

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION

Percepciones, actitudes y desafíos hacia la desprescripción de medicamentos: Un estudio transversal en médicos residentes de medicina familiar en Paraguay

Alejandro Rafael Monges Villalba y María Belén Giménez Reyes

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay

DOI: 10.5281/zenodo.17782616

Publicado: 2 de diciembre, 2025

Resumen

Introducción: La desprescripción, proceso de revisión y cese o reducción de medicamentos, es crucial para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de vida, minimizando riesgos y costos asociados a la polifarmacia. **Objetivo:** Analizar las percepciones, actitudes y desafíos de los médicos residentes de Medicina Familiar en Paraguay respecto a la desprescripción de medicamentos, según variables sociodemográficas, año de residencia y unidad formadora, durante el año 2023. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional analítico de corte transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia. Participaron médicos residentes de medicina familiar de Paraguay. Se utilizó el cuestionario PACPD-12 y se recolectaron datos sociodemográficos, año de residencia y unidad formadora. Las variables se correlacionaron mediante las pruebas Chi-cuadrado, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. **Resultados:** Participaron 99 residentes de 21 unidades formadoras (67,7 % mujeres). El 63,6 % consideró beneficiosa la desprescripción, con diferencias significativas según la unidad formadora ($P=0,046$). El sexo, edad, procedencia y año de residencia influyeron en la elección de razones para desprescribir. La formación específica facilitaría la desprescripción para el 76,8 %. El año de residencia y la edad influyeron en la elección de facilitadores. Los fármacos prescritos por otros y la resistencia del paciente fueron las barreras más frecuentes. El sexo, lugar de residencia, año de residencia y unidad formadora influyeron en la elección de barreras. La existencia de medicación potencialmente inapropiada fue el factor favorecedor más elegido. **Conclusión:** Las percepciones, actitudes y desafíos de los médicos residentes de Medicina Familiar en Paraguay hacia la desprescripción están influenciadas por variables sociodemográficas, el año de residencia y la unidad formadora.

Palabras clave: Desprescripción, médico residente, PACPD-12, polifarmacia, educación médica

1. INTRODUCCIÓN

La desprescripción medicamentosa se define como el proceso sistemático, supervisado por un profesional de la salud, mediante el cual se revisa el régimen terapéutico de un paciente y, si se considera apropiado, se reduce la dosis o se suspende uno o más medicamentos (1,2). Esta práctica emerge como una estrategia fundamental en la optimización de la farmacoterapia, particularmente en contextos de polifarmacia, definida como el uso concomitante de múltiples medicamentos, usualmente cinco o más (3).

La polifarmacia es especialmente prevalente en adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas, incrementando significativamente el riesgo de reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones farmacológicas, errores de medicación, disminución de la adherencia terapéutica y, consecuentemente, un aumento en la morbilidad, mortalidad y costos sanitarios (1,4,5).

La relevancia de la desprescripción radica en su potencial para mitigar estos riesgos. Al eliminar fármacos innecesarios, redundantes o aquellos cuya relación beneficio-riesgo ya no es favorable para el paciente, se puede mejorar la calidad de vida, reducir la carga de efectos secundarios y simplificar los regímenes terapéuticos (2,6). Además, la desprescripción se alinea con los principios de la prevención cuaternaria, que busca proteger a los pacientes de intervenciones médicas excesivas o potencialmente dañinas (7). Este proceso debe ser individualizado, centrado en el paciente, y considerar sus valores, preferencias y contexto clínico específico, fomentando una toma de decisiones compartida (8).

A pesar de los beneficios documentados, la implementación de la desprescripción enfrenta múltiples barreras. Estas pueden originarse en el sistema de salud (ej. fragmentación de la atención, presión asistencial), en el profesional médico (ej. inercia terapéutica, temor a eventos adversos por suspensión, falta de formación específica) o en el paciente y su entorno (ej. resistencia al cambio, percepción de abandono terapéutico) (9,10).

