo para sobrellevar la enfermedad y los medicamentos<sup>31</sup>. Usar medicamentos simboliza salud, pero también incomodidad si se presentan efectos secundarios. No obstante, en 2 estudios<sup>29,35</sup> fue fundamental para los farmacéuticos comprender las creencias y conocer la religión de sus pacientes, comprobando como supeditan la MedExp. Es interesante como Moustapha<sup>29</sup> expone la perspectiva de los migrantes de Oromo, residentes en Estados Unidos, explicando cómo, a partir de sus creencias, el significado y las prácticas de la medicina de Etiopía se contraponen con las prácticas biomédicas del país donde migran. Khalid et al.<sup>35</sup> ejemplifican la importancia de la religión al usar determinados medicamentos durante periodos con significado religioso para los pacientes. Los autores mencionan una narrativa significativa porque debido al ayuno durante el Ramadán, un paciente acepta ante el profesional que reduce la dosis de la insulina. Esto haría predecible que otras personas tomen decisiones semejantes en este periodo religioso, basándose en sus creencias sin seguir órdenes médicas. Talens et al.<sup>42</sup> categorizan creencias, sin vincularlas con el mundo simbólico o religioso, sino con la efectividad farmacológica.

#### *Intervenciones farmacéuticas propuestas al analizar la MedExp*

Partiendo de analizar la MedExp los farmacéuticos han propuesto intervenciones cuando han brindado CMM (tabla 2). Incorporando las narrativas (tabla 3) han logrado dilucidar necesidades farmacoterapéuticas<sup>25,38,39</sup>, problemas farmacoterapéuticos, crear planes de cuidados<sup>33,38,39,42</sup> y desarrollar programas educativos contextualizados<sup>29</sup>, adaptándose a la situación económica<sup>31</sup> de los pacientes. Todo esto para garantizar que los medicamentos estuvieran

correctamente indicados, fueran efectivos, seguros y que el paciente lograra adherirse a sus tratamientos<sup>35</sup>. Incluso otros estudios consideraron la autogestión de su salud<sup>34</sup> y la interacción con su colectivo<sup>22,23,29,31,33,34,40,42,46</sup>. También pacientes atendidos en el ámbito hospitalario<sup>36,32</sup> recibieron CMM a partir de la MedExp, permitiendo a los farmacéuticos plantear intervenciones no solo biomédicas, sino considerando aspectos emocionales y sociales que mejoraron resultados en su salud.

*Brindar educación e información acerca de medicación y enfermedad.* Nueve estudios<sup>29,32–36,38,41,42</sup> indicaron como intervenciones la educación e información contextualizada, sobre la medicación y la enfermedad<sup>29</sup>. Incorporando la MedExp en sus planes de cuidado, los farmacéuticos proponen educar e informar sobre el uso correcto<sup>38</sup>, uso terapéutico y el coste<sup>34,41</sup> de los medicamentos. Explicaron los posibles efectos adversos<sup>42</sup> para evitar el miedo y la pérdida de confianza hacia los fármacos<sup>36</sup>, y por consiguiente mejorar la adherencia<sup>42</sup>. Específicamente estos estudios se enfatizan en comprender las complicaciones<sup>32,35,38</sup> en la enfermedad mental<sup>38</sup>, la diabetes mellitus<sup>35</sup>, ERC<sup>32</sup> y la fibrosis quística<sup>33</sup>, sumando estilos de vida saludables, tras comprobar si comprendieron la información suministrada y reevaluar la adherencia<sup>35</sup>. Resaltaron la importancia de adaptar la información a la edad<sup>41</sup>. Desde lo colectivo, propusieron participar en la educación comunitaria intercultural con diversas asociaciones<sup>33,34</sup>.

*Intervenciones farmacoterapéuticas culturales, redes de apoyo, políticas sanitarias.* Nueve artículos<sup>22,23,29,31,33,34,40,42,46</sup> apuntan a buscar redes de apoyo familiares, comunidad, asociaciones de pacientes, disminuyendo barreras culturales, para alcanzar tratamientos exitosos. Considerando miradas colectivas y contextualizadas<sup>23</sup>, los farmacéuticos sugieren incorporar intervenciones farmacoterapéuticas con comunicación intercultural<sup>29</sup>, apoyadas en redes de amistades<sup>42</sup>, de apoyo familiar<sup>33,42</sup>, religiosas<sup>31</sup> y comunitarias<sup>34</sup>. En los estudios que emplearon foto-voz<sup>38,39,40</sup>, la interacción entre pares creó espacios para compartir experiencias y proporcionar bienestar<sup>22</sup>, inclusive, favoreciendo eliminar estigmas<sup>31,40</sup>. Atendiendo políticas sanitarias, Moustapha<sup>29</sup> propuso asignar recursos económicos por parte de las agencias de salud pública para disminuir barreras lingüísticas en intervenciones contextualizadas. Sottiyotin et al.<sup>46</sup> propusieron establecer políticas sanitarias que mejoren la calidad de vida y uso de medicamentos atendiendo al contexto donde se desenvuelve el adulto mayor y las prácticas realizadas.

#### *Características de las intervenciones propuestas*

El modelo dialógico, relación terapéutica simétrica y toma de decisiones compartidas fueron nombradas cualidades de las intervenciones en los pacientes con dolor<sup>23</sup>, ERC<sup>32</sup>, enfermedades mentales<sup>37,41</sup>, artritis reumatoide<sup>22,34</sup>, diabetes mellitus<sup>35</sup> y fibrosis quística<sup>33</sup>, en estudios localizados en España<sup>23,34</sup>, Costa Rica<sup>32</sup>, Estados Unidos<sup>33</sup>, Malasia<sup>35</sup>, Brasil<sup>22</sup>, Australia<sup>41</sup> y Canadá<sup>37</sup>. Las recomendaciones de la importancia de un abordaje integral y derivaciones a otros profesionales se presentaron en los pacientes con enfermedades crónicas<sup>36</sup>, dolor<sup>23</sup>, fibrosis quística<sup>33</sup>, enfermedad mental<sup>24</sup> y artritis reumatoide<sup>34</sup>, en España<sup>23,34</sup>, Estados Unidos<sup>33</sup>, Brasil<sup>24</sup> y Tailandia<sup>36</sup>.

*Modelo dialógico, relación terapéutica simétrica y toma de decisiones compartidas.* Ocho estudios<sup>22,23,32–35,37,41</sup> sugieren incorporar al menos una de estas características en las intervenciones. Incentivar el modelo dialógico<sup>23,32</sup> y establecer relaciones simétricas en términos de empatía, afectividad, solidaridad y respeto por los pacientes, le permite al farmacéutico satisfacer las necesidades farmacoterapéuticas y dejar de lado la transacción comercial del medicamento<sup>23</sup>. Cuando mejora la relación farmacéutico-paciente<sup>22,23,32–35</sup>, la persona se hace más accesible, generándose un ambiente de confianza<sup>32</sup>, donde pacientes y cuidadores toman conciencia sobre sus decisiones al usar

**Tabla 2**

Síntesis de los estudios revisados sobre experiencia con la medicación e intervenciones donde participan farmacéuticos

