Universidad de la República
Facultad de Psicología. Licenciatura en Psicología

Uso de las benzodiazepinas en los trastornos de ansiedad

Trabajo Final de Grado

Douglas Arrillaga Valerius
CI: 4.549.935-9

Modalidad: Monografía
Tutora: Prof. Titular Dra. Andrea Bielli
Revisor: Prof. Agda. Dra. Pilar Bacci

Montevideo, 17 de Julio 2025

Resumen

Esta monografía se propone analizar críticamente la práctica del uso de las benzodiazepinas (BDZ) en los trastornos de ansiedad. Buscando contribuir en una reflexión crítica y contextualizada de su uso. Para ello, se explora el concepto de ansiedad, qué son las BDZ, y las controversias que aún persisten en torno a su uso. También se analiza qué sucede en Uruguay en relación a la prescripción, consumo y la disponibilidad de datos oficiales. Este trabajo parte de la revisión del concepto de trastorno mental, específicamente en los trastornos de ansiedad y su clasificación, destacando las implicancias de los criterios diagnósticos, cuestionando su objetividad y la influencia de intereses farmacéuticos en su construcción. A su vez, se muestra cómo las BDZ desde su introducción en los años sesenta, se consolidaron como fármacos de referencia para el tratamiento de la ansiedad, desplazando a los barbitúricos y alcanzando una gran popularidad, debido a sus efectos ansiolíticos y sedantes. No obstante, su eficacia ha sido cuestionada por su potencial adictivo, efectos adversos y el riesgo asociado a la cronificación de su uso. A pesar de ello, las BDZ siguen siendo ampliamente consumidas a nivel mundial y mantienen una presencia constante en el mercado farmacéutico. En el caso de Uruguay, la ausencia de datos oficiales sobre la prescripción, venta y consumo de estos medicamentos dificulta evaluar con precisión la situación nacional. Sin embargo, estudios preliminares sugieren que el país presenta altos niveles de consumo. Entonces ¿Por qué no se encuentran los datos disponibles al público?

Palabras claves: Benzodiazepinas (BDZ), Trastornos de ansiedad, Fármaco.

Índice

1- Introducción…… ……..……..……..3

2- La Ansiedad como trastorno……..5

2.1 Aproximándonos a la noción de trastorno.....5

2.2 La ansiedad como trastorno ¿que lo hace trastorno?.....6

2.3 Recorrido histórico del término “Trastorno de Ansiedad”..……..……
12

3- Un Grupo farmacológico para tratar la ansiedad ……...……..…..17

3.1 Las Benzodiazepinas……...…....17

3.2 Antecedentes generales “*Un breve recorrido histórico*”……...18

3.3 ¿Qué tan eficaces son las Benzodiazepinas en el “tratamiento” de los Trastornos de Ansiedad?.....22

4- Uso de las benzodiazepinas en los trastornos de ansiedad……...24

4.1 Un grupo farmacológico para tratar la ansiedad en Uruguay…….24

4.2 La práctica de prescripción ¿un problema irracional? 25

4.3 Consumo de las benzodiazepinas en Uruguay……....30

5- Reflexiones finales……..…34

6- Referencia bibliográfica…….37

1-Introducción

El interés por investigar el uso de las benzodiazepinas (BDZ) en los trastornos de ansiedad surge a partir de una experiencia directa en el ámbito de la farmacia hospitalaria. Ya que hace más de 10 años que desempeño mi actividad laboral en este rubro. Esto lo menciono debido a que no solo he desempeñado mi labor en el ámbito de la dispensación de fármacos ambulatorios (desde Farmacia Principal), donde el usuario mediante receta o medicación electrónica retira el fármaco. Sino que también, he desempeñado mi labor en Dosis Unitaria, donde la dispensación de los fármacos es para los usuarios que se encuentran internados. En ambos lugares, he observado con preocupación la alta frecuencia de prescripción y cronificación de estos fármacos. Esto despertó en mí el deseo de profundizar y analizar el tema. Por lo que, en mi trabajo final de grado se abordará dicha temática.

La ansiedad es una experiencia común que todos los sujetos atravesamos; sin embargo, puede parecer sencillo hablar en términos generales de la ansiedad. Suponer que todos compartimos las mismas ansiedades, no es correcto, ya que la intensidad y las causas varían considerablemente de una persona a otra, lo que da lugar a "mapas del miedo" únicos en cada sujeto (Horwitz y Wakefield 2012). Pero, si la ansiedad se presenta con duración e intensidad desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca, se produce la ansiedad patológica. En este sentido, se considera patológica cuando esta interfiere con la capacidad del individuo para poder afrontar el estrés cotidiano de la vida, las relaciones personales o las exigencias laborales (Álvarez et al., 2019).

En cuanto al tratamiento de los trastornos de ansiedad, las BDZ han ocupado un lugar destacado durante más de medio siglo, convirtiéndose en una de las principales opciones terapéuticas (Bielli et al., 2019). Desde su introducción en los años sesenta, en el mercado farmacéutico, estos fármacos han tenido gran popularidad, reflejándose en el alto consumo a nivel mundial y en su continua presencia en el mercado. A pesar de las críticas respecto a los efectos secundarios, su éxito técnico y cultural ha permitido que estos fármacos se integren tanto en los diferentes aspectos de la vida social como en la práctica clínica. Si bien Gotzsche (2016) sostiene que, la psicoterapia posee una mejor relación riesgo-beneficio que los fármacos, los tratamientos farmacológicos son los más comunes. Tal es el caso del alprazolam, BDZ utilizada con mayor frecuencia en el tratamiento de la angustia, siendo el quinto fármaco de mayor uso en los Estados Unidos,“algo tan terrible como sorprendente si tenemos en cuenta que causa ataques de angustia y de pánico a

largo plazo, y que puede inducir un gran número de suicidios y homicidios.” (Gotzsche, 2016, p.157).

En Uruguay, la falta de datos oficiales sobre la prescripción, la venta y el consumo de medicamentos, representa una limitación significativa para determinar con precisión la situación actual en relación al consumo y el uso de las BDZ (Bielli et al., 2019). A pesar de esta falta de información sistematizada, existen indicios que permiten inferir que el patrón de consumo de BDZ en el país comparte varias características con las tendencias observadas a nivel internacional. Entonces: ¿Cómo es la prescripción de las BDZ en el Uruguay?, ¿Qué sucede con los pacientes que consumen estos fármacos y cómo es su abordaje?

Por ello esta monografía se propone analizar críticamente la práctica del uso de las BDZ en los trastornos de ansiedad. Partiendo de lo qué se considera un trastorno de ansiedad, cómo se diagnostica, y por qué las BDZ han sido históricamente elegidas como tratamiento. Por lo cual, se explora el concepto de ansiedad, qué son las BDZ y las controversias que aún persisten en torno a su uso. Como también analizar qué sucede en Uruguay con respecto a la prescripción, consumo y datos que se tienen de la situación del país. Buscando contribuir a una reflexión crítica y contextualizada del usos de las BDZ.

2- La ansiedad como trastorno

2.1 Aproximándonos a la noción de trastorno

En la actualidad, las temáticas sobre la salud mental han tomado relevancia y no es de extrañar que exista una dificultad relacionada con el infradiagnóstico de los trastornos mentales. Por lo que, es de suma importancia contar con determinados criterios para diagnosticarlos adecuadamente (Álvarez et al., 2019). Uno de los criterios utilizados para definir los trastornos mentales es establecido, como mencionan Horwitz y Wakefield (2012), por las consecuencias perjudiciales, incapacitantes, angustiosas, o dañinas de una condición. Según Gøtzsche (2016), se define a la enfermedad mental como una "constelación de síntomas" (p.26), trastornos que afectan el comportamiento, los pensamientos y el ánimo, lo que genera alteraciones en el desempeño cotidiano, causando estrés y afectando negativamente la vida del sujeto. Este enfoque es incluido como parte de la definición de trastorno por el DSM, a través de su criterio de significaciones clínicas, lo que implica que los síntomas deben causar un deterioro en el sujeto para poder ser considerados (Horwitz y Wakefield, 2012).

Ante la falta de indicadores fisiológicos que permitan definir las enfermedades mentales, se sostiene que los trastornos mentales reflejan valores sociales (Horwitz y Wakefield, 2012). En este sentido, Gøtzsche (2016) afirma que "los diagnósticos psiquiátricos no son más que constructos sociales" (p.25). De acuerdo con Horwitz y Wakefield (2012), este tipo de análisis es común entre críticos de los psiquiatras, historiadores y científicos sociales, quienes argumentan que los trastornos mentales son determinados y definidos por una sociedad, ya que "no existen criterios independientes que puedan definir el trastorno más allá de las normas y definiciones culturales" (p.28). Además, los autores añaden que el trastorno y la normalidad no son discontinuos, sino que se encuentran en puntos diversos de un espectro compartido, variando sólo el grado. Este enfoque estadístico considera niveles altos, medios y bajos, situando a los trastornos mentales en un extremo dentro de esa distribución estadística.

Por otro lado, la American Psychiatric Association (2014), define al trastorno mental como un síndrome caracterizado por alteraciones clínicamente significativas del estado cognitivo, que reflejan disfunciones en los procesos biológicos y psicológicos del individuo, afectando tanto su comportamiento como la regulación de sus emociones. Estas alteraciones repercuten en la vida cotidiana del sujeto, ya sea a nivel laboral, social o en

otras actividades, generando sufrimiento. Además, no se consideran trastornos mentales aquellas respuestas aceptables o esperables ante una pérdida o estrés, ni los comportamientos anómalos que no entren en la descripción establecida en el DSM. A su vez American Psychiatric Association (2014) menciona que, ninguna definición puede abordar todos los aspectos de cada uno de los trastornos que están incluidos en el Manual de trastornos mentales (DSM-5) sin embargo, se necesita cumplir con determinados elementos.

2.2 La ansiedad como trastorno ¿que lo hace trastorno?

Como parte de la estructura de la vida moderna, se generan preocupaciones que surgen a diario o incluso en cada momento (Horwitz y Wakefield, 2012) . Es evidente que existan múltiples razones para que surjan temores como respuestas apropiadas a contextos amenazantes, donde los síntomas de ansiedad resultantes pueden ser intensos. Algunos temores son adquiridos cognitivamente o como herencia biológica, estas variedades de temores y preocupaciones pueden presentarse en sujetos que no padecen ningún trastorno, pero puede dar lugar a que se genere algún trastorno de ansiedad.