Diversas herramientas y guías, como los criterios de Beers, STOPP/START (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment), STOPP-Frail y LESS-CHRON (List of Evidence-Based Deprescribing for Chronic Patients criteria), han sido desarrolladas para facilitar la identificación de medicación potencialmente inapropiada y guiar el proceso de desprescripción (11-14).

En Paraguay, la formación de especialistas en medicina familiar busca capacitar profesionales con una visión integral del paciente, capaces de gestionar la complejidad de las enfermedades crónicas y la polifarmacia. Sin embargo, se desconoce en gran medida cómo los médicos residentes de esta especialidad perciben y abordan la desprescripción en su práctica diaria. Comprender sus percepciones, actitudes y los desafíos que enfrentan es crucial para identificar necesidades formativas y desarrollar estrategias que promuevan una prescripción más racional y segura.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar las percepciones, actitudes y desafíos de los médicos residentes de medicina familiar en Paraguay respecto a la desprescripción de medicamentos, y cómo estas se relacionan con variables sociodemográficas, el año de residencia médica y la unidad formadora, durante el año

2023.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 *Diseño del estudio y período*

Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y de corte transversal. La recolección de datos se realizó desde el 1 de julio de 2023 hasta el 15 de octubre de 2023.

2.2 *Población y muestra*

La población enfocada comprendió a médicos residentes de primer, segundo y tercer año de la especialidad de medicina familiar de todas las unidades formadoras en Paraguay. La población accesible incluyó a aquellos residentes que aceptaron participar en el estudio y que realizaban su práctica médica en diversos hospitales del país, incluyendo el Hospital de Clínicas, Hospital Militar, Hospital Rigoberto Caballero, Instituto de Previsión Social, y varios hospitales regionales y distritales.

Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Considerando una población estimada de 383 médicos residentes de Medicina Familiar y basándose en la posibilidad a favor del 81 % reportada en el estudio de Bilbao et al. (15), con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 7 %, se estimó un tamaño muestral mínimo de 92 participantes.

2.3 *Criterios de inclusión y exclusión*

Se incluyeron médicos que se encontraban cursando un programa de especialización en Medicina Familiar en Paraguay y que contaron con acceso a internet para responder la encuesta. Se excluyeron aquellos médicos que se negaron a participar en el estudio.

2.4 *Variables e instrumentos de recolección de datos*

Se recolectaron variables sociodemográficas como edad (años), sexo (masculino, femenino), lugar de residencia (capital, central, interior), año de residencia médica (primero, segundo, tercero) y unidad formadora (pregunta abierta, posteriormente categorizada).

Para evaluar las percepciones, actitudes y desafíos hacia la desprescripción, se utilizó el cuestionario PACPD-12 (Perceptions, Attitudes, and Challenges of Physicians towards Deprescribing) (15). Este instrumento consta de 12 preguntas que abordan diversos aspectos de la desprescripción, incluyendo la percepción de sus beneficios, grupos preferentes para su aplicación, priorización en la práctica diaria, opinión general sobre el acto de desprescribir, actitud personal, existencia de un abordaje específico, fármacos considerados para desprescribir, razones para desprescribir, utilidad de criterios/herramientas, facilitadores y barreras. Algunas preguntas permitían respuestas múltiples. El cuestionario fue distribuido de manera virtual mediante la plataforma Formularios de Google.

2.5 Procedimiento de reclutamiento y recolección de datos

Se contactó a los médicos residentes de Medicina Familiar de las diferentes unidades formadoras del Paraguay. Aquellos que aceptaron participar recibieron un enlace al cuestionario en línea. Antes de iniciar el cuestionario, se les proporcionó información sobre los objetivos del estudio y se solicitó su consentimiento informado de manera implícita al aceptar participar.