Autor/es y año	Técnicas cualitativas	Enfermedades	Categorías establecidas o temáticas emergentes para la experiencia con la medicación	Intervenciones propuestas por farmacéuticos para mejorar resultados de salud a partir de reconocer la experiencia con la medicación
Shoemaker & Ramalho de Oliveira <sup>25</sup> (2008) Khalid et al. <sup>35</sup> (2011)	Metasíntesis de estudios cualitativos Entrevista semiestructurada	DM, EM y otras enfermedades crónicas DM	a. Encuentro significativo con el medicamento b. Efectos corporales positivos o negativos c. Naturaleza incesante d. Ejercer el control a. Conocimiento sobre la DM y medicación b. Experiencia sobre los efectos adversos c. Asuntos relacionados con la adherencia d. Impacto de la relación con el médico o familia en mejorar la salud	● Reconocer la MedExp para lograr influir de manera correcta en la conducta de los pacientes hacia los medicamentos y sus necesidades ● Educar sobre la enfermedad, medicación y estilos de vida saludables ● Comprobar la comprensión respecto a la información suministrada ● Evaluar la adherencia para mejorar la eficacia del programa educativo ● Mejorar la relación proveedor de atención médica y paciente
Moustapha <sup>29</sup> (2013)	Entrevista a profundidad	HTA, DM, CA, depresión, ECV, ERC, EP, AZ, ME y otras enfermedades crónicas	a. Causas de enfermedad: empírico-rationales y mágico-religiosas b. Creencias sobre el uso de medicamentos de pacientes de Oromo c. Puntos de vista hacia la medicina occidental por parte de los pacientes de Oromo d. Relación de amor y odio con los medicamentos recetados e. Falta de confianza en el sistema de salud de EE. UU. f. Falta de comunicación con los farmacéuticos	<i>Recomendaciones generales</i> ● Brindar acceso al servicio de traducción de idiomas en las farmacias (incluida la atención farmacéutica), según legislación y planes de seguro y las agencias reguladoras hacerlo cumplir ● Fomentar la comunicación intercultural entre asociaciones comunitarias o religiosas y médicos, para mejorar la educación en salud y medicamentos <i>Recomendaciones específicas</i> ● Participar en la comunidad ● Hacer cumplir las leyes existentes: las farmacias deben brindar acceso a servicios lingüísticos ● Brindar gestión de la terapia con medicamentos (CMM) ● Desarrollar una práctica centrada en el paciente ● Evaluar aspectos clínicos, económicos y humanísticos ● Ayudar a los pacientes con recomendaciones no farmacológicas ● Aumentar la comprensión de la medicación ● Utilizar la elaboración narrativa de la MedExp para aliviar el dolor y disminuir el sufrimiento. La intervención farmacoterapéutica puede transformar el orden social ● Incorporar intervenciones farmacoterapéuticas culturales ● Plantear modelos de atención que incluyan las prácticas cotidianas de los pacientes ● Apoyar a los pacientes con dolor crónico mediante una relación afectiva
Sakhong et al. <sup>36</sup> (2014)	Entrevista semiestructurada	HTA, hiperlipidemia y DM	a. Actitudes b. Comprensión c. Expectativas y/o creencias d. Preocupaciones e. Comodidad y comportamiento	● Desarrollar una práctica centrada en el paciente, evitando un modelo paternalista ● Realizar una toma de decisiones compartidas ● Satisfacer la capacidad y nivel de compromiso del paciente con su proceso ● Aplicar la entrevista motivacional ● Comprender la experiencia con los medicamentos ● Mejorar la relación del profesional de la salud y paciente ● Vincular el significado de la medicación con su enfermedad ● Educar entre la conexión mente y cuerpo en los trastornos mentales
Silva-Castro <sup>23</sup> (2015)	Entrevista a profundidad, grupo focal	Dolor	a. Expresión del dolor tratado con medicamentos (experiencia antes y después del diagnóstico) b. El dolor entendido como enfermedad crónica (el cuerpo, lugar de experiencia, fuerza emocional, creencias, tiempo y edad, identidad, diagnóstico, experiencias amenazantes y ruptura biográfica, enfoque relacional, el dolor social y contexto)	● Realizar una conexión entre la experiencia del paciente sobre la enfermedad y MedExp, favorece su aceptación, fomenta una prescripción de medicamentos y seguimiento farmacoterapéutico adecuados, así como una mejor adherencia del paciente
Murphy et al. <sup>37</sup> (2015)	Entrevista semiestructurada	EM	a. Ambivalencia entre efectividad y seguridad b. Deseos de otras terapias alternativas c. Brechas en el apoyo	● Vincular el significado de la medicación con su enfermedad ● Educar entre la conexión mente y cuerpo en los trastornos mentales
Werremeyer et al. <sup>38</sup> (2016)	Foto-voz: reflexión individual, grupo focal	EM	a. Autoeficacia a pesar del trastorno mental b. Interconexiones de salud física y mental c. Educación	● Realizar una conexión entre la experiencia del paciente sobre la enfermedad y MedExp, favorece su aceptación, fomenta una prescripción de medicamentos y seguimiento farmacoterapéutico adecuados, así como una mejor adherencia del paciente
Werremeyer et al. <sup>39</sup> (2017)	Foto-voz: reflexión individual, grupo focal	EM	a. Aceptación de la medicación b. Experiencia de la enfermedad mental c. Beneficio de la medicación d. Efectos secundarios de los medicamentos e. Rutina y adherencia f. Carga, responsabilidad g. Terapias de no medicación como medicina	● Desarrollar y mejorar las medidas cuantitativas de resistencia al autoestigma en personas con trastornos de depresión ● Participar en estudios de foto-voz se ha relacionado con una disminución del estigma ● Explorar los impactos sobre el estigma a la medicación y utilizar métodos efectivos para reducirlos ● Analizar la MedExp dentro de la práctica centrada en el paciente, para dilucidar las decisiones de los pacientes
Nelson et al. <sup>40</sup> (2018)	Foto-voz: reflexión individual, grupo focal	Depresión	a. Autoestigma b. Resistencia al autoestigma c. Estigma relacionado con la medicación	● Desarrollar y mejorar las medidas cuantitativas de resistencia al autoestigma en personas con trastornos de depresión ● Participar en estudios de foto-voz se ha relacionado con una disminución del estigma ● Explorar los impactos sobre el estigma a la medicación y utilizar métodos efectivos para reducirlos ● Analizar la MedExp dentro de la práctica centrada en el paciente, para dilucidar las decisiones de los pacientes
Nascimento et al. <sup>30</sup> (2020)	Entrevista a profundidad	Hepatitis C	1. Resolución 2. Adversidad 3. Ambigüedad	● Desarrollar y mejorar las medidas cuantitativas de resistencia al autoestigma en personas con trastornos de depresión ● Participar en estudios de foto-voz se ha relacionado con una disminución del estigma ● Explorar los impactos sobre el estigma a la medicación y utilizar métodos efectivos para reducirlos ● Analizar la MedExp dentro de la práctica centrada en el paciente, para dilucidar las decisiones de los pacientes

(Continúa)

Tabla 2 (Continuación)

Autor/es y año	Técnicas cualitativas	Enfermedades	Categorías establecidas o temáticas emergentes para la experiencia con la medicación	Intervenciones propuestas por farmacéuticos para mejorar resultados de salud a partir de reconocer la experiencia con la medicación
McMillan et al. <sup>41</sup> (2020)	Entrevista semiestructurada	EM	4. Irrelevancia a. Efectos de la medicación b. Encontrando la medicación correcta c. El precio de estar bien d. Uso rutinario de medicamentos e. Necesidad de información f. Falta de apoyo por parte de la familia y profesional de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoyar financieramente obtención de medicamentos para los trastornos mentales</li> <li>● Considerar el coste de los medicamentos por parte de los profesionales de salud al prescribir o suministrar</li> <li>● Fomentar en los pacientes una participación activa en su propio cuidado de la salud y en la toma de decisiones terapéuticas</li> </ul>
Cernasev et al. <sup>31</sup> (2020)	Entrevista semiestructurada	VIH	a. Para existir tengo que tomar la medicina b. Barreras y facilitadores al tomar medicamentos c. El poder de la espiritualidad y las oraciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Consultar a los pacientes sobre su estado financiero y seguro médico como factor que afecta la adherencia</li> <li>● Participar en actividades de la iglesia que lucha contra el estigma del VIH</li> <li>● Desarrollar el modelo dialógico en la atención al paciente</li> <li>● Ofrecer acompañamiento y disponibilidad del farmacéutico</li> <li>● Implantar el CMM modelo asistencial centrado en el paciente</li> <li>● Involucrar a los pacientes en la toma de decisiones compartidas</li> <li>● Educar sobre la enfermedad y sobre los riesgos de no tomar la medicación</li> </ul>
Orozco-Solano & Silva-Castro <sup>32</sup> (2020)	Entrevista a profundidad	ERC y TR	a. Cantidad de medicamentos que consume b. Comprensión de la medicación c. Temor a las reacciones adversas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Elaborar políticas sanitarias y de uso de medicamentos, basadas en la comprensión del comportamiento al usar medicamentos en los adultos mayores, las condiciones de vida y el contexto</li> <li>● Definir la posología adecuada según la rutina diaria del paciente</li> <li>● Iniciar con los medicamentos modificadores de la enfermedad lo más pronto posible</li> <li>● Involucrar al paciente en la toma de decisiones compartidas y empoderamiento</li> <li>● Validar las experiencias positivas y negativas con la medicación, con empatía por parte del equipo de salud para generar relación de confianza</li> <li>● Generar espacios que permitan intercambios de bienestar en sus procesos de salud</li> <li>● Reconocer que los pacientes realizan una autogestión de los medicamentos con base en su experiencia</li> </ul>
Sottiyotina et al. <sup>46</sup> (2020)	Entrevista a profundidad	HTA, DM y otras enfermedades crónicas	a. El «deber» de ser buenos pacientes b. El tener derechos como ciudadanos c. Mantenimiento de las relaciones con el médico, servicios de salud, comunidades y familias	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fortalecer la derivación y acceso a otras terapias no farmacológicas</li> <li>● Abordar los problemas presentados por los pacientes (obstáculos que están directamente vinculados con su realidad)</li> <li>● Optimizar el acceso a los medicamentos</li> <li>● Apoyar e identificar herramientas y estrategias para la adherencia a la medicación</li> <li>● Identificar métodos educativos para una mejor comprensión de los medicamentos</li> <li>● Integrar al farmacéutico como parte del equipo multidisciplinar</li> <li>● Brindar educación para concienciar a la comunidad</li> <li>● Mejorar el diálogo entre farmacéutico y paciente</li> <li>● Garantizar la derivación oportuna al profesional médico, para evitar retrasos de diagnósticos</li> <li>● Realizar seguimiento farmacoterapéutico</li> <li>● Ofrecer información de la farmacoterapia, costes a los pacientes y red de cuidados, autogestión y fortalecer el vínculo con el farmacéutico</li> <li>● Colaborar con las asociaciones de pacientes y fortalecer la red social de cuidados</li> <li>● Analizar la MedExp de los pacientes y la experiencia de vida real</li> <li>● Incorporar al farmacéutico en el abordaje de pacientes</li> <li>● Brindar información y educación sobre el manejo de los efectos secundarios</li> </ul>
Morais et al. <sup>22</sup> (2021)	Entrevista a profundidad	AR	a. La experiencia del tiempo b. La experiencia del espacio c. Relaciones con el personal médico y con otros pacientes d. Experiencia de sexualidad	
Fonseca et al. <sup>24</sup> (2021)	Entrevista a profundidad	EM	a. Trabajo b. Familia, relación amorosa (noviazgo/matrimonio) c. Educación d. Deseo de llegar a ser «normal»	
Abraham et al. <sup>33</sup> (2021)	Entrevista semiestructurada	FQ	a. Experiencia con el uso de medicamentos b. Herramientas y tecnología c. Persona d. Entorno	
Touriño-Baliña et al. <sup>34</sup> (2021)	Entrevista semiestructurada	AR	a. Inicio de síntomas: el peregrinaje b. El diagnóstico: entre alivio y sentencia c. Actitud, relación, motivación d. Valoración, prácticas, expectativas y temores e. Autogestión colectiva	
Talens et al. <sup>42</sup> (2021)	Grupo focal	CA	a. Experiencia con el tratamiento b. Polimedición c. Creencias sobre la medicación d. Necesidad de tratamiento y expectativas sobre la efectividad e. Información y fuentes relacionadas con el tratamiento f. Errores de medicación y olvido g. Efectos adversos y consecuencias del tratamiento h. Sociales, familiares y apoyo profesional	