En términos generales parece fácil hablar de la ansiedad, como si todos los sujetos compartieran las mismas ansiedades básicas, pero la intensidad y las fuentes varían de persona a persona (Horwitz y Wakefield, 2012). Como mencionan Álvarez et al. (2019), la ansiedad también se define como un afecto, que en situaciones de alerta frente a posibles amenazas, facilita nuestra defensa ya sea huyendo o afrontando el peligro. Por lo que en nuestro transcurso de vida se puede manifestar en diferentes magnitudes, resultando favorable para actuar.

Horwitz y Wakefield (2012), mencionan que el miedo es utilizado para referirse a una emoción que surge en respuesta a un peligro. En general el miedo tiene un objeto, si un sujeto tiene miedo, tiene miedo de algo, como a las arañas, a la sangre o a los extraños entre otros. Por lo tanto, el miedo consiste en un estado desagradable de excitación corporal, que prepara al cuerpo a una acción vigorosa y rápida para eludir el peligro, además de estar acompañado de una atención mental frente a ese estresor externo. Entonces, el miedo es resultante a una respuesta de peligro inmediato y específico. El cual puede ser expresado mediante erizamiento del cabello, temblores, sudor frío, ojos muy abiertos, palidez, cuerpo encogido o inmóvil, relajación de la mayoría de los músculos, entre otras.

Mientras que la ansiedad según Horwitz y Wakefield (2012), puede ser referida al peligro que está más lejos en el futuro. Este uso de significado de ansiedad, es referido a lo que podría suceder y no a un peligro existente. Otro uso de este término, el más utilizado en psicología, está referido a un tipo de excitación a nivel corporal, en el cual se ve involucrado sentimientos de miedo o terror sin que se encuentre implicado una amenaza consciente. La ansiedad, tanto normal como desordenada, se pueden manifestar de diversas formas, como los síntomas fisiológicos, dificultad para respirar, palpitaciones, sudoración intensa y mareos, temblores de mano; siendo las psicológicas, el nerviosismo, el miedo y la preocupación, la aprehensión; y por último las conductas, como el retraimiento y la evitación.

A diferencia del miedo, la ansiedad no tiene que estar dirigida de manera consciente, a un objeto en particular o situación, por lo que, la ansiedad es una amenaza resultante de fuentes internas y no se encuentra vinculada a un objeto específico (Horwitz y Wakefield, 2012). La sensación que genera la misma es similar a la que se tiene por miedo a algo, es decir, el miedo consiste en ansiedad dirigida a un objeto, mientras que la ansiedad, por lo tanto, es simplemente la sensación de miedo, el cual se puede encontrar dirigida o no a un objeto.

De acuerdo con Horwitz y Wakefield (2012), existen diversas fuentes de ansiedad, algunas surgen de situaciones amenazantes, como puede ser una enfermedad grave, una posible hipoteca, la pérdida de un trabajo, entre otras. En el transcurso de la vida también se presentan amenazas cotidianas, como es llegar tarde, faltar al trabajo o a una reunión, llevar atuendo de vestimenta errados para la ocasión. Como mencionan los autores, estamos “biológicamente diseñados de tal manera que es más fácil que nuestras emociones angustiantes influyan en nuestros pensamientos, que nuestros pensamientos obtengan el control sobre estas emociones” (p.58). Pudiendo fallar estos mecanismos dando lugar a trastornos.

Los trastornos de ansiedad según American Psychiatric Association (2014), comparten características de ansiedad y miedo excesivo, así como alteraciones en las conductas. Diferenciándose de la ansiedad o el miedo normal debido a que estos son persistentes o excesivos, distinguiéndose de miedo o ansiedad transitoria, que muchas veces son provocadas por estrés. La actual psiquiatría, clasifica a los trastornos de ansiedad como afecciones en las que las personas sienten una ansiedad intensa (Horwitz y Wakefield, 2012). Por su parte Kuaik y De la Iglesia (2019), agregan que:

> Se activan esquemas inadaptativos que sesgan el procesamiento de la información a través de contenidos proposicionales relacionados con amenazas físicas o

> psíquicas y sentimientos de vulnerabilidad. (...) Se manifiesta de forma espontánea, inesperada y recurrente en ausencia de un estímulo amenazante. Es provocada por un rango amplio de situaciones o señales externas e internas inocuas, cuya intensidad de la amenaza es relativamente baja. (p.48).

También mencionan Horwitz y Wakefield (2012), que más del cincuenta por ciento de la población en algún momento de su vida sufre de trastornos de ansiedad. Siendo entonces, lo anteriormente mencionado una afirmación veinte veces mayor que lo que se mencionaba hace 30 años atrás en el DSM.

Por lo tanto, los trastornos de ansiedad según American Psychiatric Association (2014), se distinguen entre sí, según las situaciones u objetos que provocan la ansiedad, miedo o conductas evitativas asociadas. Los mismos se pueden distinguir, mediante el análisis detallado del tipo de situaciones que se evita o se teme y del contenido de creencias o pensamientos asociados. En el DSM-IV, según Horwitz y Wakefield (2012), se separa en ocho categorías principales a los trastorno de ansiedad, los cuales son:

1. **Fobia específica,** es caracterizado por un miedo persistente y marcado de manera irrazonable o excesivo, impulsado por la anticipación o presencia de una situación específica u objeto; como puede ser las alturas, volar, sangre, recibir una inyección, animales, entre otros.

2. **Fobia social o trastorno de ansiedad sociales,** el sujeto tiene miedo de manera persistente y marcada a que quede expuesto frente a personas de una manera humillante.

3. **Agorafobia,** se caracteriza por evitar lugares o situaciones de las que no pueda escapar, como puede ser evitar estar solos fuera de su casa, estar en un puente, viajar en cualquier medio de transporte, hacer una fila o estar en una multitud.

4. **Trastorno de pánico,** se caracteriza por ataques de pánico recurrentes e inesperados. En un ataque de pánico hay un inicio repentino de terror o temor intenso, a menudo asociado a sentimientos de fatalidad inminente. Durante estos ataques, se encuentran síntomas como palpitaciones, malestar o dolor en el pecho, sofoco o sensación de ahogo, miedo a perder el control o volverse loco, falta de aire, entre otros. Este tiene un inicio repentino y aumenta su intensidad rápidamente.

5. **Trastorno de estrés postraumático,** se desarrolla luego de un estresor traumático extremo, donde los síntomas resultantes incluyen la re-experimentación persistente

del evento; la respuesta al evento debe incluir miedo intenso, horror o impotencia; síntomas persistentes; evitación persistente a estímulos asociados con el trauma.

6. **Trastorno de estrés agudo,** después de la exposición a un estresor traumático extremo se desarrolla la presencia de una ansiedad característica, disociativa, con otros síntomas. Donde el sujeto tiene al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: una reducción en la conciencia de su entorno; desrealización; una sensación subjetiva de desapego o ausencia de respuesta emocional; amnesia disociativa; despersonalización; además el suceso traumático se re-experimenta de manera persistente mediante: recuerdos recurrentes, pensamientos, sueños, imágenes, ilusiones, entre otros; evitación de los recordatorios del trauma por ejemplo puede ser el lugar, personas, actividades; presencia de hiperactivación en respuesta a estímulos que recuerdan el trauma: dificultad para conciliar el sueño, poca concentración, irritabilidad, hipervigilancia, entre otros.

7. **Trastorno obsesivo compulsivo,** se caracteriza por la presencia de compulsiones y obsesiones. Las compulsiones se definen como actos mentales o conductas repetitivas, el sujeto se sienta impulsado a realizar, de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente o en respuesta a una obsesión, los cuales pueden ser ordenar, verificar, rezar, contar, entre otras. Estos actos mentales o conductas se encuentran dirigidas a reducir la angustia, o prevenir algún evento o situación; pero estas conductas o actos mentales no se encuentran conectadas de manera realista con lo que está diseñado para prevenir, neutralizar, ya que son claramente excesivas. En cuanto a las obsesiones son impulsos, pensamientos o imágenes recurrentes que persisten de manera intrusiva e inapropiadamente, las cuales causan ansiedad o angustia marcadas.

8. **Trastorno de ansiedad generalizada** (El TAG), al sujeto le resulta dificultoso controlar la preocupación y la ansiedad, ya que estas son excesivas. Se encuentran acompañadas por al menos tres síntomas adicionales: inquietud, dificultad para concentrarse, fatiga, irritabilidad, alteración del sueño y tensión muscular.

En la actualidad se encuentra la quinta edición del DSM, Tortella-Feliu (2014), mencionan que hay cinco cambios en relación al DSM-IV. Estos son:

a- Los trastornos por estrés postraumático, estrés agudo y el trastorno obsesivo-compulsivo, dejaron de pertenecer a la categoría de los trastornos de ansiedad. Aunque se siga reconociendo su estrecha relación, pasan a pertenecer a secciones separadas, siendo el

primero el capítulo de los trastornos relacionados con estresores y acontecimientos traumáticos, y por último los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados.

b- El DSM-V incorpora también una serie de evaluaciones para cuantificar las manifestaciones clínicas, apareciendo como medidas emergentes; cuyo objetivo es reducir el juicio clínico, avanzando hacia una concepción más dimensional sin ser exclusivamente categórico. Incluyendo tres tipos de inventarios o escalas de cuantificación para los trastornos de ansiedad.

c- Se incluyeron dos trastornos que se encontraban previamente en los trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia, los cuales son el trastorno de ansiedad por mutismos selectivos y el de separación.

d- Dentro de los trastornos de ansiedad que se mantuvieron se generaron modificaciones relevantes, en la crisis de angustia se agrega una consideración en la aplicación a cualquier trastorno mental. Limitando dos tipos de crisis de angustia: crisis inesperadas y esperadas. El trastorno de agorafobia y el trastorno de angustia se independizan sin mantener lazos en comparación al DSM-IV, pero en el caso que se presenten en un sujeto ambas, se deberá diagnosticar de manera independiente.

Para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad social, agorafobia y fobia específica, el DSM-V realizó modificaciones en cuanto a su diagnóstico; eliminando el reconocimiento propio del sujeto de identificarlas como irracional o excesivo, pasando así a que el clínico sea quien lo determine, manteniendo criterios contextuales y culturales. En relación al trastorno por ansiedad social también se eliminó la especificación generalizada, reemplazado por la ejecución, indicado cuando el miedo se limita a actuar o hablar en público.

e- En el apartado de los trastornos de ansiedad se desarrollan en detalle sus criterios diagnósticos y características clínicas, incorporando contemplación detallada sobres las diferencias que se pueden encontrar según el ciclo vital del sujeto, aumentando la información en comparación a las ediciones previas.