2.6 Análisis estadístico

Los datos recopilados fueron tabulados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel® 2019 y posteriormente exportados al programa SPSS® versión 21 para su análisis. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y media y desviación estándar (DE) para la variable continua (edad). Se evaluó la normalidad de la variable edad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para analizar la asociación entre las respuestas del cuestionario PACPD-12 y las variables sociodemográficas, año de residencia y unidad formadora, se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson para variables categóricas. En casos donde los supuestos de la prueba de Chi-cuadrado no se cumplieron o para comparar medianas entre dos o más grupos independientes para variables ordinales o continuas no normales, se podrían haber empleado pruebas no paramétricas como la U de Mann-Whitney (dos grupos) o Kruskal-Wallis (más de dos grupos), aunque el texto original menciona su uso general. Se consideró un nivel de significancia estadística con un valor de $P < 0,05$.

2.7 Consideraciones éticas

El estudio se adhirió a los principios éticos de autonomía, asegurando la participación voluntaria. Se garantizó la justicia mediante el anonimato de los participantes durante la recolección, análisis y presentación de los resultados. Se buscó la beneficencia al orientar sobre la importancia de la desprescripción. El principio de no maleficencia se cumplió al asegurar que la participación no implicara riesgos para la integridad personal de los encuestados. Se obtuvo la aprobación correspondiente.

3. RESULTADOS

Se encuestó a un total de 99 médicos residentes de medicina familiar. La edad promedio de los participantes fue de 29,51 años ($DE \pm 3,31$; rango: 24–42 años). La distribución de la variable edad no fue normal (Kolmogorov-Smirnov, $P < 0,001$). Del total de participantes, 67 (67,7 %) fueron mujeres y 32 (32,3 %) hombres. En cuanto al lugar de residencia, 30 (30,3 %) residían en la capital, 39 (39,4 %) en el departamento Central y 30 (30,3 %) en el interior del país. La distribución por año de residencia médica fue equitativa: 30 (30,3 %) cursaban el primer año, 39 (39,4 %) el segundo año y 30 (30,3 %) el tercer año. Los participantes provenían de 21 unidades formadoras distintas, siendo el Hospital de Clínicas el que aportó la mayor proporción con 20 residentes (20,2 %). Un total de 27 residentes (27,3 %) pertenecían al programa de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción (FCM UNA), mientras que 72 (72,7 %) pertenecían a otras unidades formadoras.

3.1 Percepciones sobre la desprescripción

Respecto a la afirmación «La desprescripción es beneficiosa», una mayoría combinada del 63,6 % de los residentes estuvo «De acuerdo» (30,3 %) o «Totalmente de acuerdo» (33,3 %). Un 23,2 % se mostró neutral, mientras que un 9,1 % estuvo «En desacuerdo» y un 4,0 % «Totalmente en desacuerdo». Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en esta percepción según la unidad formadora ($P=0,046$): los residentes del grupo FCM – UNA mostraron un mayor acuerdo (33,3 % «De acuerdo» y el 51,9 % «Totalmente de acuerdo») en comparación con los de «otras» unidades formadoras (29,2 % «De acuerdo» y el 26,4 % «Totalmente de acuerdo»).

Al preguntar sobre el grupo etario en el que preferiblemente realizarían la desprescripción, el 31,3 % eligió la población geriátrica, el 12,1 % adultos, el 11,1 % pediatría, y un 42,4 % indicó que la realizaría en «todos» los grupos sin preferencia, mientras que un 3,0 % no la realizaría en «ninguno». No se encontraron asociaciones significativas entre esta preferencia y las variables sociodemográficas estudiadas.

En relación con el enunciado «La desprescripción NO debería ser algo prioritario en la práctica diaria», el 44,4 % de los encuestados adoptó una postura «Neutral». Un 20,2 % estuvo «Totalmente en desacuerdo» y un 15,2 % «En desacuerdo», mientras que un 14,1 % estuvo «De acuerdo» y un 6,1 % «Totalmente de acuerdo». Se observó una diferencia significativa según el sexo ($P=0,040$): las mujeres tendieron a mostrarse más en desacuerdo con la afirmación (49,3 % neutral, el 11,9 % en desacuerdo, el 25,4 % totalmente en desacuerdo) en comparación con los hombres (34,4 % neutral, el 21,9 % en desacuerdo, el 9,4 % totalmente en desacuerdo, pero con un 25 % de acuerdo).