AR: artritis reumatoide; AZ: Alzheimer; CA: cáncer; DM: diabetes mellitus; ECV: enfermedad cardiovascular; EM: enfermedad mental; EP: enfermedad pulmonar; ERC: enfermedad renal crónica; FQ: fibrosis quística; HTA: hipertensión arterial; ME: malestar estomacal; TR: trasplante renal; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

**Tabla 3**  
Narrativas de los pacientes consideradas para efectuar las intervenciones farmacéuticas

Estudio	Autor/es	Narrativas de los pacientes citadas en los estudios revisados
Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience	Shoemaker & Ramalho de Oliveira <sup>25</sup> (2008)	«Perdí el control de mi salud. Ojalá pudiera manejarlo yo misma» (M, Mineápolis, EE. UU.) «Al principio estaba muy agradecida de que existiera la insulina; salvó mi vida. Estoy agradecida de estar viva. Eso da miedo, depender de este elixir mágico para estar viva» (M, Mineápolis, US) «Es esta cosa constante que desearías poder descansar, pero no puedes» (M, Mineápolis, EE. UU.)
Perception and knowledge of patients with type 2 diabetes in Malaysia about their disease and medication: a qualitative study	Khalid et al. <sup>35</sup> (2011)	«Creo que una vez que tienes diabetes, tienes diabetes; tienes que tomar medicamentos y no puedes parar» (SD, Penang, MY) «Cuando estoy ayunando, a veces estoy ayunando; reduzco mi medicamento y elimino una dosis, sí una dosis» (paciente redujo su ingesta de medicamentos durante el Ramadán [mes de ayuno]) (SD, Penang, MY) «En mi medicación dependo solo de mí mismo, pero mi familia siempre me anima a cuidarme de mí mismo» (SD, Penang, MY)
Understanding the meaning of the Proficient (LEP) Oromo patients in Minnesota	Moustapha <sup>29</sup> (2013)	«Hago lo que puedo y el resto se lo dejo a Dios y a mi familia para que lo tomen» (M, Minnesota, EE. UU.) «Cuando estaba en Etiopía, acudía al sistema de salud moderno solo para enfermedades, de lo contrario, fui a los curanderos tradicionales. ...eran herbolarios o usaban textos religiosos para diagnosticar y tratar mis enfermedades o las enfermedades de mis hijos... Ninguna cantidad de medicina puede salvarme o nadie muere hasta que llegue nuestro momento» (M, Minnesota, EE. UU.) «Me diagnosticaron un tumor cerebral y después de pasar mucho tiempo con las pruebas y el tratamiento aquí en Minnesota, finalmente me dijeron que tenía 6 meses de vida. Decidí volver a Etiopía y recibí medicina herbolaria tradicional. He estado libre de cualquier cáncer y los médicos se sorprendieron al verme de nuevo» (M, Minnesota, EE. UU.)
Understanding the medication experiences of Thai patients attending a medication therapy management clinic	Sakthong et al. <sup>36</sup> (2014)	«Es una regla: si estás enfermo, debes tomar medicamentos» (SD, Bangkok, TH) «Me siento rendido y confío en los medicamentos de por vida» (SD, Bangkok, TH) «Muy difícil tomar medicamentos antes de la comida» (SD, Bangkok, TH) «El tratamiento farmacológico debe ir de la mano con el control de la dieta y el ejercicio» (SD, Bangkok, TH)
El dolor tratado con medicamentos. La experiencia farmacoterapéutica de los pacientes usuarios de analgésicos	Silva-Castro <sup>23</sup> (2015)	«Cuando por fin me dijeron que tenía fibromialgia dejé de pensar que estaba loca. Yo pasando esos dolores sin ninguna explicación, tomando pastillas para nada» (M, Barcelona, ES) «Gracias a eso (señalando su analgésico), parece que me amortigua un poco el dolor. Yo le tengo un poco de fe, es que si no me lo tomo me vuelvo loco del dolor» (H, Barcelona, ES) «Es que lo que me duele es el alma... y sí, me dieron esa pastilla para estar más tranquilo... perder un hijo es algo que no se puede vivir de mayor» (H, Barcelona, ES) «Me podrían recomendar algo que no sea químico o más sano para fortalecer las articulaciones, así como para dormir, ¿no hay plantas medicinales para el dolor?» (M, Barcelona, ES)
A qualitative study of antipsychotic medication experiences of youth	Murphy et al. <sup>37</sup> (2015)	«Puedes estar asustado y paranoico o puedes no tener saliva» (H, Nueva Escocia, CA) «...tiene que haber otras formas... como cosas holísticas... saludables que pueden hacer para evitar que mi mente se vuelva loca... Lo sé que pueden ayudar cuando realmente los necesitas... Los médicos están ahí para reconocer cuando realmente los necesitas...» (M, Nueva Escocia, CA)
Using Photovoice to explore patients' experiences with mental health medication: A pilot study	Werremeyer et al. <sup>38</sup> (2016)	«He aceptado la depresión. Me he rendido a la depresión y ansiedad, y puedo manejarla» (M, CSD, EE. UU.) «Eduquen a las personas acerca de los medicamentos adictivos. No tenía idea de que se podía fumar oxi... Una vez más, eduquen a la gente, asegúrense de que la gente conozca las opciones de tratamiento...» (M, CSD, EE. UU.)
Use of photovoice to understand the experience of taking psychotropic medications. Qualitative health research	Werremeyer et al. <sup>39</sup> (2017)	«Yo no quería tomar medicamentos, me sentía tan derrotado... entonces un día funciona y te sientes muy agradecido. Me doy cuenta de que siempre lo haré. Necesito manejar mi estado de ánimo» (H, CSD, EE. UU.) «Creo que me siento realmente nublada la mayor parte del tiempo... durmiendo todo el tiempo, simplemente te sientes aturdida todo el tiempo» (M, CSD, EE. UU.) «Una vez estaba tan harta (de la medicación)... dejé de tomarla y salí a beber y terminé hasta hospitalizada y quería suicidarme...» (M, CSD, EE. UU.) «Una cosa es decir que tomo estos, pero luego cuando miro todos, es tan abrumador» (M, CSD, EE. UU.)
Self-stigma of antidepressant users through secondary analysis of PhotoVoice data	Nelson et al. <sup>40</sup> (2018)	«Me hace sentir como este árbol, me representa a mí, y a mi vida por venir; estos 2 años me he caído, y voy a empezar a crecer de nuevo» (Hace referencia a la foto de un árbol caído) (M, CSD, EE. UU.)
Experiences with the daily use of medications among chronic hepatitis C patients	Nascimento et al. <sup>30</sup> (2020)	«Me siento como una drogadicta a veces, tomando tantas pastillas» (M, CSD, EE. UU.) «Gracias a Dios, nunca he tenido ningún problema tomando ningún medicamento» (M, Belo Horizonte, BR) «Tomas un antidepresivo que te da efectos secundarios que te hacen sentir peor. Existen incluso algunos que dan ganas de tirarse por la ventana, tengo miedo de muerte por los antidepresivos» (M, Belo Horizonte, BR)