Entonces, los trastornos incluidos en el capítulo de trastornos de ansiedad del DSM-V, según la American Psychiatric Association (2014), son los: trastorno de ansiedad por separación; mutismo selectivo; fobia específica, especificando si: animal, entorno natural, sangre-inyección-herida (miedo a la sangre, miedo a las inyecciones y transfusiones, miedo a otra atención médica, miedo a una lesión), situacional u otra; trastorno de ansiedad social, especificando si: sólo actuación; trastorno de pánico; especificador de ataque de pánico;

agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, especificando si: inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, o inicio después del consumo de medicamentos; trastorno de ansiedad debido a otra afección médica; otro trastorno de ansiedad especificado; y otro trastorno de ansiedad no especificado.

Horwitz y Wakefield (2012), mencionan que el DSM intenta distinguir los trastornos de ansiedad normales de los patológicos, para eso, utiliza diversos criterios. Enumerando una lista de síntomas que indican la posibilidad de que un sujeto presente un trastorno. También exigen que se presente un número suficiente de síntomas del grupo definido, el cual debe tener una ansiedad marcada, debiendo cumplir con la duración estipulada. Además, se indica que solo los síntomas que tienen consecuencias incapacitantes o angustiantes, son trastornos, excluyendo así a los estados de ansiedad triviales, inocuos o transitorios. Por último, los trastornos de ansiedad suelen tener criterios que clasifican como irrazonables, excesivos, inesperados o inapropiados, para diferenciar los síntomas del trastorno de los miedos y preocupaciones normales. Por ejemplo, las obsesiones en los trastornos obsesivo-compulsivos son inapropiadas e intrusivas, y sus síntomas son irrazonables o excesivos. Estos términos según los autores, indican un reconocimiento de que por sí solo los síntomas no pueden ser separados, los trastornos de ansiedad de los problemas naturales, sino que los mismos deben ser ubicados en el contexto.

Sin embargo, la definición y clasificación del DSM, generan ambigüedad, como menciona Gøtzsche (2016), esto da lugar a una gran variación en la evaluación de si una persona tiene o no un trastorno mental, así como en la determinación de su tipo específico. Esta falta de claridad dificulta ponerla en práctica, debido a que es ambiguo y subjetivo. Por esto “no me sorprende que, cuando se pidió a un grupo de médicos que usarán los criterios del DSM en personas sanas, una de cada cuatro acabará con un diagnóstico psiquiátrico” (p.34). Los diagnósticos del DSM son arbitrarios, dado que el documento se basa en un consenso alcanzado a través de votaciones, a menudo influenciadas por intereses particulares, como la financiación de la industria farmacéutica.

> A medida que pasaron los años, la cantidad de psiquiatras que participaron en las reuniones para consensuar las enfermedades mentales fue creciendo. En 1994, con el DSM-IV, al proceso de discusión y redacción se sumaron las empresas farmacéuticas. “En un estudio bien documentado de Cosgrove L. y colaboradores, se muestra cómo más de la mitad de los miembros estaban financiados por al menos una empresa farmacéutica”

> (...) Es decir, ¿cómo sería posible separar la enfermedad de la variable económica, política, social o moral, si el consenso es justamente un acuerdo entre observaciones, suposiciones, teorías, cosmovisiones y creencias disímiles respecto de lo que debe ser leído en términos patológicos y lo que no? Las críticas realizadas sobre el DSM son constantes y variadas (Peidro, 2021, p.231).

Un ejemplo de la arbitrariedad de los diagnósticos del DSM a lo largo de la historia, influenciado por intereses, es lo sucedido con la sexualidad en la historia, Peidro (2021), menciona que la psiquiatría fue la encargada de definir qué prácticas sexuales se consideran patológicas. Desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX, diversas investigaciones de psiquiatras contribuyeron a conceptualizar la homosexualidad como una patología y la heterosexualidad como una norma establecida.

En la primera edición del DSM en 1952, la homosexualidad según Peidro (2021), fue incluida como una categoría de enfermedad mental por la Asociación Psiquiatra Americana (APA). Este criterio de inclusión como categoría fue basado en teorías sin evidencia científica, suponiendo que la homosexualiudad era el síntoma de una enfermedad mental. En 1970 surgió la primera marcha del orgullo gay, debido a los disturbios sociales tras las redadas policiales en el bar neoyorquino de Stone Wall. Como consecuencia de las numerosas manifestaciones de la comunidad gay, allí se dio lugar al reclamo para la desvinculación de la homosexualidad del manual DSM. Los reclamos estuvieron dirigidos hacia los psiquiatras de la APA, quienes se basaron en teorías sin evidencia científica para su inclusión como trastorno mental. En 1973, en el DSM-II, se eliminó a la homosexualidad como categoría diagnóstica del apartado de “desviaciones sexuales”. Pero como menciona el autor es en 1974 que APA, luego de una votación entre sus miembros se decide la eliminación de la homosexualidad de la segunda versión del DSM. “Hoy en día, la APA coloca a todo malestar persistente, causado por la propia orientación sexual, como uno de los llamados “trastornos sexuales no especificados "" (Peidro, 2021, p.232). Por lo tanto, es interesante cuestionar lo que es considerado en la actualidad “trastornos mentales”.

2.3 Recorrido histórico del término “Trastorno de Ansiedad”

Desde la práctica médica de la antigua Grecia hasta la medicina occidental moderna, Horwitz y Wakefield (2012) sostienen que, la ansiedad ha sido identificada tanto en su forma normal como patológica, reflejándose en los diagnósticos y en las teorías. Considerando a la ansiedad como uno de los síntomas presentes en diversos trastornos. Según Berrios (2013), en el siglo XVIII, los síntomas de lo que hoy conocemos como

trastornos de ansiedad, no eran considerados como enfermedades específicas, por lo que estaban incluidas en otras enfermedades. Encontrando así a la ansiedad en diferentes áreas clínicas como en el cardiovascular, neurología, el del oído interno, o el gastrointestinal; tomando así cada síntoma como se presenta y tratándola como una afección física real. Pero no es hasta fines del siglo XIX con Freud, que la ansiedad se convirtió en una categoría independiente fundamental del diagnóstico psiquiátrico, ya que el pensamiento de la psiquiatría clásica hasta el momento no reconoció una categoría separada para los trastornos de ansiedad (Horwitz y Wakefield, 2012).

No fue hasta principios del siglo XIX como menciona Berrios (2013), que se comienza a incluir en diversas categorías médicas los síntomas de la ansiedad. Esto se debió a que Landré-Beauvais la conceptualizó como un síndrome que abarcaba tanto aspectos somáticos y subjetivos, los cuales podrían acompañar a diversas enfermedades, dejando de considerarla como síntomas independientes en siglos pasados. Ahora bien, no es hasta mediados del siglo XIX cuando el término ansiedad comenzó a utilizarse en los ensayos médicos para describir un estado mental, el cual entraba en una “gama de las experiencias humanas normales, pero que podía causar o llevar a la enfermedad, incluso a la insania” (p. 311).

Esto propició, de acuerdo con Horwitz y Wakefield (2012), que los síntomas que no alcanzaban la gravedad para ser considerados signos de locura, fuesen explicados desde un término patológico con bases orgánicas, implicando algún mal funcionamiento del sistema nervioso. Como señala Berrios (2013), este enfoque se vio influido por el modelo anatomo-clínico, en el que Morel propuso, en uno de sus ensayos, reemplazar las clasificaciones basadas en síntomas por clasificaciones etiológicas. Planteando a su vez, que diferentes síntomas podrían encontrarse relacionados por vía de un mismo punto anatómico. Lo que brindó a los alienistas una herramienta para vincular síntomas diversos, argumentando que todos ellos podrían atribuirse a un trastorno del sistema ganglionar. Este planteo marcó el inicio de un nuevo conjunto de condiciones neuróticas. Por lo tanto según Horwitz y Wakefield (2012), en esa época los sujetos que padecían ansiedad, comportamientos compulsivos o depresión, eran diagnosticados con algún tipo de trastorno nervioso, dolencias psicosomáticas como la hipocondría o histeria.

En 1869, como mencionan Horwitz y Wakefield (2012), George Beard describió mediante el término neurastenia, acercando así a la medicina, el diagnóstico de los trastornos de ansiedad. Las neurastenias manifestaban dolores de cabeza, letargo y dolores físicos difusos, insomnio, abarcando los diversos estados fóbicos, obsesivo-compulsivo,

ansiedad generalizada y depresiones leves. Convirtiéndose así, en un prototipo de enfermedad nerviosa, teniendo un impacto histórico en la medicina.

Pero, no fue hasta fines del siglo XIX según Horwitz y Wakefield (2012), que se distinguió claramente a los trastornos de ansiedad de otros trastornos o enfermedades mentales. Burton afirmó que algunas formas de ansiedad son naturales a situaciones amenazantes o con un temperamento ansioso, por lo tanto no siempre está asociada a un trastorno. Pero no solo Burton destacó esta diferencia, el médico Nicholas Robinson, describió que los trastornos implican temores que son infundados, sino que tanto el sujeto como los que lo rodean reconocen la naturaleza de estos temores como desconcertantes. Reconociendo a los trastornos de ansiedad como un tipo de trastorno mental que no contenían las características típicas de la psicosis. A su vez en este periodo, según Berrios (2013), el término neurastenia había adquirido un significado tan amplio que parecía abarcar casi la mayoría de los estados neuróticos. Aunque fue propuesto inicialmente por médicos estadounidenses, el término fue recibido con cierto entusiasmo por sus colegas europeos, pero no tan aceptado por los alienistas. La neurastenia abarcaba prácticamente todos los síntomas asociados con el trastorno de pánico y ansiedad.

El enfoque psicodinámico según Kuaik y De la Iglesia (2019), brindó un giro en relación a los estudios de ansiedad debido al método introspectivo. La teoría psicoanalítica propuesta por Freud tuvo un papel central por el postulado de las tres teorías de la angustia. En 1894 fue publicado por Freud un artículo titulado *La justificación para separar de la neurastenia un síndrome particular: la neurosis de angustia.* Según Freud (1894), la neurosis de angustia debería ser separada del estado más general de la neurastenia. Nombrando así, el término neurosis de angustia para describir los síntomas de la excitabilidad general y la espera angustiosa (“es el síntoma nodular de la neurosis. (...) nos hallamos ante un quantum de angustia, libremente flotante, que durante la espera domina la elección de las representaciones, y se halla dispuesto en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada”(p.2). Pero, la espera de angustia también puede irrumpir repentinamente en la conciencia sin que sea despertada por la imaginación, generando así un ataque de angustia. Por lo tanto, la espera angustiosa generalmente se encuentra latente para la conciencia, pero está al acecho.