Cuando se les pidió que eligieran el enunciado que mejor expresaba su opinión sobre el acto de desprescribir, el 37,4 % consideró que «Hace más bien que mal a los pacientes», mientras que un 35,4 % opinó que «Hace más mal que bien a los pacientes». Un 19,2 % indicó que «Ni beneficia ni daña a los pacientes», y un 8,1 % respondió «No estoy seguro/a». El año de residencia influyó significativamente en esta opinión ($P=0,028$). Los residentes de primer año opinaron mayoritariamente que la desprescripción «Hace más bien que mal a los pacientes» (46,7 %), mientras que los de tercer año tendieron a opinar que «Hace más mal que bien a los pacientes» (53,3 %). La opción «Ni beneficia ni daña» fue más elegida por los residentes de segundo año (28,2 %).

3.2 Actitudes y prácticas en desprescripción

Al evaluar cuán positivos eran los residentes en relación con la desprescripción de medicamentos a sus pacientes, el 48,5 % se consideró «Neutral», el 34,3 % «Positivo», el 13,1 % «Muy positivo», el 3,0 % «Negativo» y el 1,0 % «Muy negativo». No se encontraron asociaciones significativas con otras variables.

Respecto a la afirmación «Tengo una manera específica de abordar la desprescripción con mis pacientes», el 41,4 % respondió «Neutral», el 22,2 % «De acuerdo», el 12,1 % «Totalmente de acuerdo», y proporciones iguales del 12,1 % para «En desacuerdo» y «Totalmente en desacuerdo». No se hallaron diferencias significativas.

En cuanto a los fármacos que consideran habitualmente desprescribir, las benzodiazepinas fueron las más mencionadas (63,6 %), seguidas por los antibióticos (48,5 %) y los opioides (44,4 %). Otras categorías incluyeron inhibidores de la bomba de protones

(31,3 %), antidepresivos (33,3 %), estatinas (27,3 %), antiagregantes plaquetarios (24,2 %), antipsicóticos y anticonvulsivantes (24,2 %), y vitaminas/suplementos (22,2 %).

La consideración de desprescribir benzodiacepinas fue significativamente más frecuente en médicos de sexo masculino (78,1 %) que en femenino (56,7 %) ($P=0,038$). Los residentes de tercer año consideraron desprescribir benzodiacepinas con mayor frecuencia (83,3 %) comparado con los de segundo (56,4 %) y primer año (53,3 %) ($P=0,026$). Por el contrario, la desprescripción de antibióticos fue más considerada por los de primer año (73,3 %) que por los de segundo (43,6 %) y tercer año (30,0 %) ($P=0,003$). La consideración de desprescribir antipsicóticos y anticonvulsivantes fue mayor en residentes de primer año (40,0 %) y del interior del país (40,0 %) ($P=0,016$ para ambas comparaciones). Los residentes del interior del país también consideraron menos la desprescripción de inhibidores de la bomba de protones (10,0 % vs. 40,0 % capital y 41,0 % central; $P=0,011$) y estatinas (16,7 % vs. 20,0 % capital y 41,0 % central; $P=0,045$). Los médicos del postgrado FCM-UNA consideraron desprescribir antiagregantes plaquetarios (40,7 % vs. 18,1 % otros; $P=0,019$), inhibidores de la bomba de protones (48,1 % vs. 25,0 % otros; $P=0,027$) y estatinas (44,4 % vs. 20,8 % otros; $P=0,019$) con mayor frecuencia que los de otras unidades formadoras.

3.3 Razones, criterios y facilitadores para la desprescripción

La razón más prevalente para desprescribir un fármaco fue «Reducir daños debidos a efectos adversos» (77,8 %), seguida por «La medicación tiene un beneficio mínimo para el paciente a la vista de su edad y comorbilidades» (52,5 %). «Reducir la carga terapéutica» fue mencionada por el 37,4 %, «En las últimas guías el fármaco no está indicado» por el 26,3 %, y «Reducir el coste del tratamiento» por el 24,2 %.