(Continúa)



Tabla 3 (Continuación)

Estudio	Autor/es	Narrativas de los pacientes citadas en los estudios revisados
Medication management in the context of mental illness: an exploratory study of young people living in Australia	Mcmillan et al. <sup>41</sup> (2020)	<p>«Por el amor de Dios, nada de clonazepam» (M, Belo Horizonte, BR)</p> <p>«Sabes que (la medicación) no lo cura todo... pero me ayuda a mantenerme flotando, ya sabes, mientras manejo mis problemas» (M, Brisbane, Queensland, AU)</p> <p>«...si no lo tomas por unos días, te vas muy bajo, porque, hace un tiempo se me acabó, pero no le dije a papá porque mis medicinas son muy caras» (M, Brisbane, Queensland, AU)</p> <p>«...Algo que probablemente debería ser discutido, especialmente con la juventud, es como los diferentes medicamentos interaccionan con drogas ilícitas, porque la realidad es como, la realidad es que la gente está consumiendo drogas» (M, Brisbane, Queensland, AU)</p> <p>«...Él (psicólogo) prácticamente dijo que esto no aparece como un efecto secundario y, por lo tanto, no puedo estar experimentando eso...» (H, Brisbane, Queensland, AU)</p>
The significance of taking antiretroviral medications for African-born people living with HIV and residing in Minnesota	Cernasev et al. <sup>31</sup> (2020)	<p>«...hasta ahora que empecé mi medicación, ya sabes que soy como una persona normal...» (H, Minnesota, EE. UU.)</p> <p>«Mi fuerza motriz es que soy cristiana. Creemos en la vida después, y en nuestra iglesia también, enseñamos salud...apoyamos a las personas con VIH, pero algunas personas aún tienen estigma... Entendemos que cuando te llega el día de morir, es cuando Dios ha decidido ese día para ti... Todo esto lo he pasado yo; Dios ha estado allí conmigo. Sigo caminando con Él y viviré mi vida plena hasta cuando Él diga moriré es cuando moriré...» (M, Minnesota, EE. UU.)</p>
Experiencia farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de nefrología de un hospital en Costa Rica	Orozco-Solano & Silva-Castro <sup>32</sup> (2020)	<p>«...Son muchos medicamentos, una se cansa, en la mañana tengo que tomar 7 pastillas, que tristeza le digo a mi marido, tanta pastilla que tengo que tomar, y él me dice que tómese solo los que le van a hacer bien, y yo digo bueno está bien, es que él también toma muchos...» (M, San José, CR)</p> <p>«... Me han dicho que agranda el corazón (hace referencia a la prednisona)...» (M, San José, CR)</p>
A pill is not only a pill: the social meaning of the elderly's daily medications	Sottiyotina et al. <sup>46</sup> (2020)	<p>«...Que no me duela la boca del estómago...» (M, San José, CR)</p> <p>«Soy una persona mayor. No quiero ser una carga para nadie. Lo sé, soy un anciano, pero si quiero ser un anciano eficaz debo tratar de cuidarme» (H, Nakhon Si Thammarat, TH)</p> <p>«Cuando estaba enfermo fui a ver al médico. Luego, me dio algunos medicamentos. Si no tomo los medicamentos, no sé cómo decirle después. Tengo miedo de que no me quiera, no me tenga compasión y ya no me cuide» (H, Nakhon Si Thammarat, TH)</p>
"It is as if you were taking a shot in the dark": Experiencing ambiguity in the pharmacological treatment of rheumatoid arthritis	Morais et al. <sup>22</sup> (2021)	<p>«Me sentí seguro. Ellos (los médicos) nos hacen sentir seguros, mucha confianza. Te dan libertad para hablar, escucharte, explicarte y guiarte. ¡Así que, sigo todo lo que dicen al pie de la letra!» (SD, Minas Gerais, BR)</p> <p>«Algunos días me digo: ¡Ay, esto no va a servir! No lo estoy tomando y eso es todo. Entonces, si no tomo la medicación, me siento mal. Puedo ver las consecuencias al día siguiente. ¡No puedo hacer nada! Luego vuelvo al punto de partida y me digo a mí mismo: no puedo renunciar. La medicina me ha ido bien. ¿Por qué debo dejar de tomarla?, así que sigo rebotando de un lado a otro» (SD, Minas Gerais, BR)</p>
Human beings are like that, they suffer. But some days are worse: patients' perceptions to start using psychotropic medicines	Fonseca et al. <sup>24</sup> (2021)	<p>«Empecé a tomar la medicación porque tenía problemas con la administración de la escuela. No podría hacer frente a la presión sin los medicamentos...» (M, Belo Horizonte, BR)</p> <p>«Casi me vuelvo loca. Al regresar del viaje, anuncié que ya no devolvería al niño. Mi hija murió en agosto y, a finales de año, perdí el contacto con mi nieto. Para poder estar en contacto con él, tuve que ir a la corte» (M, Belo Horizonte, BR)</p> <p>«Estuve en un período difícil, separándome, comenzando otra relación, estando con otra persona. Todos estos fueron determinantes para empezar a usar medicamentos psicotrópicos» (M, Belo Horizonte, BR)</p> <p>«...pero con el medicamento, no era una «línea, sino una "línea" más cercana a la normalidad» (M, Belo Horizonte, BR)</p>
Characterizing medication management and the role of pharmacists in caring for people living with cystic fibrosis: A work system approach	Abraham et al. <sup>33</sup> (2021)	<p>«Creo desde mi experiencia, que la efectividad depende del individuo» (SD, Wisconsin, EE. UU.)</p> <p>«Tengo un conocimiento bastante profundo de la fibrosis quística en su conjunto. Estoy en el campo de la salud, y he aprendido mucho al respecto. Sé sobre la mutación. Sé lo que le hace al cuerpo, a qué órganos afecta y cómo los medicamentos pueden ayudar a combatir eso, ayudar a prosperar como individuo» (SD, Wisconsin, EE. UU.)</p> <p>«Solo iba a decir, que algunos de estos extraños medicamentos no se pueden obtener en seguida...» (SD, Wisconsin, EE. UU.)</p>
Experiencia farmacoterapéutica de los pacientes con artritis reumatoide: el rol de la farmacia comunitaria	Tourinho-Baliña et al. <sup>34</sup> (2021)	<p>«...empiezas con metotrexato, sigues teniendo inflamación, te suben y sigues teniendo inflamación y pasan 2 años hasta que te cambian a un biológico y ahí ya tienes afectadas las articulaciones, este es el periplo que pasamos la mayoría» (SD, Galicia, ES)</p> <p>«...al metotrexato le llamo la killer pastis» (SD, Galicia, ES)</p> <p>«Yo antes no me movía, ahora me muevo. Camino todos los días» (SD, Galicia, ES)</p> <p>«Aprendemos y nos acostumbramos a vivir con dolor, mientras no te impide nada, todo va bien» (SD, Galicia, ES)</p> <p>«... la pareja también se resiente: hay separaciones a raíz de ello» (SD, Galicia, ES)</p>

**Tabla 3** (Continuación)

Estudio	Autor/es	Narrativas de los pacientes citadas en los estudios revisados
Medication experience and adherence to oral chemotherapy: A qualitative study of patients' and health professionals' perspectives	Talens et al. <sup>42</sup> (2021)	«Puede desahogarse con su familia, el oncólogo, sus amigos, pero nunca puede dejar de tomar el medicamento, nunca...» (SD, Alicante, ES) «Los oncólogos hacen la receta, los farmacéuticos nos la explican» (SD, Alicante, ES) «Nadie me avisó de esta falta de energía, incluso fui a urgencias, preocupada porque, en el primer ciclo, apenas podía mantenerme de pie... Cuando camino es como caminando sobre vidrios rotos» (SD, Alicante, ES) «Lo más importante es compartirlo con tu familia y amigos, es reconfortante» (SD, Alicante, ES) «Estas sesiones donde podemos compartir nuestra experiencia con otras personas... son muy útiles» (SD, Alicante, ES)

Las narrativas de los estudios publicados en inglés han sido traducidas al español por los autores para realizar comparativamente el análisis de contenido. Adicionalmente, son identificadas con el género descrito por los autores de cada estudio y sitio de investigación.