La teoria que plantea aquí Freud, representa un modelo donde los síntomas de la neurosis de angustia son la subrogación “de la acción específica omitida sobre la excitación sexual” (p.17). Por lo que se:

> Podría preguntársenos aún por qué la falta de capacidad psíquica para dominar la excitación sexual conduce al sistema nervioso al singular estado afectivo, constituido

> por la angustia. A esta pregunta contestaremos que la psique es invadida por el afecto de angustia cuando se siente incapaz de suprimir por medio de una reacción adecuada un peligro procedente del exterior, y cae en la neurosis de angustia cuando se siente incapaz de hacer cesar la excitación (sexual), endógenamente nacida. Se conduce, pues, como si proyectase dicha excitación al exterior. El afecto y la neurosis a él correspondiente se hallan en íntima relación, siendo el primero la reacción a una excitación exógena, y la segunda, la reacción a la excitación endógena análoga. El afecto es un estado rápidamente pasajero, y la neurosis, un estado crónico, pues la excitación exógena actúa como un impulso único, y la endógena como una fuerza constante. El sistema nervioso reacciona en las neurosis contra una fuente de excitación interior, del mismo modo que en el afecto correspondiente contra una excitación análoga exterior. (Freud, 1894, p.17)

Por lo tanto, como señalan Horwitz y Wakefield (2012), Freud posicionó a la ansiedad como un fenómeno central en el campo de la psiquiatría, explicando las diferencias entre los trastornos de ansiedad y los miedos normales, transformando radicalmente la percepción que se tenía de la ansiedad. Freud se basó en su experiencia clínica, no obstante, su pensamiento cambió posteriormente. Llegando a la conclusión de que la angustia no era simplemente el resultado directo del deseo sexual frustrado o inhibido. Sino que, era una señal de peligro percibido, el cual cuando era demasiado terrorífico, era causante fundamental de represión como mecanismo de evitación hacia la idea devastadora. De este modo, la angustia flotante, las fobias y otros estados de angustia, son consideradas como ansiedad que se desplaza de una idea aterradora, reprimida, a una idea sustituida. Conceptualizando así a los síntomas neuróticos como el resultado de un intento de escape de una intolerable angustia, el cual es causa de un conflicto no resuelto por el sujeto. Según Berrios (2013), Freud considera a neurosis de angustia “como un trastorno independiente, caracterizado, en su manifestación más pura, por sobreexcitación nerviosa, ansiedad crónica y atención ansiosa, ataques de ansiedad paroxística aguda con disnea, palpitaciones y sudor profuso” (p. 316).

Según Horwitz y Wakefield (2012), Freud utilizó el caso de Juanito/Hans para diferenciar entre la angustia realista y la neurótica. Pudiendo pensarse a primera vista, que el niño presenta angustia frente a la posibilidad de que su padre lo castre, clasificándose así como angustia neurótica. Sin embargo, lo que la convirtió en neurosis fue la sustitución de su padre por un caballo, siendo así que, los temores edípicos se vuelvan neuróticos al desplazar el miedo real a la castración, dirigiéndose a un objeto diferente y distorsionado, de modo tal que Juanito no teme por ser castrado por su padre, sino que, ser devorado por un lobo o ser mordido por un caballo.

En el periodo comprendido entre 1920 y 1970, según Horwitz y Wakefield (2012), pocos médicos clínicos e investigadores se dedicaron a clasificar a los trastornos de ansiedad, ya que, las clasificaciones utilizadas en esta época eran el reflejo de las ideas freudianas. El primer manual de clasificación psiquiátrica, presentaba los tipos de condiciones que tenían los pacientes de los hospitales psiquiátricos. Siendo en 1918 su creación, en Estados Unidos, por la Asociación Médica y Psicológica Estadounidense. El cual más adelante en 1921 se convirtió en la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, pasando por diez ediciones hasta 1952 al ser reemplazada por el primer DSM.

El DSM-I (1952) y el DSM-II (1968) como mencionan Horwitz y Wakefield (2012), enfatizaron la angustia como un elemento central de las psiconeurosis y característica principal de las neurosis. Sin embargo, el DSM-III, publicado en 1980, marcó un cambio significativo, respondió a la creciente influencia de perspectivas biologicistas, críticas a la falta de confiabilidad de los diagnósticos basados en el DSM-II y la necesidad de clasificaciones más precisas. Impulsada por avances en tratamientos psicotrópicos. El DSM-III estuvo influido por los criterios de Feighner y las investigaciones de Robert Spitzer, estableció un sistema de diagnóstico basado en síntomas observables. Este sistema introdujo distinciones claras entre trastornos de ansiedad y temores normales, apoyándose en una jerarquía diagnóstica que priorizaba las enfermedades orgánicas sobre otros trastornos. Donald Klein, colega de Spitzer, contribuyó con investigaciones sobre medicamentos como la imipramina, que evidenciaron la relación entre la agorafobia y los ataques de pánico, diferenciándolos de otros estados de ansiedad.

El DSM-III transformó completamente la categoría de los trastornos de ansiedad debido a la visión de Klein y los criterios de Feighner, logrando de manera novedosa una nueva re-categorización (Horwitz y Wakefield, 2012). Se realizaron nuevas ediciones del manual hasta la actualidad, modificando los criterios específicos de diversas categorías de ansiedad. Aunque los principios categóricos fundamentales del sistema de diagnóstico no han cambiado desde 1980, las revisiones posteriores del manual introdujeron ajustes significativos con el objetivo de reforzar o modificar la distinción entre temores normales, preocupaciones, y los trastornos de ansiedad.

3- Un Grupo farmacológico para tratar la ansiedad

3.1 Las Benzodiazepinas

Antes de comenzar a hablar de las benzodiazepinas (BDZ), considero relevante comprender algunos términos como ¿qué es la farmacología? Siendo esta, según Lorenzo et al. (2018), la ciencia encargada de estudiar las acciones y las propiedades de un fármaco sobre el organismo. A su vez, los autores mencionan que se suele utilizar tres términos como homólogos, a pesar de que tienen diferentes significados: medicamento, droga y fármaco. El primero, alude a toda sustancia química que es útil en el tratamiento, prevención de síntomas o enfermedades, y capaz de cambiar los ritmos biológicos; en otras palabras sería un fármaco con finalidad médica. El segundo término, en su sentido clásico, refiere a toda sustancia de origen natural o artificial, obtenidas mediante una manipulación, donde el principio activo es la sustancia encargada de la acción farmacológica de la droga. Y por último, el fármaco es toda sustancia que da lugar a una respuesta tóxica o beneficiosa al interactuar con el organismo.

Todos tenemos de vez en cuando ansiedad, y eso hace que según Gotzsche (2016), se potencie la comercialización de fármacos que la traten. Siendo entonces las BDZ, como es mencionado por Lorenzo et al. (2018), la principal herramienta farmacológica utilizada para el tratamiento de la ansiedad. Además según Plá et al. (2017), estos son un tipo de fármaco que genera un efecto depresor en el sistema nervioso central, utilizados en los tratamientos de insomnio y la ansiedad. Aunque puedan poseer otros usos clínicos, su eficacia se ve limitada al periodo de su utilización, constituyéndose sólo como un tratamiento sintomático, por lo que debe de ser restringido a aquellas situaciones que lo requieran (Lorenzo et al., 2018).

Según Álvarez et al. (2019), Lorenzo et al. (2018) y Stahl (2014), las BDZ actúan aumentando las acciones del GABA, o ácido g-aminobutírico, siendo este uno de los neurotransmisores que se encuentra involucrado en la ansiedad. Como es mencionado en el Farmanuario (2024), ésta actúa en la reducción de la actividad del sistema límbico, “incrementando la actividad inhibidora GABA. Inhiben la actividad serotoninérgica en los núcleos del rafe y reducen la liberación de catecolaminas por inhibición presináptica” (p.805). Álvarez et al. (2019), agregan que las BDZ actúan también sobre en el sistema dopaminérgico mesolímbico, lo que conlleva a una reducción de las emociones, el placer (anestesia emocional, depresión y apatía), y la ansiedad. A su vez, actúan en el hipocampo, afectando la memoria; en el córtex cerebral, provocando somnolencia y deterioro cognitivo;

en las áreas motoras y el cerebro, afectando la coordinación, el tono muscular y el control de los movimientos. Estos efectos se intensifican con el uso prolongado.

También las BDZ se caracterizan por su efecto cuádruple que son según Plá et al. (2017), relajante, sedante-hipnótico, anticonvulsivante y ansiolítico. Pero, Álvarez et al. (2019) mencionan que, las BDZ poseen seis propiedades principales, las cuales son: antiepilépticos, relajación muscular, hipnóticos, abstinencia de alcohol y otras drogas, y ansiolíticos. Las BDZ, según el Farmanuario (2024), pertenecen a un grupo de fármacos donde la acción sedante y ansiolítica prevalece sobre las acciones miorrelajantes, anticonvulsivante e hipnóticas que poseen. Como mencionan Lorenzo et al. (2018), las BDZ "alivian la tensión emocional en pacientes con ansiedad, a la vez que reducen síntomas objetivos de la ansiedad, como taquicardia, sudoración o molestias digestivas" (p. 274).

Por lo general, las BDZ en dosis bajas no dificultan la actividad mental o física en el sujeto, sin embargo, en dosis superiores puede producir alteraciones, dificultando el rendimiento de los sujetos, por lo que, se recomienda el seguimiento de los sujetos que son tratados con estos fármacos (Lorenzo et al., 2018). Además, Plá et al. (2017) plantean que, a nivel mundial diversos autores expresan su inquietud en relación a los efectos adversos que derivan del potencial adictivo del mismo y del uso crónico, ya que el consumo de estos fármacos suelen prolongarse durante años.

3.2 Antecedentes generales "*Un breve recorrido histórico*"

Desde el comienzo de los tiempos, como menciona Tone (2005), mujeres y hombres siempre se han quejado de ansiedad, por lo que "para la mayoría de nosotros, el mero hecho de haber nacido humanos nos destina a enfrentarnos a la ansiedad como parte de lo que significa estar vivos" (p.376). Antes de la llegada de los tranquilizantes, la gente dependía de otros medios para lograr calmar la tensión.

Según Tone (2005), a principios del siglo XX para tratar la ansiedad eran comercializados en Estados Unidos y en Europa los barbitúricos, debido a su efecto calmante. Pero estos poseen efectos secundarios que ponen en riesgo la salud, y el funcionamiento de los sujetos que lo consumen. En Estados Unidos en 1951 se publicó un artículo donde se mencionó que los barbitúricos eran más peligrosos que la cocaína o la heroína. En 1955, tuvo lugar un giro histórico en la psicofarmacología, ya que, apareció el meprobamato, conocido por su marca comercial, Miltown.