Las mujeres consideraron «Reducir daños debidos a efectos adversos» con mayor frecuencia (83,6 %) que los hombres (65,6 %) ($P=0,044$). La razón «En las últimas guías el fármaco no está indicado» fue menos considerada por residentes del interior (3,3 %) comparado con capital (36,7 %) y central (35,9 %) ($P=0,003$). «Reducir el coste del tratamiento» fue menos considerada por residentes de tercer año (6,7 %) que por los de primer (26,7 %) y segundo año (35,9 %) ($P=0,018$). Se observó que la consideración de «Reducir la carga terapéutica» como razón para desprescribir se asoció con una mayor edad de los médicos residentes (media de edad de quienes la eligieron: 30,5 años vs. 28,9 años de quienes no; U de Mann-Whitney, $P=0,020$).

Respecto a los criterios o herramientas para la desprescripción, un 78,8 % de los encuestados indicó «No estoy familiarizado con estos criterios». Entre quienes los conocían, el criterio STOPP/START fue el más mencionado (16,2 %), seguido por STOPP-Frail (6,1 %), LESS-CHRON (6,1 %) y Beers (4,0 %). Un 2,0 % consideró que «Los criterios no son útiles». No se encontraron asociaciones significativas.

En cuanto a los facilitadores para la desprescripción, la «Formación en desprescripción de medicamentos específicos» fue la opción más elegida (76,8 %), seguida por «Que el servicio al que perteneces dirija la atención hacia la desprescripción (dirigir recursos)» (36,4 %), «Incorporar otro miembro en tu servicio (experto)» (23,2 %) y «Alertas puestas por un Lic. en farmacia en la historia clínica» (6,1 %). La necesidad de «Formación en desprescripción» fue significativamente mayor entre los residentes de primer año (93,3 %) comparado con los de segundo (61,5 %) y tercer año (80,0

%) ($P=0,007$). La opción «Que el servicio al que perteneces dirija la atención hacia la desprescripción» fue más elegida por residentes de segundo (43,6 %) y tercer año (46,7 %) que por los de primer año (16,7 %) ($P=0,026$). La elección de «Incorporar otro miembro en tu servicio (experto)» se asoció con una mayor edad de los médicos residentes (media de edad de quienes la eligieron: 31,1 años vs. 29,0 años de quienes no; U de Mann-Whitney, $P=0,013$).

3.4 Barreras y factores favorecedores

Las barreras más frecuentemente reportadas fueron «Fármacos prescritos por otros/no seguro de la indicación» y «Resistencia del paciente/familia», ambas con un 45,5 %. Otras barreras incluyeron «Preocupación por efectos adversos tras desprescripción» (43,4 %), «Falta de tiempo para abordar la desprescripción» (40,4 %), «Falta de experiencia» (37,4 %), «Dañar la relación con el médico prescriptor» (17,2 %), «Presión para prescribir de acuerdo a las guías» (9,1 %) y «Que el paciente cree que no merece la pena tratarle» (8,1 %).

El factor que más llevaría a los residentes a desprescribir fue la «Existencia de medicación potencialmente inapropiada» (64,6 %), seguido de cerca por «Gran número de medicamentos prescritos» (62,6 %). Otros factores incluyeron «Síntomas agudos posiblemente relacionados con la medicación» (57,6 %), «Comorbilidades concomitantes como alteración hepática que afecte el metabolismo de fármacos» (56,6 %), «Estatus socioeconómico bajo del paciente» (44,4 %), «Edad avanzada» (42,4 %), «Abuso concomitante de alcohol» (30,3 %) y «Existencia de patologías crónicas» (19,2 %).

4. DISCUSIÓN

Este estudio proporciona una visión detallada de las percepciones, actitudes y desafíos que enfrentan los médicos residentes de medicina familiar en Paraguay con respecto a la desprescripción de medicamentos. Los hallazgos revelan una conciencia general sobre los beneficios de esta práctica, aunque con matices importantes influenciados por factores sociodemográficos, el año de formación y la institución educativa.