H: Hombre; M: Mujer; SD: Sin determinar en el estudio original.

AU: Australia; BR: Brasil; CA: Canadá; CR: Costa Rica; ES: España; MY: Malasia; TH: Tailandia; EE. UU.: Estados Unidos; CSD: ciudad sin determinar.

medicamentos. Inclusive favorece su participación tomando decisiones compartidas<sup>22,37,41</sup>, fomentando la comprensión de la medicación, motivando<sup>37</sup> y empoderando al paciente<sup>22</sup>.

*Abordaje integral y derivaciones a otros profesionales de la salud.* Cinco estudios<sup>23,24,33,34,36</sup> mencionan la relevancia de materializar el abordaje integral en la práctica clínica y la participación de otros profesionales comprendiendo la MedExp. El farmacéutico ha podido brindar CMM, desde la comprensión de los malestares fisiológicos, sociales (laboral, relaciones afectivas)<sup>24</sup> y políticos, considerando las prácticas de pluralismo asistencial<sup>48</sup> que los envuelven, siendo capaz de incorporar lo sociocultural en la práctica clínica<sup>23</sup>. Aplicando un enfoque contextualizado, el farmacéutico ha orientado la elección de terapias complementarias y alternativas<sup>36</sup>, si así lo solicita o requiere el paciente, derivando oportunamente al médico para un pronto diagnóstico<sup>34</sup>.

## Discusión

Al intentar comprender cómo ha evolucionado la MedExp, como concepto clave para los farmacéuticos asistenciales, esta revisión de alcance ha sido útil dada la heterogeneidad y complejidad de los estudios identificados, seleccionados y analizados. Metodológicamente ha sido fundamental seguir las directrices PRISMA<sup>20</sup> para abordar la diversa categorización de la MedExp y los diferentes tipos de intervenciones farmacéuticas vinculadas. Asimismo, aplicar esta metodología a un tema tan amplio<sup>49</sup> ha permitido mapear las técnicas de investigación cualitativa utilizadas y los resultados obtenidos en esta área emergente donde los farmacéuticos se enfrentan a utilizar métodos cualitativos para la investigación sanitaria que aún son desconocidos para nuestra profesión.

Como limitaciones de esta revisión, se excluyeron investigaciones en idiomas diferentes al inglés o español, impidiendo analizar la MedExp en otros contextos socioculturales. Aunque se utilizaron 4 bases de datos, las búsquedas pudieron ser imprecisas porque todavía no se cuenta con términos MeSH específicos, complicando la localización de artículos relevantes que pueden haberse omitido por problemas de indexación.

Otro aspecto relevante al hacer una revisión de alcance de investigaciones cualitativas es que debe considerarse que el propósito es buscar la comprensión de lo que está sucediendo en la vida de quién toma medicamentos y lo que le rodea. Por este motivo, hubiera sido útil contar con investigaciones cualitativas que analizaran la evolución de la MedExp posterior a las intervenciones farmacéuticas. Cuando los farmacéuticos logran «acceder» al mundo simbólico y «decodificar» los significados de las personas tratadas con medicamentos, pueden entender, interpretar<sup>50</sup> y dialogar con eventos significativos<sup>6</sup> participando en la transformación de la experiencia.

Este acceso se consigue mediante los métodos y técnicas de la investigación cualitativa, por esto se recomienda para investigaciones futuras orientarlas hacia prácticas sociales, analizando qué realmente hacen las personas y las relaciones entre los actores<sup>51</sup> que participan en el cuidado.

En cuanto a la calidad de los estudios se ha supuesto una limitación, que algunos estudios no explicitan el paradigma de investigación o las perspectivas teóricas en las que se basan, lo cual dificulta el análisis de contenido comparativo porque no quedan claras las intenciones teóricas en las que se fundamenta cada análisis cualitativo realizado. También, como consecuencia de la influencia del modelo biomédico en el CMM, no se abordan problemas socioculturales, que hoy en día ya no se suelen omitir en investigación sanitaria, como los que surgirían si se consideraran analíticamente perspectivas interseccionales o de género. De esta manera no se reproduciría la omisión del análisis de determinantes sociales o temas de discriminación por raza, género o religión entre otros fenómenos sociales que afectan a usuarios de medicamentos.

Respecto al análisis de contenido realizado, el estudio de Shoemaker et al.<sup>25</sup> sienta las bases para categorizar la MedExp desde una perspectiva fenomenológica<sup>22,24,25,30</sup>, es decir, las categorías se enfocan en la experiencia sensorial percibida individualmente, y en la relación directa de las percepciones sensoriales con el aprendizaje de usar medicamentos a través del esquema corporal de cada persona<sup>11</sup>. Se relaciona con el concepto de *embodiment*<sup>47,52</sup> y como explica Esteban<sup>44</sup>, esta noción no solo está situada en el cuerpo biológico, sino que también entiende el cuerpo como «una entidad consciente, experiencial, actuante e interpretadora».

Otros estudios<sup>23,29,31,34,35,37,41,42,46</sup> categorizan la MedExp desde una perspectiva social-constructivista<sup>53,54</sup> y del interaccionismo simbólico<sup>55,56</sup>. Desde estas teorías sociológicas se analiza cómo los pacientes llegan a construir y aplicar lo que saben de sus medicamentos en contextos mediados socialmente. Además, revelan que omitir que la vida social se construye en las interacciones con los demás, le resta validez a las significaciones<sup>4,6</sup> individuales de cualquier experiencia interpretada aisladamente de lo colectivo. Siguiendo estas perspectivas analíticas<sup>57</sup> la experiencia es una construcción humana y el paciente participa activamente en este proceso transformador. Desde la perspectiva social-constructivista e interaccionista, la MedExp no podría separarse de los procesos sociales que la constituyen y del contexto donde sucede y evoluciona. En esta posición analítica están más ubicados los estudios<sup>23,29,34,39,41,42</sup> que categorizan la MedExp como un itinerario, un proceso dinámico y producto de su interacción con el entorno, entre los que destaca interrelacionar la MedExp con la cronicidad<sup>58</sup>.

El análisis de la MedExp de los estudios que usan narrativas de enfermedad<sup>59,60</sup> acerca de lo que hacen las personas con su medicación,

centran los discursos en la individualidad, que si bien son relevantes, pueden perder la riqueza de las narrativas de otros actores que interactúan en el entorno del paciente y que ciertamente condicionarán la «construcción de la MedExp» que tiene carácter colectivo<sup>61</sup>.

Elaborar y contextualizar la MedExp puede transformar la experiencia de enfermar<sup>22,23,29,34,38–40</sup>. Tanto psicólogos y especialistas en psicología social afirman que, durante el proceso asistencial, resulta terapéutico para el paciente escuchar y reelaborar su propia historia<sup>62</sup>, genera un ambiente de empatía y confianza<sup>60</sup>. Además, se está valorando la influencia de las emociones<sup>63</sup>, considerándose que la MedExp está condicionada por la esfera psicológica de los pacientes que usan medicamentos, determinando su autopercepción de empeoramiento o mejoría de la salud<sup>64,65</sup>. Good<sup>6</sup> menciona la generación de narrativas como un proceso individual y social que puede ayudar a reconstruir el mundo del paciente alterado por la enfermedad, evitando su disolución o desconstrucción. Refiere que «los relatos no solo tienden a describir los orígenes del sufrimiento, sino a imaginar su emplazamiento, su fuente, y una solución». En este último aspecto, los farmacéuticos han dirigido sus intervenciones sobre el mismo discurso que el paciente le está proporcionando, aportando soluciones realistas a su situación en las intervenciones farmacéuticas contextualizadas. En los estudios revisados se corrobora lo que Menéndez<sup>66</sup> mencionaba respecto a que, a pesar del alto conocimiento de los pacientes sobre su medicación, suelen interrumpir o no usar sus medicamentos según lo indicado, basándose en su experiencia personal. Superficialmente, algunos profesionales en salud podrían etiquetar a sus pacientes como «no adherentes», haciendo más bien un juicio de valor que omite los determinantes socioculturales que median esa decisión. Sin embargo, tal como muestran los estudios analizados<sup>22,23,29,34,38–40</sup>, cuando el farmacéutico ha tomado tiempo para profundizar en esa experiencia, entiende su causalidad y ofrece una posible solución. Partiendo de la MedExp, los farmacéuticos han conocido motivos de no adherencia, necesidades específicas o barreras que viven los pacientes que padecen determinada enfermedad. Al respecto, pretender cuantificar la adherencia sigue la lógica del modelo biomédico hegemónico<sup>66,67</sup> que invalida las creencias y reduce a un parámetro numérico la situación biopsicosocial del paciente. En este sentido, Martínez-Granados<sup>68</sup> brinda elementos a este análisis explicando que el farmacéutico debe reflexionar si mira al otro (-paciente) desde una posición de simetría de poder y respeto, sin imponer una obediencia a una orden, sino comprendiendo los significados socioculturales que le condicionan.