El Miltown, según Tone (2009), fue el primero de los fármacos llamados tranquilizantes menores, descubierto en 1950 por Frank Berger. Para esa época no existía un mercado para los tranquilizantes, lo que significaba que el mismo solo sería dispensado bajo receta médica (Tone, 2005). Pese a esto, Berger en 1955 en una reunión en San Francisco, expuso una película donde se podía observar a los monos Rhesus bajo tres estados distintos: tranquilos pero despiertos bajo los efectos del meprobamato, inconscientes bajo el efecto de los barbitúricos y naturalmente agresivo, por lo que si era funcional en los monos supuestamente serviría para los humanos (Tone, 2009).

El Miltown se volvió tendencia proponiendo y promocionando que “Las pastillas para la ansiedad son “exactamente lo que necesitan” los “pacientes nerviosos y llenos de tensión: personas perfectamente normales que necesitan ayuda temporal”. Las “pastillas de la paz”, “pastillas de la felicidad” y “aspirina emocional”, como se apodaba al meprobamato, promoverán la salud y la productividad” (Tone, 2005, p.377). En 1956, según Tone (2009), un gran porcentaje de estadounidenses lo habrían consumido, generando una demanda alta en los Estados Unidos. Por lo tanto, como menciona Tone (2005), el éxito de este fármaco género en las industrias farmacéuticas un gran interés en la ansiedad. Esto hizo que los ejecutivos farmacéuticos mandaran a sus científicos a buscar compuestos similares al meprobamato, que fueran más seguros y menos sedantes, más fuertes y con una acción más rápida.

No fue hasta la década de los 60 del siglo XX que aparecen las benzodiazepinas (BDZ) suponiendo un avance para la época (Álvarez et al., 2019). En 1960, el laboratorio La Roche lanzó al mercado el clordiazepóxido conocido como Librium, siendo esta la primera BDZ creada (Tone, 2005). Esta fue previamente testeada en prisioneros varones de Texas, gatos salvajes, pacientes ambulatorios y roedores, mostrando ser más potente pero menos sedante que el Miltown. Pero:

> El psiquiatra Irvin Cohen, que dirigió los ensayos clínicos de Librium, observó perspicazmente que las benzodiazepinas eran un modelo de cómo un fabricante farmacéutico emprendedor concibe y produce un agente terapéutico que simplemente busca encontrar un fármaco superior a otros que ya están en el mercado (Tone, 2005, p.377)

El clordiazepóxido según Tone (2009), es un fármaco que a pesar de su competencia de la época, logró superar en ventas a los demás. Por lo que Roche se distinguió del resto, ya que el Librium fue un nuevo agente químico y no una variante de medicamentos antiguos, como lo hacían las demás compañías. Además agrega que:

> Cuando se introdujo Librium, cinco tranquilizantes dominaban el mercado: Equanil, Compazine, Thorazine, Miltown y Stelazine. Sus ventas combinadas representan el 70 por ciento del mercado. Tres meses después de su debut comercial, el Librium se había convertido en el más vendido y el más recetado de todos, destronando efectivamente a los demás (Tone, 2009, p.137).

Unos años más tarde, en 1963 el científico Sternbach modificó la estructura química del Librium y produjo una nueva estructura, el diazepam conocido por su marca comercial Valium (Tone, 2005). Logrando ser avalado en 1963 por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. El diazepam alcanzó una gran popularidad, convirtiéndose en un producto básico, tan básico como la máquinas de afeitar, el cepillo de dientes y la pasta de dientes, moldeando la cultura popular. Las madres amas de casas según Tone (2009), eran las mayores usuarias de estos fármacos, por lo que el comercio de "los tranquilizantes fueron una tecnología médica que se feminizó en un proceso complicado que incluyó una amplia gama de actores históricos" (Tone, 2005, p.377).

Además se agrega que:

> Las celebridades se entusiasmaron con él; los Rolling Stones cantaron sobre él "Mother's Little Helper"; incluso el padre Mike en el La tribu Brady, un programa de televisión que proyectaba el mensaje tranquilizador de que era posible mantener valores familiares sanos en las "familias mixtas" modernas, se tomaba uno para contrarrestar el nerviosismo previo a la boda. Cuando uno no funcionaba, tomaba otro. La audiencia se rió, ¿y por qué no? Tomar tranquilizantes se había convertido en una rutina agradable (Tone, 2005, p.378).

Por lo tanto el diazepam fue el fármaco más consumido a escala mundial entre los años 1968 y 1987 (Tone 2005). En 1970, los medios de comunicación utilizaron las controversias surgidas en los años anteriores en relación a la seguridad de estos fármacos. Generando que medios de comunicación como revistas que alguna vez impulsaron los fármacos cambiarán su perspectiva: " "La sociedad intoxicada", "¡Peligro a la vista! Valium:la pastilla que amas puede volverse contra ti" y "Empresarios adictos al Valium" fueron solo algunos de los titulares amenazadores" (Tone, 2005, 378).

Los sujetos que consumieron BDZ a mediados de los 70 comenzaron a compartir sus relatos a la prensa, en tanto a la dependencia y adicción que estos tenían a los tranquilizantes (Tone, 2005). "Las historias de éxito terapéutico de ayer se habían convertido en las pesadillas de la adicción de hoy" (Tone, 2005, p. 378). Además en 1978, Cyndie Maginnis de 32 años madre de 3 hijos, ama de casa, presentó en un reportaje a la

CBS, las controversias del consumo del Valium. Ella relató, que le había comentado a su ginecólogo las complicaciones que tenía a nivel familiar, por lo cual él le recetó el diazepam, pero como el problema aún persistía le recetó más aún, por lo que se convirtió en adicta a estos fármacos. Como menciona Tone (2009), lo que unía a mucho de los relatos sobre estos fármacos "era su caracterización de las mujeres como víctimas de un sistema de atención sanitaria que recurre cada vez más a respuestas químicas a los problemas humanos y devaluaba la expresión de las emociones y fragilidades humanas normales" (p.195).

En los años 80, según Bielli et al. (2017), se generó una controversia técnico-científico en base al debate sobre las BDZ desarrollada en el campo médico, en Alemania, Gran Bretaña y Estados Unidos. Generando una discusión sobre desventajas y ventajas que estuvieron involucradas en la caída comercial de estos fármacos. Ya que como menciona Tone (2009), en Estados Unidos las recetas de diazepam disminuyeron de 61,3 millones en 1975 a aproximadamente la mitad en los años 80. Por lo que estos debates tuvieron foco en relación a la capacidad de estos fármacos de producir farmacodependencia, al uso inadecuado de los usuarios y médico (Bielli et al., 2017). "El cuerpo médico se dividió entre aquellos que sostenían que las BDZ eran excelentes medicamentos ansiolíticos e hipnóticos y aquellos que ponían en cuestión su utilidad clínica" (Bielli et al., 2017, p.940).

A su vez, se generó una tensión entre los psiquiatras y los médicos generales debido a que, como mencionan Bielli et al. (2017), los primeros criticaban las formas de prescribir este fármaco que tenían los segundos. "Estas críticas responsabilizaba a los médicos generales por prescribir BDZ indiscriminadamente sin advertir a los pacientes sobre los riesgos de dependencia y sin ayudarlos luego a abandonarlas" (p.940).

En el estado de Nueva York en 1989 se promulgó una medida para restringir las prescripciones de las BDZ , la cual fue considerada como progresista en el ámbito de salud pública (Tone, 2009). Limitando la cantidad de recetas prescritas por persona a una sola por mes, en el caso de que se necesite más, debería ser cuidadosamente documentado por los profesionales. También tendría que ser registrada por los farmacéuticos que lo dispensarán, junto con el nombre del paciente y del médico, ante las autoridades de la salud. Sumado a que los profesionales médicos sean identificados "como *"prescriptores permisivos"* podían ser investigados, sancionados y multados. Seis meses después de que comenzara el programa, unos trescientos profesionales habían sido puestos bajo investigación por recetar demasiados tranquilizantes" (Tone, 2009, p.204).

Actualmente, según Bielli et al. (2017), las BDZ siguen siendo un tratamiento controvertido, ya que persisten aún las dudas de su utilidad clínica, sumado a que hace poco se lo ha vinculado con el Alzheimer. Otra controversia que se ha generado es el desplazamiento de la utilización de estos fármacos por los antidepresivos, para tratar la ansiedad, esto sin evidencia que respalde este cambio. Aun así, las BDZ son uno de los psicofármacos más utilizados hoy en día.

3.3- ¿Qué tan eficaces son las Benzodiazepinas en el "tratamiento" de los Trastornos de Ansiedad?

Como se mencionó anteriormente, todos tenemos de vez en cuando ansiedad, y eso hace que se potencie la comercialización de fármacos que la traten (Gotzsche, 2016). La ansiedad es el diagnóstico más frecuente en la práctica clínica, como mencionan Bielli et al. (2019), siendo entonces "un problema de la "época histórica", lo que hace suponer que la sociedad es la que ha llevado, a que la ansiedad, sea la patología de nuestro tiempo" (p.7). Por lo que para su tratamiento, Gotzsche (2016) sugiere que la psicoterapia es mejor tanto en relación beneficio-consecuencia que los fármacos, pero aún así, los tratamientos farmacológicos son los más utilizados. Como es el caso del alprazolam, benzodiazepina (BDZ) utilizada con mayor frecuencia en el tratamiento de la angustia, siendo el quinto fármaco de mayor uso en los Estados Unidos.

En relación con el tratamiento de los trastornos de ansiedad como mencionan Bielli et al. (2019), las BDZ han ocupado un lugar destacado durante más de medio siglo, convirtiéndose en una de las principales opciones terapéuticas. Desde su introducción en los años sesenta, en el mercado farmacéutico, las BDZ tienen popularidad observándose en su alto consumo a nivel mundial y en su continua presencia en el mercado. A pesar de las críticas sobre los efectos que causa como lo es la dependencia, su éxito cultural y técnico ha permitido que estos fármacos se integren tanto en los diferentes aspectos de la vida social como en la práctica clínica.

En relación a la seguridad y eficacia de las BDZ, Álvarez et al. (2019) mencionan que existe una enorme controversia, en particular para las personas mayores y aquellos sujetos que presenten antecedentes de adicciones. Agregando que los médicos, en su gran mayoría, consideran que estos fármacos no presentan una problemática. Pese a que el tratamiento con las BDZ, puede incrementar la tasa de accidentes, lesiones, deterioro cognitivo (en sujetos mayores de 65 años), entre otros. Concluyendo así Álvarez et al.

(2019), que las BDZ son las formas de tratar el insomnio y la ansiedad más económicas y ligeras, pero no siempre lo más ligero y económico es lo mejor. Por lo tanto “El tratamiento con benzodiacepinas no debería ser el tratamiento de primera elección sino un tratamiento alternativo en algunos casos concretos (Álvarez et al., 2019, p.18).