La mayoría de los residentes (63,6 %) consideró que la desprescripción es beneficiosa, un porcentaje inferior al 100 % reportado en un estudio similar en España utilizando el mismo cuestionario PACPD-12 (15). Es notable que los residentes del postgrado de la FCM-UNA mostraron un acuerdo significativamente mayor, lo que podría sugerir diferencias en el énfasis curricular o en la cultura institucional hacia la optimización farmacoterapéutica.

La preferencia por realizar la desprescripción en la población geriátrica, o en todos los grupos etarios según necesidad, es coherente con la literatura, que destaca a los adultos mayores como el grupo con mayor carga de polifarmacia y, por ende, mayor necesidad de intervenciones de desprescripción (16). En cuanto a los fármacos considerados para desprescribir, las benzodiacepinas, antibióticos y opioides fueron los más mencionados. La alta consideración de las benzodiacepinas es esperable dados sus conocidos efectos adversos y potencial de dependencia, especialmente en adultos mayores (19).

Las diferencias observadas en la propensión a desprescribir ciertos grupos farmacológicos según el sexo del médico, lugar de residencia, año de residencia y unidad formadora son hallazgos interesantes que merecen mayor exploración. Por ejemplo, la mayor tendencia de los residentes de tercer año a desprescribir benzodiacepinas podría reflejar una mayor experiencia clínica y confianza, mientras que la mayor consideración de desprescribir antibióticos por residentes de primer año podría estar ligada a una formación reciente en uso racional de antimicrobianos.

Las principales razones aducidas para desprescribir, como «reducir daños debidos a efectos adversos» y «beneficio mínimo del medicamento», coinciden con estudios internacionales (18), subrayando la preocupación por la seguridad del paciente. Un hallazgo preocupante es el elevado desconocimiento (78,8 %) de herramientas y criterios específicos para la desprescripción (Beers, STOPP/START, etc.), una cifra considerablemente mayor que el 22,9 % de conocimiento reportado en un estudio en Nigeria (20), aunque en ambos casos STOPP/START fue el más conocido entre quienes sí los utilizaban.

La necesidad de «formación en desprescripción» fue el facilitador más solicitado, especialmente por residentes de primer año, lo cual es consistente con el desconocimiento de herramientas específicas. Los médicos más jóvenes también tendieron a preferir la formación, mientras que aquellos con más edad (y posiblemente experiencia) se inclinaron por asesoramiento externo, como alertas de farmacéuticos, hallazgos similares a los de Nadarajan et al. (18).

Las barreras identificadas, como «fármacos prescritos por otros» y «resistencia del paciente/familia», son comunes en la literatura internacional (17). La influencia del sexo, año de residencia y unidad formadora en la percepción de estas barreras sugiere que las dinámicas interprofesionales y la comunicación con el paciente son aspectos clave que varían entre subgrupos.

Este estudio es pionero en explorar las percepciones sobre desprescripción en médicos residentes de medicina familiar en Paraguay utilizando un instrumento validado. La inclusión de múltiples unidades formadoras de todo el país aumenta la representatividad de los hallazgos. Sin embargo, existen limitaciones. El muestreo no probabilístico por conveniencia podría introducir sesgos de selección. La naturaleza transversal del estudio no permite establecer causalidad. Aunque el cuestionario PACPD-12 ha sido validado, algunas preguntas podrían ser susceptibles a interpretación.

En conclusión, las percepciones, actitudes y desafíos de los médicos residentes de medicina familiar en Paraguay hacia la desprescripción de medicamentos son complejas y están influenciadas por variables sociodemográficas, el año de residencia y la unidad formadora. Si bien existe un reconocimiento general de los beneficios de la desprescripción, se identificaron importantes áreas de mejora, particularmente en cuanto al conocimiento de herramientas específicas y la necesidad de formación continua.

REFERENCIAS

1. Rodríguez-Pérez A, Santos-Ramos B, Alfaro-Lara ER. Desprescripción: guiando su definición. *Farm Hosp.* 2017;41(6):698-9.