Esta revisión permitió confirmar la influencia de las condiciones socioeconómicas en las experiencias de las personas<sup>31,33–35,41</sup>. A pesar de que la Organización Mundial de la Salud<sup>69</sup> define como derecho fundamental de todo ser humano el poder ejercer el derecho a la salud sin discriminación por motivos de raza, edad, pertenencia a un grupo étnico u otra condición, reafirma la necesidad de reformular la legislación, políticas o prácticas discriminatorias, el precio y la situación económica de cada persona que acude a los servicios farmacéuticos, considerándose en las propuestas de intervenciones que se realizan. En ocasiones los pacientes entienden como ahorro disminuir los regímenes de dosificación o eliminar medicación para disminuir costes o por falta de disponibilidad de los medicamentos que ofrece la seguridad social.

Analizando narrativas sobre creencias, algunos estudios<sup>23,25,31</sup> relacionaron los discursos con el mundo simbólico de los pacientes, de acuerdo con Good<sup>6</sup> y alejándose de la idea de las creencias como afirmaciones que hacen los demás sobre lo que piensan (convicciones), y que trasladan un juicio de valor al investigador<sup>36,42</sup>. Integrar las creencias ha permitido reconocer que las personas tienen capacidad de autoatención, el saber fundamenta su legitimidad en la religión<sup>66</sup>. Así, las creencias de los pacientes han sido consideradas en las intervenciones propuestas<sup>35,39</sup>, como guía de educación sobre medicamentos o enfermedades<sup>8</sup>, en prácticas asistenciales

contextualizadas donde comprender las creencias religiosas de los pacientes ha sido fundamental para orientar al paciente con sus medicamentos<sup>35</sup>.

Respecto a la educación sobre medicación y enfermedad en los estudios<sup>29,32–36,38,41,42</sup>, se reitera que conocer la MedExp ha facilitado la creación de estrategias educativas individualizadas<sup>8</sup> y colectivas<sup>34</sup>. No obstante, aunque las estrategias de educación pueden transformar la MedExp<sup>2</sup>, en algunos estudios revisados<sup>23,29,34,37,39</sup> ha sido necesario considerar que los pacientes tienen un amplio conocimiento sobre su enfermedad y los medicamentos, desarrollando prácticas de autoatención<sup>66</sup>. Comparando los diversos estudios revisados no sería de utilidad emprender una campaña educativa, sin antes conocer las necesidades del paciente, sin imponer conocimientos biomédicos, ni excluyendo ni negando discursos (una relación de poder), cuando deben fomentarse relaciones simétricas<sup>70</sup>, partiendo de las «pistas» del paciente o «su autodiagnóstico presuntivo»<sup>66</sup>.

Las intervenciones culturales reseñadas<sup>22,23,29,31,33,34,40,42,46</sup> apuntan hacia incorporar redes de apoyo, integrar familiares, asociaciones comunitarias y de pacientes, para disminuir barreras culturales en el CMM. Estos estudios reiteran en la práctica lo que algunos autores<sup>61,71</sup> advierten respecto a que las prácticas centradas en el paciente pueden ser insuficientes si no avanzan hacia prácticas situadas/contextualizadas en el colectivo que rodea a quién enferma, solo así los farmacéuticos brindarían «cuidado contextualizado»<sup>61</sup>.

Los estudios revisados<sup>22,23,32–35,37,41</sup> que sugieren intervenciones caracterizadas por incorporar el modelo dialógico, relaciones terapéuticas simétricas y la toma de decisiones compartidas siguen a Martínez-Hernández<sup>67</sup> atendiendo a que el modelo dialógico es un flujo de información bidireccional, multidimensional y fruto de una relación recíproca, de equilibrio en la balanza de interacción, que crea una conexión entre el profesional de salud y el paciente, partiendo de la comprensión de ambos conocimientos para construir juntos una nueva experiencia y servir de base en la toma de decisiones compartidas. Respecto a establecer relaciones terapéuticas simétricas, varios de los estudios revisados<sup>23,32</sup> señalan la confianza como factor predictor del éxito en las intervenciones<sup>72</sup>.

Las intervenciones con abordaje integral y derivaciones oportunas a otros profesionales de la salud que mencionaron los estudios<sup>23,24,33,34,36</sup> dan cabida al modelo biopsicosocial proponiendo analizar la enfermedad en el contexto de vida de la persona según sus actividades, sentimientos y comportamientos, no solamente desde la mirada del modelo hegemónico biomédico, que enfatiza el binomio mente-cuerpo<sup>73,74</sup>. Los farmacéuticos han sido conscientes del pluralismo asistencial<sup>48</sup>, de que forman parte del engranaje de modelos de atención convencionales, pero que también están rodeados de modelos tradicionales, alternativos, populares, como la autoatención<sup>75</sup>, donde existen relaciones entre grupos/sujetos sociales, con lo cual pueden comprender la verdadera forma de vivir con medicación y cómo afrontan cotidianamente las personas sus problemas de salud. Mediante este abordaje han analizado la efectividad de las intervenciones y optimizado la farmacoterapia basándose en la experiencia real del paciente. Por tanto, han alcanzado la misión del CMM como práctica asistencial integradora, logrando discernir cuando derivar o buscar alianzas con otros agentes de salud en pro del bienestar del paciente. Entendiendo las prácticas asistenciales como hechos sociales se contempla el enfoque relacional<sup>66</sup>, avanzando hacia prácticas clínicas contextualizadas<sup>61,71</sup>.

Producto del análisis de esta revisión de alcance se plantea ampliar el concepto de MedExp, para considerarla en futuras investigaciones como la experiencia vivida por una persona que usa sus medicamentos según sus cualidades individuales, psicológicas y sociales. Esta experiencia con la medicación es corporal, intencional, intersubjetiva y relacional, ampliándose a lo colectivo porque implica las creencias, la cultura, la ética y la realidad socioeconómica y política de cada persona situada en su contexto.

## Aportación a la literatura científica (menciona artículos originales)

Aunque se vive individualmente, la experiencia con la medicación es colectiva y requiere un enfoque relacional para realizar prácticas clínicas contextualizadas.

## Implicaciones de los resultados obtenidos

Comprender la experiencia con la medicación permite brindar intervenciones farmacéuticas contextualizadas, mejorando la salud de cada paciente.

## Financiación

Ninguno de los autores recibió pago adicional por entes internos ni externos. Este *scoping review* fue realizado como parte del programa de Doctorado de la Universidad de San Jorge; por tanto, ha sido producto de una actividad académica. Sin financiación.

## Agradecimientos

Al Dr. Jaime Jiménez Pernet, por su guía en el proceso de investigación del *scoping review*.

A la Dra. Rebeca Arias Durán, Coordinadora Nacional de Servicios Farmacéuticos, Caja Costarricense de Seguro Social, al Dr. Jorge López Mora, Director del Servicio de Farmacia del Hospital Calderón Guardia, y Subdirectora Dra. Marcela Rodríguez Sánchez, Caja Costarricense de Seguro Social, por brindar su apoyo para la realización de esta investigación.

## Declaración de autoría

Sofía Orozco-Solano ha creado el trabajo, ha realizado la recolección, análisis/interpretación de los datos, ha redactado y revisado críticamente la redacción del artículo. Martha Milena Silva-Castro ha creado el trabajo, ha supervisado la recolección de datos, analizado/interpretado los mismos, ha redactado y revisado críticamente la redacción del artículo. Manuel Machuca ha creado el trabajo, ha supervisado la recolección de datos, analizado/interpretado los mismos, ha redactado y revisado críticamente la redacción del artículo. Los 3 autores aprueban la versión final del artículo para su publicación.

## Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

## Appendix A. Dato suplementario

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.farma.2023.04.009>.

## Bibliografía

- Cipolle R, Strand L, Morley P. *Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide* Segunda edición. Minnesota: McGraw-Hill; 2004;1–394.
- Cipolle R, Strand L, Morley P. *Pharmaceutical Care Practice. The Patient-Centered Approach to Medication Management Services* Tercera edición. Minnesota: McGraw-Hill; 2012;1–697.
- Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47(3):533–43. doi: 10.1093/ajhp/47.3.533.
- Kleinman A. *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. Primera edición. New York: Basic Books; 1988;1–284.
- Brown J, Stewart M, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method* Primera edición. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995;1–267.
- Good B. *Medicina, racionalidad y experiencia: una experiencia antropológica* Primera edición. Barcelona: Bellaterra; 2003;1–375.
- Pérez R, González-Valdivieso M, Silva-Castro MM. Entrevistas en profundidad: técnica complementaria a las entrevistas clínicas en las intervenciones basadas en necesidades del paciente [Internet]. *Pharm Care Esp*. 2021;23(5):34–41 [consultado 29 May 2022]. Disponible en: <https://pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/644>.
- Shoemaker S, Ramalho-de-Oliveira D, Alves M, Ekstrand M. The medication experience: preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. *Patient Educ Couns*. 2011;83(3):443–50. doi: 10.1016/j.pec.2011.02.007.
- Ramalho-de-Oliveira D, Shoemaker S, Ekstrand M, Alves M. Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. *J Am Pharm Assoc*. 2012;52(1):71–80. doi: 10.1331/JAPhA.2012.10239.
- Nascimento Y, Ralmah-de-Oliveira D. The subjective experience of using medications: what we know and the paths forward. *Pharmacy*. 2021;9(1):1–13. doi: 10.3390/pharmacy9010050.
- Merleau-Ponty M. In: Smith C, editor. *Phenomenology of Perception*. Primera edición. London: Routledge Classics; 2002. p. 1–544.
- Carel H. Phenomenology and its application in medicine. *Theor Med and Bioeth*. 2011;32(1):33–46. doi: 10.1007/s11017-010-9161-x.
- Silva-Castro MM. Análisis cualitativo de la experiencia farmacoterapéutica: el caso del dolor tratado con medicamentos como fenómeno abordable desde la antropología de la salud [Internet]. *Revista de la OFIL*. 2012;22(3):111–22 [consultado 29 May 2022]. Disponible en: <https://ilaphar.org/wp-content/uploads/2014/01/OFILn223.pdf>.
- Morales A, Silva-Castro MM, Díaz G. Decisiones razonables y razonadas sobre medicamentos convencionales y de uso tradicional. El seguimiento farmacoterapéutico, integrador de la perspectiva del paciente [Internet]. *Pharm Care Esp*. 2016;18(6):280–8 [consultado 29 May 2022]. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85018202878&partnerID=40&md5=1720ed99b06f896313b6a68a85c4fab0>.
- Members of the patient-centered primary care collaborative (PCPC). The patient-centered medical home: integrating comprehensive medication management to optimize patient outcomes. Resource Guide [Internet]. Segunda edición. Washington: American College of Clinical Pharmacy to the PCPC Foundation; 2012. [consultado 29 May 2022];1–26. Disponible en: <https://www.pcpc.org/sites/default/files/media/medmanagement.pdf>.
- Royal Pharmaceutical Society. *Medicines optimisation: helping patients to make the most of medicines. Good practice guidance for healthcare professionals in England* [Internet]. Primera edición. London: Royal Pharmaceutical Society; 2013 [consultado 29 May 2022];1–13. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/2013/05/med-opt/>.
- Schommer J, Worley M, Kjos A. Decision-making during initiation of medication therapy. *Res Soc Adm Pharm*. 2014;10(2):313–27. doi: 10.1016/j.sapharm.2013.06.003.
- Machuca M. Experiencia Farmacoterapéutica: Un concepto clave en la práctica asistencial. [Internet]. Sevilla: Manuel Machuca; Julio 2022 [consultado 7 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.manuelmachuca.com/index.php?id=124&blog=868>.
- Viana I, Nascimento Y, Ramalho-de-Oliveira D. Decision-making process in comprehensive medication management services: from the understanding to the development of a theoretical model. *Pharmacy*. 2020;8(4):1–18. doi: 10.3390/pharmacy8040180.
- Tricco A, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–85. doi: 10.7326/M18-0850.
- O'Brien B, Harris I, Beckman T, Reed D, Cook D. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245–51. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388.
- Morais C, Nascimento Y, Gonzaga M, Mathyell H, Viana I, Medina S, et al. It is as if you were taking a shot in the dark: Experiencing ambiguity in the pharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Res Soc Dev*. 2021;10(9):1–14. doi: 10.33448/rsd-v10i9.17071.
- Silva-Castro M.M., El dolor tratado con medicamentos. La experiencia Farmacoterapéutica de los pacientes usuarios de analgésicos [tesis]. 2015, Universitat de Barcelona; Barcelona, 1–136, [consultado 15 Dic 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/67294>.
- Fonseca A, Medina S, Ramalho-de-Oliveira D. Human beings are like that, they suffer. But some days are worse: patients' perceptions to start using psychotropic medicines. *Psicol Estud*. 2021;26:1–13. doi: 10.4025/psicolestud.v26i0.46557.
- Shoemaker S, Ramalho-de-Oliveira D. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. *Pharm World Sci*. 2008;30(1):86–91. doi: 10.1007/s11096-007-9148.
- Ramalho de Oliveira D, Shoemaker SJ. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: openness and the pharmacist's natural attitude. *J Am Pharm Assoc*. 2006;46(1):56–66. doi: 10.1331/154434506775268724.
- Ramalho de Oliveira D., *Pharmaceutical care uncovered: an ethnographic study of pharmaceutical care practice* [dissertation], 2003, [Mineápolis]. University of Minnesota, [consultado 15 Dic 2021]. Disponible en: <https://search.lib.umich.edu/catalog/record/990087973200106381?query=isbn%3A1194724937&library=All+libraries>
- Shoemaker SJ., *Listening in the shadows: the chronic illness experience of medically uninsured individuals* [dissertation], 2005, [Mineápolis]. University of Minnesota,