Las BDZ generan tolerancia en los sujetos según Álvarez et al. (2019), requiriendo un aumento de la dosis para lograr alcanzar los mismos efectos que al inicio del tratamiento clínico. Esto, es debido a que la eficacia disminuye progresivamente a las semanas. Aunque también tiene un efecto rebote, ya que al finalizar los efectos farmacológicos el sujeto nota la reaparición de los síntomas con una intensidad mayor que al principio. También las BDZ generan adicción a largo plazo, produciendo que en la retirada de estos fármacos se generen síntomas de abstinencia.

4- Uso de las benzodiazepinas en los trastornos de ansiedad.

4.1 Un grupo farmacológico para tratar la ansiedad en Uruguay

Las benzodiazepinas (BDZ), como mencionan Bielli et al. (2019), se encuentran dentro de los fármacos más consumidos a nivel mundial, pese a las advertencias efectuadas por el sistema regulador y el cuerpo médico, aún estos continúan siendo mayormente utilizados en la clínica. En Uruguay, según Bielli et al. (2017), las BDZ no tuvieron un debate participativo ni mediatizado, pero en este proceso, se puede distinguir cuatro periodos claves sobre cómo la medicina uruguaya ha abordado las BDZ:

1. En los años 60, las BDZ son recibidas y aceptadas por la medicina uruguaya, efectuando los primeros acercamientos clínicos, especialmente por docentes de la Facultad de Medicina, con el apoyo del Laboratorio Roche. Durante estos acercamientos, se analizaron sus características, así como sus ventajas y desventajas en comparación con los barbitúricos y el meprobamato que hasta el momento eran los tranquilizantes que se utilizaban. Las BDZ con las que se ensayaron fueron el clordiazepóxido (Librium), el diazepam (Valium), el medazepam y el nitrazepam. Obteniendo una valoración positiva de ellas, insistiendo en que producen escasos efectos secundarios.

2. En los años 70 y 80, se refuerza la relación entre la ansiedad y las BDZ, consolidándose la idea de una psicofarmacología específica para el tratamiento de la ansiedad, en otras palabras, un tratamiento apoyado principalmente en las BDZ para tratar los estados de ansiedad. Pese a esto, a fines de los años 70 se comienzan a mencionar desventajas de las BDZ, tales como la dependencia, tolerancia y síntomas de abstinencia, aunque estas no son pensadas como un impedimento mayor para su uso.

3. En los años 90, surgen estudios específicos sobre las formas de prescripción de las BDZ por parte de los médicos uruguayos, problematizando el uso extendido de las mismas, específicamente en mujeres mayores de 30 años, y la predominancia de la indicación por parte de los médicos generales. Además, se efectuó un primer estudio sobre el consumo, que reflejó pese a sus limitaciones, una tendencia hacia un alto consumo en el país. Por lo que, se empieza a reconocer la prescripción de las BDZ como un problema.

4. A partir del año 2000 en adelante, surgieron recomendaciones para el uso adecuado de las BDZ. Sin embargo, en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, estos pasan a un segundo plano, ya que los antidepresivos ISRS pasan a ser el tratamiento de primera elección ya que son considerados más eficientes. “Asimismo, hacia el año 2010 aparece claramente la preocupación por el uso racional de estos medicamentos” (p.943)

Es en julio del 2016, que se presenta un documento de consenso del Departamento de Farmacología y Terapéutica, Clínica Psiquiátrica, Departamento de Toxicología y Clínica Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y Hospital Vilardebó y Programa de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Este documento escrito por Bochino et al. (2016), titulado "Recomendaciones para el uso de benzodiazepinas en Uruguay”, es el primer informe en el país con recomendaciones para el usos de las BDZ, dirigida a todos los profesionales prescriptores. Estas recomendaciones están divididas en dos partes, primero recomendaciones para el inicio del tratamiento con las BDZ, y recomendaciones para la retirada de las mismas.

Según Bochino et al. (2016), se recomienda que solamente se prescriba el uso de las BDZ cuando el sujeto manifiesta un malestar significativo que altere sus funcionamientos; inicio del tratamiento con la menor dosis posible; prescribirse en un tiempo acotado, no siendo mayor a 8-12 semanas, incluyendo la retirada; evitar indicar dos o más BDZ; trazar un plan de retira el cual debe ser informado al sujeto; y realizar un monitoreo constante del tratamiento.

4.2 La práctica de prescripción ¿un problema irracional?

Las BDZ comparten efectos farmacológicos, pero se diferencian por su perfil farmacológico; la potencia, la latencia, duración de acción y vida media, lo que determina el efecto farmacológico de cada una de las BDZ (Domínguez et al.,2016). A su vez, el uso irracional de las mismas representa un problema de salud pública a nivel mundial, debido a su consumo elevado y en especial al uso cronificado, sumando los riesgos que eso conlleva a pesar del plazo recomendado para su uso (Domínguez et al., 2016; Bielli et al., 2017). Ahora bien, como mencionan Speranza et al. (2022), la prescripción irracional de estos fármacos es una realidad que va en aumento, “llevando al uso indiscriminado, con desconocimiento de sus múltiples efectos adversos, toxicidad e interacciones farmacológicas” (p.2).

Pero, es el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Uruguay el que regula la dispensación y comercialización de los medicamentos dentro del país, mediante el Decreto-Ley N° 15.703. Esta ley, establece que la dispensación debe ser realizada mediante las farmacias habilitadas por la entidad reguladora, MSP, sea tanto a nivel comunitario como institucional. Las farmacias que se encuentran habilitadas pueden ser de dos categorías: “de primera categoría (comunitarias o privadas, comerciales) y las de segunda categoría (hospitalarias, tanto del subsector público como privado de salud)” (Speranza et al. 2015, p.9). Pero la condiciones de dispensación de medicamento cambian entre los distintos prestadores de salud, tanto en la forma de presentación de los medicamentos como el costo de los mismos, a los que se accede en cada farmacia. “Por lo tanto, con una receta médica se puede acceder a un número diferente de comprimidos de una determinada benzodiazepina, según el lugar desde donde se dé la dispensación y a un costo diferente” (Speranza et al. 2015, p.9).

A su vez, se puede encontrar la información de los fármacos que están disponibles en el Uruguay, en el Farmanuario. Ya que esta, es una empresa privada que se encarga de recabar y organizar la información actualizada de los fármacos, “dirigido a Médicos, Químicos, farmacéuticos, estudiantes, profesionales e instituciones del área de salud” (Farmanuario, 2024, 10). Como es mencionado en el Farmanuario (2024), el registro de los productos comercializados son anualmente verificados por parte del distribuidor o el fabricante, previo a cada edición. Por lo que, los laboratorios farmacéuticos participan activamente, verificando información de los fármacos, publicándose así, en su edición, los medicamentos y marcas verificadas.

Aquí, en esta edición del Farmanuario, las BDZ que se encuentran disponibles en Uruguay hasta el momento, son divididas en dos grupos: ansiolíticos e hipnóticos (Farmanuario, 2024). Dentro de los primeros se encuentran, siguiendo el orden que fueron colocados en el Farmanuario, el Alprazolam, Bromazepam, Clobazam, Clonazepam, Diazepam, Lorazepam y Oxazepam. Y en los segundos se encuentran el Flunitrazepam y el Midazolam. Esta clasificación, es organizada siguiendo su propio criterio, el:

> Farmanuario organiza la información sobre medicamentos a partir de una clasificación propia en Capítulos, Grupos y Subgrupos por Especialidad Médica y Grupo Terapéutico. La clasificación de Farmanuario se adapta metodológicamente según los criterios y usos médicos más habituales, tomando en consideración las clasificaciones internacionales de referencia, incluyendo la Clasificación ATC de la OMS y SNOMED CT. (Farmanuario, 2024, p.10)

Pese a que estos fármacos pertenecen a la categoría de psicofármacos, cabe destacar que, según mi apreciación, las BDZ son los primeros medicamentos ubicados y descritos en la categoría de psiquiatría dentro del Farmanuario. LLevándome a cuestionar: ¿Por qué estos fármacos aparecen en primer lugar y no otros?; son ubicados primeros en este capítulo ¿debido al alto consumo?; ¿La ansiedad sigue siendo hoy en día, un tema de gran interés tanto para la cultura como para el mercado farmacéutico?

Ahora bien, en la práctica médica como mencionan Domínguez et al. (2019), la prescripción de las BDZ se ha extendido, pese a que no tenga un sustento científico acorde. El uso de las BDZ en los trastornos de ansiedad, está recomendado para reducir de forma ligera los síntomas, en un periodo no superior a las 12 semanas incluyendo la retirada; y un periodo no superior a las 4 semanas para el insomnio. Ya que, como mencionan Bochino et al. (2016), en las fichas técnicas de las BDZ se expresa claramente que estas no deben ser indicadas de manera rutinaria. Remarcando, que este tratamiento con las BDZ tiene que ser utilizado como segunda línea, ya que se debería de usar al inicio de la prescripción, en conjunto con los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), hasta que estos (los ISRS) hagan efecto.

Pero, son los profesionales quienes realizan como mencionan Bielli et al (2017), una evaluación integral sobre las BDZ para su prescripción, la cual “se sustenta en la enumeración de una serie de ventajas y desventajas asociadas a las mismas que configuran significaciones tanto positivas como negativas sobre las BDZ” (p.944). En relación a las primeras, están relacionadas a las características de acción que poseen, rápida eficacia en la reducción de la ansiedad y su seguridad. En cuanto a los atributos negativos, se encuentran los efectos secundarios, como puede ser: tolerancia, caídas, síndrome de abstinencia, problemas de memoria, intoxicación, y su potencial adictivo. “Esta paradoja de la prescripción se refleja en una valoración global de las BDZ también paradójica, que hace que sean definidas por algunos como “excelentes fármacos” (AlPSIQ2) y por otros como “una medicación que no es buena” (NMF1)” (p.945).