2. Vázquez ML, Romero NV, Mariño AT. Retos en la prescripción de medicamentos: el sobretratamiento. *Butlletí d'informació terapèutica*. 2020;31(7):42-8.
3. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Carballo Pérez M, Larrondo Viera JJ. Polifarmacia en los adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005 Abr;21(1-2):0-0.
4. Homero GE. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2012;23(1):31-5.
5. Rivera Plaza L. Prescripción inadecuada de fármacos y su relación con el cumplimiento terapéutico en pacientes polimedicados. *Gerokomos*. 2018;29(3):123-7.
6. Zayas ARP, Pérez JRP, Santos JB. Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor, una polémica en la prescripción. *Rev Cubana Farm [Internet]*. 2019 [citado 2023 Oct 20];52(2). Disponible en: <https://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/335>
7. Barcos Pina I, Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G. Prevención cuaternaria: de la medicina clínica a la medicina social. *Rev Cubana Salud Pública*. 2020;45(4):e1506.
8. Juan-Roldán JI de, Gavilán-Moral E, Leiva-Fernández F, García-Ruiz AJ. Validación al castellano del cuestionario revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) para evaluar las actitudes de los pacientes hacia la deprescripción. *Protocolo de investigación. Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021;56(4):218-24.
9. González Sánchez M. Estrategias para la deprescripción de medicamentos en pacientes crónicos mayores: revisión bibliográfica [Tesis]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2020. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/103114/GONZALEZ%20SANCHEZ%20MARIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Peredo-Silva L, Lifshitz A, Reyes-Morales H, Mino-León D. Los médicos y la industria farmacéutica: impacto sobre actitudes y hábitos de prescripción. *Gac Med Mex*. 2020;156(6):556-62.
11. Pastor Cano J, Aranda García A, Gascón Cánovas J, Rausell Rausell V, Tobaruela Soto M. Adaptación española de los criterios Beers. *An Sist Sanit Navar*. 2015;38(3):375-85.
12. Acosta CG, Vilosio JO, Saimovici J. Actualización de los criterios STOPP-START: una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. *Evid Act Pract Ambul*. 2015;18(4):115-9.
13. García-Orihuela DCM. Prescripciones potencialmente inapropiadas de medicamentos en ancianos al final de la vida. *Rev Inf Cient*. 2022;101(2 Sup):e3915.
14. Sotillo Sánchez I. Identificación de oportunidades de desprescripción en pacientes pluripatológicos [Tesis]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2021. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/133271/SOTILLO%20SANCHEZ%20IRENE.pdf?sequence=1>
15. Bilbao EV, Olaizola AM, Elgezabal DM, Mitxelena IA, Otaolea KF, Eizagirre MA. ¿Qué opinan los médicos de atención primaria sobre la deprescripción? *J Healthc Qual Res*. 2020;35(2):87-93.
16. Alemán Fernández E. Polifarmacia en pacientes mayores de 60 años en la Atención Primaria. *Medicentro Electrónica [Internet]*. 2023 [citado 2023 Oct 20];27(1):e3685. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432023000100016
17. Marquina-Márquez A, Olry-de Labry-Lima A, Bermúdez-Tamayo C, Ferrer-López I, Marcos-Marcos J. Identifying barriers and enablers for benzodiazepine (de)prescription: a qualitative study with patients and healthcare professionals. *An Sist Sanit Navar*. 2022;45(2):e0979.
18. Nadarajan K, Balakrishnan T, Yee ML, Soong JL. The attitudes and beliefs of doctors towards deprescribing medications. *Proc Singapore Healthc*. 2018;27(1):41-8.
19. Akande-Sholabi W, Ajilore CO, Ilori T. Evaluation of physicians' knowledge of deprescribing, deprescribing tools and assessment of factors affecting deprescribing process. *BMC Prim Care*. 2023 Jan 25;24(1):31.
20. Goyal P, Anderson TS, Bernacki GM, Marcum ZA, Orkaby AR, Kim D, et al. Physician Perspectives on Deprescribing Cardiovascular Medications for Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(1):78-86.