- [consultado 21 Dic 2021]. Disponible en: <https://search.lib.umich.edu/catalog/record/990087985190106381?query=isbn%3A1194758413&library=All+libraries>
29. Moustapha O. Understanding the meaning of the medication experience among Limited English Proficient (LEP) Oromo patients in Minnesota [dissertation], 2013, [Mineápolis]. University of Minnesota, 1–224, [consultado 15 Dic 2021]. Disponible en: [https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/154068/Omar\\_umn\\_0130E\\_13851.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/154068/Omar_umn_0130E_13851.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  30. Nascimento Y, Diniz L, Ramalho-de-Oliveira D. Experiences with the daily use of medications among chronic hepatitis C patients. *Res Soc Adm Pharm.* 2020;16(1):33–40. doi: 10.1016/j.sapharm.2019.01.018.
  31. Cernasev A, Larson W, Peden-McAlpine C, Rockwood T, Ranelli P, Okoro O, Schommer J. The significance of taking antiretroviral medications for African-born people living with HIV and residing in Minnesota. *Pharmacy.* 2020;8(2):1–12. doi: 10.3390/pharmacy8020108.
  32. Orozco-Solano S, Silva-Castro MM. Experiencia farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un Hospital en Costa Rica. *Estudio Piloto* [Internet]. *Pharm Care Esp.* 2020;22(4):246–65 [consultado 15 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/587/471>.
  33. Abraham O, LeMay S, Nixon G, Braun A, Decker C, Szela L. Characterizing medication management and the role of pharmacists in caring for people living with cystic fibrosis: a work system approach. *J Am Pharm Assoc.* 2021;61(5):547–54. doi: 10.1016/j.japh.2021.04.006.
  34. Touriño-Baliña E, Villaverde-Piñeiro N, Pibernat-Mir L, González-Valdivieso M, Silva-Castro MM. Experiencia farmacoterapéutica de los pacientes con artritis reumatoide: el rol de la farmacia comunitaria [Internet]. *Pharm Care Esp.* 2021;23(1):5–23 [consultado 15 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/602/503>.
  35. Khalid H, Azmi M, Akmal A, Syed S, Sundram S. Perception and knowledge of patients with type 2 diabetes in Malaysia about their disease and medication: A qualitative study. *Res Soc Adm Pharm.* 2011;7(2):180–91. doi: 10.1016/j.sapharm.2010.04.005.
  36. Sakthong P, Winit-Watjana W, Sakulbumrungsil R. Understanding the medication experiences of Thai patients attending a medication therapy management clinic [Internet]. *The Thai J Pharm Sci.* 2014;38(1):21–7 [consultado 15 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.thaiscience.info/journals/Article/TJPS/10963051.pdf>.
  37. Murphy A, Gardner D, Kiseley S, Cooke C, Kutcher S, Hughes J. A qualitative study of antipsychotic medication experiences of youth [Internet]. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24(1):61–9 [consultado 15 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357337/>.
  38. Werremeyer A, Aalgaard-Kelly G, Skoy E. Using photovoice to explore patients' experiences with mental health medication: a pilot study. *Ment Health Clin.* 2016;6(3):142–53. doi: 10.9740/mhc.2016.05.142.
  39. Werremeyer A, Skoy E, Aalgaard-Kelly G. Use of photovoice to understand the experience of taking psychotropic medications. *Qual Health Res.* 2017;27(13):1959–69. doi: 10.1177/1049732317693221.
  40. Nelson E, Werremeyer A, Aalgaard-Kelly G, Skoy E. Self-stigma of antidepressant users through secondary analysis of PhotoVoice data. *Ment Health Clin.* 2018;8(5):214–21. doi: 10.9740/mhc.2018.09.214.
  41. Mcmillan S, Stewart V, Wheeler A, Kelly F, Stapleton H. Medication management in the context of mental illness: an exploratory study of young people living in Australia. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1–13. doi: 10.1186/s12889-020-09237-9.
  42. Talens A, Guilbert M, Lumbreras B, Aznar M, López-Pintor E. Medication experience and adherence to oral chemotherapy: a qualitative study of patients' and health professionals' perspectives. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(8):1–17. doi: 10.3390/ijerph18084266.
  43. Valls-Llobet C. *Mujeres, salud y poder (Feminismos)*, Segunda edición., 1. Madrid: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya); 2010:424.
  44. Esteban ML, del Cuerpo Antropología. *Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2004.
  45. Heard E, Fitzgerald L, Wigginton B, Mutch A. Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. *Health Promot Int.* 2020;35(4):866–76. doi: 10.1093/heapro/daz080.
  46. Sottiyotin T, Pradabmoook-Sherer P, Sringeriyueng L, Boonmongkon P. A pill is not only a pill: the social meaning of the elderly's daily medications [Internet]. *Int J Innovat Creativ Change.* 2020;11(7):16–33 [consultado 14 Dic 2021]. Disponible en: [https://www.ijicc.net/images/vol11iss7/11702\\_Sottiyotin\\_2020\\_E\\_R.pdf](https://www.ijicc.net/images/vol11iss7/11702_Sottiyotin_2020_E_R.pdf).
  47. Wilde M. Why embodiment now? *Adv Nurs Sci.* 1999;22(2):25–38. doi: 10.1097/00012272-199912000-00004.
  48. Pibernat-Mir L, Ventura-García L, and Silva-Castro M.M., La farmacia comunitaria como espacio de atención en salud. una mirada desde el pluralismo asistencial, *Rev OFIL*, 23 (4), 2013, 152–163, [consultado 14 Dic 2021]. Disponible en: [https://ilaphar.org/wp-content/uploads/2014/01/farmacia\\_comunitaria.pdf](https://ilaphar.org/wp-content/uploads/2014/01/farmacia_comunitaria.pdf).
  49. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):141–6. doi: 10.1097/XEB.000000000000050.
  50. Eisenberg L. The physician as interpreter: ascribing meaning to the illness experience. *Compr Psychiatry.* 1981;22(3):239–48. doi: 10.1016/0010-440x(81)90081-x.
  51. de Moura A. Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trabalho. Educação e Saúde* [Internet]. 2012;10(2):335–45 [consultado 29 May 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756997009>.
  52. Csordas TJ. *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Primera edición. Cambridge: Cambridge University Press; 1994. p. 1–294.
  53. Green J, and Thorogood N. *Qualitative Methods for Health Research*, Cuarta edición., 2018, SAGE; Londres, 1–420.
  54. Wilson HJ. The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm? *Fam Pract.* 2000;17(2):203–9. doi: 10.1093/fampra/17.2.203.
  55. Bissell P, Margall Traulsen J. *Sociology and Pharmacy Practice*, Primera edición. Londres: Pharmaceutical Press; 2005;1–226.
  56. Benzie KM, Allen MN. Symbolic interactionism as a theoretical perspective for multiple method research. *J Adv Nurs.* 2001;33(4):541–7. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01680.x.
  57. Thomas A, Menon A, Boruff J, Rodriguez AM, Ahmed S. Applications of social constructivist learning theories in knowledge translation for healthcare professionals: a scoping review. *Implement Sci.* 2014;9:54. doi: 10.1186/1748-5908-9-54.
  58. Hudon C, Fortin M, Haggerty J, Loignon C, Lambert M, Poitras M. Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Educ Couns.* 2012;88(2):170–6. doi: 10.1016/j.pec.2012.01.009.
  59. Fioretti C, Mazzocco K, Riva S, Oliveri S, Masiero M, Pravettoni G. Research studies on patients' illness experience using the narrative medicine approach: a systematic review. *BMJ Open.* 2016;6(7):1–9. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011220.
  60. Morris D. Narrative medicines: challenge and resistance. *Perm J.* 2008;12(1):88–96. doi: 10.7812/tpp/07-088.
  61. Silva-Castro MM. La fuerza cultural de la experiencia con la medicación. Una reflexión autoetnográfica desde la perplejidad [Internet]. *Con)textos: revista d'antropologia i investigació social*, 9. ; 2021;9. p. 71–89. [consultado 3 En 2022]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/download/37739/36311/96655>.
  62. Hydén L. Illness and narrative. *Social Health Illn.* 1997;19(1):48–69. doi: 10.1111/J.1467-9566.1997.TB00015.X.
  63. Lebois LAM, Wilson-Mendenhall CD, Simmons WK, Barrett LF, Barsalou LW. Learning situated emotions. *Neuropsychologia.* 2020;145, 106637. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2018.01.008.
  64. Villaverde L, Cachafeiro A, Martín S, Parra E, Neira P, Silva-Castro MM. Influencia psicoemocional de la pandemia por COVID-19 en la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes con patologías reumáticas [Internet]. *Revista de la OFIL*. 2021;1–7 [consultado 29 May 2022]. Disponible en: <https://www.ilaphar.org/influencia-psicoemocional-de-la-pandemia-por-covid-19-en-la-experiencia-farmacoterapeutica-de-los-pacientes-con-patologias-reumaticas/>.
  65. Barrera A, Parra E, Silva-Castro MM. Incorporación del counseling a la gestión integral de la medicación para gestionar emociones que afectan enfermedades crónicas [Internet]. *Pharm Care Esp.* 2021;23(4):19–28 [consultado 29 May 2022]. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/640>.
  66. Menéndez E. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* Primera edición. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009;1–311.
  67. Martínez-Hernández A. Dialogics, ethnography and health education. *Rev de Saúde Pública.* 2010;44(3):399–405. doi: 10.1590/s0034-89102010005000016.
  68. Martínez-Granados F. La adherencia farmacoterapéutica: de la obediencia al conocimiento, la ética y la cultura [Internet]. *(Con)textos: Revista D'antropologia I Investigació Social.* 2021;1(9):1–18 [consultado 29 May 2022]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/view/36587>.
  69. Organización Mundial de la Salud. *Salud y derechos humanos* [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017 [actualizado 2022, consultado 29 May 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
  70. Martínez-Hernández A. *Antropología Médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Primera edición. Barcelona: Anthropos; 2011. p. 1–207.
  71. Farmer P. *Partner to the poor: a Paul farmer reader*. Primera edición. California: University of California Press; 2010;1–663.
  72. Russell P. Improving access to, use of, and outcomes from public health programs: the importance of building and maintaining trust with patients/clients. *Front Public Health.* 2017;5:1–7. doi: 10.3389/fpubh.2017.00022.
  73. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137(5):535–44. doi: 10.1176/ajp.137.5.535.
  74. Ventres W, Frankel R. Personalizing the biopsychosocial approach: “add-ons” and “add-ins” in generalist practice. *Front Psychiatry.* 2021;12:1–9. doi: 10.3389/fpsy.2021.716486.
  75. Aguirre J. La autoatención y el enfoque relacional. *Revista Archivos de Medicina Familiar y General* [Internet]. 2016;13(1):27–34 [consultado 29 May 2022]. Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/8>.