La investigación realizada a médicos por Bielli et al. (2019), arroja que una de los fundamentos principales para que estos profesionales relacionen las BDZ y la ansiedad, es la idea de pensar a la ansiedad como un problema de la época. Aunque, algunos aseguran que “es un problema de la “época histórica”” (p.7), lo que sugiere que la sociedad ha influido en que la ansiedad se convirtiera en la patología de la época. Pero, es mediante la experiencia de su práctica clínica que los profesionales describen e identifican la frecuencia con la que se presentan los casos de ansiedad. Mencionando que

> Se presenta la ansiedad como muy frecuente o como la patología más frecuente: "una de las patologías más frecuentes, del diario vivir, de este mundo hoy, digo, se vive más rápido y se genera mucho (sic) más ansiedad" (MG-n2, Médico General, 49 años, sexo masculino). (p.7)

Asimismo, mencionan Bielli et al. (2019), que esta noción de la ansiedad como un problema de la época está relacionada también con otra noción, la ansiedad como omnipresente. Desde esta noción, surge la idea de la ansiedad como síntoma y a la vez como trastorno, ya que como síntoma se encontrará presente en todas las patologías psiquiátricas. Reforzando el discurso de los profesionales, colocándola así como objeto de intervención médica. Esta idea de omnipresencia de la ansiedad, "funciona como un argumento para el uso de las BDZ por parte de los médicos y también como una explicación de porqué las personas recurren a estos medicamentos" (Bielli et al., 2019, p.8).

A su vez, la noción de la ansiedad como un problema que afecta a la capacidad de los sujetos, ha permitido que la ansiedad se transforme en un objetivo del tratamiento farmacológico (Bielli et al., 2019). Estando de acuerdo con lo que mencionan Bielli et al. (2019), esta noción, es similar a "la definición de "trastorno" introducida en el DSM-III y sostenida en sus ediciones posteriores, permea no sólo las narrativas de los psiquiatras, sino también la de médicos generales, médicos de familia y psicólogos" (p.11). Por lo tanto esta noción de ansiedad pasa al campo médico, cuando el sujeto que acude a consulta manifiesta que interfiere en su capacidad, impidiéndole desenvolverse con normalidad. Como expresa un técnico entrevistado por Bielli et al. (2019):

> (…) porque ya no le permite llevar a cabo su vida diaria, sus tareas, su funcionamientos, sus vínculos familiares, pareja, amistades, o sea que ya no puede seguir funcionando, seguir con su vida diaria, lo limita, no puede dormir, comer o come en exceso. Trae aparejado otras enfermedades. Entonces, ta, ahí ya se convierte en patológica. (MF-g2, Médica de Familia, 34 años, sexo femenino) (p.10).

En cuanto a la prescripción de las BDZ es una amenaza para la seguridad de los pacientes que la consumen, cuando se prescribe este fármaco de manera irracional (Speranza et al., 2022). Por lo que, "son reconocidos como prácticas irracionales el uso en indicaciones de eficacia desconocida, por períodos prolongados, dificultad en la adecuada monitorización de los tratamientos" (Speranza et al., 2022, p,2). Entonces, una medida posible para mejorar el uso de las BDZ, sería realizar una restricción a determinadas especialidades médicas, por ejemplo la psiquiatría, para realizar la prescripción de estos fármacos.

Otro aspecto que es alarmante, y que también pertenece a la práctica irracional, es como menciona Domínguez et al. (2016), la prescripción de diferentes BDZ a un mismo sujeto. Esto se ve de manera frecuente, agregando que “Un estudio observacional retrospectivo realizado en la Policlínica Psiquiátrica del Hospital Vilardebó, reveló que un 40% de los pacientes recibe dos BZD, y un 5 % asociación de tres BZD.” (p.16). Mato et al. (2017), mencionan que los tratamientos que incluyen más de uno de estos fármacos suelen ser asociaciones de flunitrazepam junto con otra BDZ, aplicando el flunitrazepam como hipnótico. Agregando que:

> Además, el 3 % de los usuarios retira más de 3 benzodiacepinas, para lo cual no encontramos suficiente sustento científico. En números absolutos serían aproximadamente 50 personas las que tendrían prescriptas al menos tres BDZ, por lo cual consideramos que sería conveniente implementar estrategias de deshabituación en este subgrupo de usuarios (Mato et al., 2017, p.32).

Y como mencionan Bochino et al. (2016), no se justifica el uso de más de una BDZ, ya que no hay respaldo científico que lo avale, “como ya se expuso, todos los integrantes de este grupo comparten los principales efectos farmacológicos por los cuales se utilizan. Esta práctica es irracional y aumenta el riesgo de efectos adversos” (p.7). A su vez Bochino et al. (2016), presentan una propuesta para avanzar a nivel nacional, en una regulación que fomente una prescripción razonada y responsable. Sugiriendo 12 medidas:

1.Brindar programas de formación continua, sobre las BDZ y el uso de psicofármacos en general como problema de salud pública, dirigido a los profesionales de la salud.

2. Implementar campañas informativas orientadas a la sociedad, sobre el uso adecuado y responsable de los fármacos, haciendo hincapié en los psicofármacos, comenzando con este grupo farmacológico (BDZ).

3. Regular políticas en relación a la repetición de fármacos, especialmente vinculadas a las de repetición de psicofármacos, como las BDZ.

4. Debatir y reflexionar las recomendaciones en torno a los tratamientos prolongados con los psicofármacos.

5. Dialogar sobre la necesidad de restringir las prescripciones de BDZ, como se ha hecho con otros fármacos como el metilfenidato.

6. Restringir las prescripciones de BDZ en un periodo no mayor de 12 semanas en aquellas instituciones de salud que cuenten con sistema de control de la prescripción.

7. Generar materiales informativos dirigidos a usuarios que adviertan los riesgos asociados a la cronificación del mismo.

8. Controlar y supervisar la venta de BDZ sin receta médica.

9. Proponer que todas las presentaciones farmacéuticas que contengan BDZ, incluidas aquellas que se encuentren combinadas con otros fármacos (como los de uso gastrointestinal) o que contienen bajas dosis, sean clasificadas como fármacos bajo receta controlada.

10. Que las muestras médicas de productos que contengan BDZ, se encuentren prohibidas.

11. En los prospectos de estos fármacos se debe incluir advertencias sobre los efectos adversos, particularmente en relación con la conducción de vehículos, como también las interacciones con la marihuana y el alcohol.

12. incorporar la detección de BDZ en conductores involucrados en accidentes de tránsitos, así como realizar campañas de concientización sobre los problemas cognitivos y coordinación motora que puede generar su consumo.

A mi parecer, estas medidas serían útiles para mitigar el uso irracional de estos fármacos, pero creo que no son suficientes, ya que si nos ponemos a reflexionar estas propuestas fueron realizadas en el 2016, en conjunto a las recomendaciones del uso de estos fármacos. A su vez, pese a las recomendaciones como el punto 9 en la actualidad aún se pueden comprar BDZ asociados con otros fármacos sin receta médica. Dejando en evidencia que no todas las medidas fueron consideradas, o implementadas. Ahora bien, a la fecha no se encuentran recomendaciones actualizadas, o políticas públicas que den solución a la problemática de la prescripción y uso de las BDZ.

4.3 Consumo de las benzodiazepinas en Uruguay

En Uruguay no se encuentran datos oficiales sobre la venta, consumo y prescripción de estos fármacos en general haciendo “difícil poder establecer con certeza el estado de situación del uso y consumo de estos medicamentos” (Bielli et al., 2019, p.3). De acuerdo con lo planteado, a mi parecer, aún continúa esta disyuntiva ya que a la hora de cotejar información y datos del tema, no se encuentra mucha información de la situación del país.

Aun así, Bielli et al. (2019) mencionan que hay tendencias en el consumo de estos fármacos en el país, que son observadas y compartidas a nivel internacional. Como fue

observado en la década de los 90, en el departamento de Montevideo se registró un alto consumo de tranquilizantes menores, especialmente entre las mujeres y en grupo etario mayor de cuarenta años. Llegando a una tasa de prevalencia mensual alta, del 21,2%, comparado a los datos otorgados por Europa y otros países de América.

Un estudio realizado 20 años más tarde, por el observatorio de Medicamentos del Departamento de Farmacología y Terapéutica de la Universidad de la República, recopiló información sobre el consumo de BDZ en Uruguay entre 2010 y 2012. Revelando como resultado que, en promedio aproximadamente, 7 de cada 100 uruguayos habría consumido alguna vez BDZ. Además arrojó como mencionan Domínguez et al. (2019), que el consumo global del país fue de “110,28 DHD (Dosis Diaria Definida/ 1.000 habitantes / día, un parámetro utilizado para poder comparar consumo de medicamentos entre países y en un mismo país entre períodos de tiempo)” (p.15). Evidenciando un consumo elevado de las BDZ en comparación a “otros países, como Portugal (96 DHD) España (89,3 DHD) y lejos de Italia (53 DHD) y Dinamarca (31 DHD).” (Domínguez et al., 2019, p.15). Ubicando a Uruguay entre los países con alto consumo de estos fármacos, concluyendo que el uso de las BDZ en el país representa un problema de salud pública, sugiriendo la implementación de estrategias a nivel nacional que promuevan su uso racional (Bielli et al., 2019).

Según la encuesta de la Junta Nacional de Drogas publicada en 2012, las BDZ entran dentro de los principales grupos de drogas más consumidos por los uruguayos (Plá et al. 2017). El 16% de las personas encuestadas alguna vez consumió en su vida algún tranquilizante (BDZ). Agregando además “De estos, el 86% consumió por una prescripción médica, habiendo efectuado la misma un psiquiatra en el 42% de los casos, en un 43% un médico general y en el resto de los casos otro especialista” (p.4). Por lo que se ubica a los tranquilizantes, según Bielli et al. (2019), como el psicofármaco de mayor predominio, “ocupando siempre el tercer lugar en los consumos de sustancias psicoactivas, luego del alcohol y el tabaco” (p.4).

Además, de acuerdo con los datos obtenidos por los estudiantes de medicina del Uruguay a pacientes internados en el Hospital de Clínicas, Domínguez et al. (2016) mencionan que, de los pacientes que fueron encuestados el 57% consumieron alguna vez BDZ, de los cuales la mayoría lo consumió por un periodo prolongado. Agregando, que un 16% corresponde a los pacientes que no continuaron con el médico tratante, pero acudiendo a médicos generales para que le realice la prescripción.

En la actualidad, según la *VIII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas* publicada por la Junta Nacional de Drogas (2024), se constató un incrementó del 6% más de la población que alguna vez consumió tranquilizantes, siendo entonces hoy de un 22%,

en comparación a los datos obtenidos en el 2012. También informa que "dos de cada diez lo hizo sin prescripción médica y cuando la hubo, sólo en el 47% de los casos un psiquiatra fue quien hizo la prescripción" (p.1). Por lo que como mencionan Domínguez et al. (2019), "la evidencia nacional e internacional es contundente, manifestando un problema de salud pública real y creciente, con un consumo elevado, desproporcionado, y por períodos de tiempo inadmisibles, aunque nuevamente, no parece ser percibido como tal por nuestra sociedad" (p.16).

Ahora bien, el MSP (Ministerio de Salud Pública) el 21 de septiembre del 2022 pone en vigencia Ordenanza N° 1.320/022, resolviendo en su 5to punto que: "las farmacias de primera, segunda y quinta categoría, deberán cumplir con la comunicación trimestral de los movimientos de psicofármacos y estupefacientes, utilizando para ello el trámite en línea: "Presentación de balance trimestral de medicamentos controlados""(p.2). Este, se encuentra en la página web del *Sitio oficial de la República Oriental del Uruguay*, donde se menciona textualmente que "La planilla "BALANCE TRIMESTRAL", contiene el listado de especialidades farmacéuticas ordenadas por su nombre comercial, su forma farmacéutica y sus presentaciones registradas en M.S.P.". Además, más abajo en la página web se menciona que "*Otros datos de interés:* En la farmacia debe permanecer impreso y firmado el balance mensual de medicamentos controlados a disposición de los inspectores así como toda la documentación que avale la información declarada en la comunicación trimestral realizada" (Ministerio de Salud Pública - Dirección General de la Salud, 21 de enero de 2025).

Entonces, si se realizan balances trimestrales de los medicamentos controlados, donde las BDZ se encuentran dentro de esta categoría, ¿Por qué, no se encuentran los datos disponibles al público?. Una de las cuestiones que me resulta interesante de vislumbrar es que estos balances trimestrales se elaboran en un archivo excel, que luego se manda al MSP. Ahora bien, si nos ponemos a pensar un poco las limitaciones de este procedimiento, quedan en manifiesto lo obsoleto del mismo, ya que, imaginemos que todas las mutualistas y farmacias manden el archivo, lo cual por Ley es un requisito, ¿El MSP tiene las herramientas de abrir uno por uno, los archivos excel, y cotejar la información?. Pese a todos los adelantos informáticos que existen, ¿Por qué no se ha creado un sistema unificado, ágil y seguro que recopile la información como es debido?

Sumado a esto, agrego lo expresado por Noelia en el video: *El desafío de los datos sobre psicofármacos: entre las dificultades al acceso y la interpretación*, en relación a los estudios de utilización de medicamentos, lo cual está relacionado con la Fase IV de desarrollo de los medicamentos, pos-comercialización (Fármaco-epidemiológicos), los

cuales brindan información y evidencias (Facultad de Psicología Universidad de la República, 2024). Para esto, es necesario contar con la información del consumo de fármacos, en relación a la dispensación de los mismos. Pero, como es mencionado en el video, en Uruguay estos tipos de estudio (Fase IV) son difíciles de realizar, debido a la poca o nula información disponible del consumo de fármacos, por lo que, dificulta realizar un diagnóstico de situación nacional real actualizado. Además trae a colación como desafío, el acceso universal a microdatos, la sistematización de la información sobre el consumo de los fármacos en el país.

Generando un cuestionamiento sobre lo planteado, ya que si se quisiese en la actualidad, la información estaría al alcance de la mano. Pensando un poco en la realidad de los prestadores de salud, sea de salud pública o mutualistas privadas cuentan hoy en día con la Historia Clínica Electrónica, por lo que la información clínica se encuentra digitalizada, como se menciona en:

> Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) es una plataforma que permite acceder a la Historia Clínica Digital de los usuarios del sistema de salud y que posibilita el registro de cualquier evento médico independientemente del lugar geográfico y prestador de salud en donde se dé la asistencia. Permite el intercambio de información clínica con fines asistenciales entre prestadores de salud, con el fin de asegurar la continuidad asistencial del usuario en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Ministerio de Salud Pública., s.f.)

Por lo que, si se quisiese se podría también obtener datos de cada prestador de salud, sea privado o público, claro está que protegiendo los datos personales de cada usuario. Sumando estos datos, más los datos de los balances trimestrales, se podría obtener por ejemplo el consumo mensual de las BDZ, además se podrían discriminar por fármaco, o por prescripción médica según especialidad, consumo por género, franja etaria, departamental, entre otras. El cual, brindaría información nacional veraz y representativa.

5 Reflexiones Finales

A lo largo de esta monografía se ha evidenciado la complejidad que implica el uso de las benzodiazepinas (BDZ) en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Resultando de gran importancia tener criterios claros para diagnosticar un trastorno, especialmente al momento de indicar un tratamiento, ya que muchos de los casos son abordados desde enfoques estandarizados y protocolizados. Los trastornos de ansiedad no se quedan exentos a esto, ya que para su tratamiento involucra frecuentemente el uso de BDZ. En este sentido, es importante reflexionar sobre los alcances y limitaciones de estas prácticas médicas, que si bien buscan aliviar el sufrimiento psíquico mediante la prescripción de BDZ, recurren muchas veces a soluciones reduccionistas o peor aún, a una cronificación del tratamiento.

En este marco, es importante señalar que existe una distinción entre los miedos y ansiedades normales de aquellas catalogadas como patológicas, diferenciándose entre sí por el grado e intensidad con que se manifiestan. Esta frontera difusa puede, en ocasiones, conducir al infradiagnóstico de estos trastornos. Si bien, a lo largo de la historia el abordaje a la ansiedad fue cambiando, hoy en día, el DSM incluye un apartado sobre los trastornos de ansiedad.

Desde una perspectiva biologicista, el DSM, mediante criterios específicos, intenta diferenciar los trastornos de ansiedad patológicos de los normales. Por lo que, incluye un listado de síntomas, que al presentarse en un sujeto generan un impacto en este de manera incapacitante o angustiante. Siendo un manual que elabora sus diagnósticos mediante un consenso alcanzado a través de votación. Proceso que es influenciado por intereses específicos, como la financiación de las industrias farmacéuticas. Entonces, nos tendríamos que cuestionar cómo se definen los trastornos, quienes los definen y bajo qué condiciones. En especial aquellas definiciones que impactan directamente en la vida de los sujetos, debido a que, los diagnósticos del DSM no son solamente el resultado de una verdad científica, sino que tuvieron toda una construcción histórica. Un claro ejemplo de fragilidad de los criterios diagnostico, y cómo la influencia de factores sociales, políticos y económicos influyen en su elaboración, fue lo sucedido con la homosexualidad. Por esta razón, es indispensable sostener una actitud crítica y reflexiva frente a los manuales de diagnóstico, sin desconocer su utilidad en la práctica clínica.

No es de extrañar que al utilizar este manual como herramienta diagnóstica, el tratamiento farmacológico aparezca estandarizado y protocolizado. Esto se refleja especialmente en el abordaje de los trastornos de ansiedad, donde la indicación de las BDZ

es considerada como un gran aliado terapéutico por su eficacia. En sus inicios, las BDZ fueron consideradas un avance terapéutico, con una rápida aceptación médica y cultural. No obstante, desde hace varias décadas, su uso ha estado en el centro de intensos debates clínicos, sociales y éticos, generando grandes controversias. Cuestión que pese a que pareciese que está saldada esta controversia aún persiste. Ya que, a pesar que existan sugerencias para el uso razonable y responsable de estos fármacos, estas no son suficientes. Debido a que sigue viendo un alza en el consumo de los mismos, pese a las sugerencias que existen, generando un problema de salud pública.

Es innegable que este grupo farmacológico posee propiedades terapéuticas significativas, como sus efectos ansiolíticos y sedantes, que pueden ser beneficiosos si se utilizan de forma adecuada. Sin embargo, estos mismos fármacos presentan riesgos importantes, entre ellos la dependencia, la tolerancia y diversos efectos adversos, lo que exige una prescripción racional y responsable de los médicos. Al profundizar en su recorrido histórico, se hace evidente que el éxito de las BDZ no solo se explica por su eficacia clínica, sino también por su inserción en la cultura, ya que siempre se está en la búsqueda de soluciones rápidas, de una pastilla que solucione todo el malestar psíquico de los sujetos.

Las BDZ son uno de los fármacos más consumidos a nivel mundial, y Uruguay no queda ajeno a esto. Aunque existen medidas institucionales que regulan la compra y dispensación de estos psicofármacos en el país. Como el Decreto-Ley N° 15.703, donde es el Ministerio de Salud Pública (MSP) el que regula la comercialización y dispensación de los fármacos. Esto no influye directamente en el aumento o disminución del consumo de los fármacos, sino que, existen otros factores que afectan en el consumo, por ejemplo en relación a lo que representa en el imaginario social, este fármaco.

Existen algunos estudios que demuestran el aumento de consumo de este grupo farmacológico. Cuestión que me lleva a reflexionar al respecto, sabiendo la controversia de los mismos. Los estudios realizados en los años 2010 y 2012, arrojaron un consumo global elevado de las BDZ en el país, a comparación de otros países, como España y Dinamarca. Concluyendo que en Uruguay el uso de las BDZ representan un problema de salud pública, y que se debería de implementar estrategias que promuevan el uso racional de estos fármacos.

En 2016 se presenta una propuesta con recomendaciones para el uso de BDZ en el país, dirigido específicamente a los prescriptores de estos fármacos. Realizando recomendaciones, entre estas su tiempo de prescripción sumada a la retirada del mismo. Entonces, ¿esta mirada biomédica es la forma correcta de prescribir estos fármacos?, ¿no

superar las 12 semanas en el caso de los trastornos de ansiedad y para el insomnio 4 meses?, ¿es solamente si se cronifica o si se prescribe más de una BDZ, que se transforma en un problema de salud pública?.

Otra cosa que se debe reflexionar, es respecto a por qué en Uruguay no se encuentran datos oficiales sobre la prescripción, venta y consumo de las BDZ, ya que sin estos datos, no es posible tener una mirada real del problema. En la actualidad solo se encuentran los datos que son brindados por la *VIII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas,* los cuales arrojaron que el 22% de la población encuestada alguna vez consumió estos fármacos, siendo un 6% mayor en comparación a los datos obtenidos en el 2012. Si bien estos datos son parciales muestran un alza en el consumo de las BDZ a nivel país, no muestran datos representativos a nivel nacional, para poder ver realmente la situación del Uruguay con respecto al uso de las BDZ.

Si bien mencioné anteriormente que el MSP es el encargado de regularizar la compra y dispensación de los fármacos, también recibe de manera trimestral balances de medicamentos controlados; claro está que las BDZ se encuentran en este listado. Por lo que vuelvo a traer aquí esta interrogante: ¿Por qué no se encuentran los datos disponibles al público? Se habla de transparencia, pero aquí no la vemos, ya que estamos hablando de años que no se publican datos veraces que muestren la situación nacional en relación al uso de las BDZ. Mostrando a mi parecer una falla en el sistema que implementa el MSP, en relación al tratamiento de los datos brindados en los balances por las farmacias. Pero lo que más me llama la atención, es que este problema no es de ahora, entonces ¿Por qué no ha mejorado el sistema, para poder acceder a la sistematización de la información de los microdatos, de manera ágil y segura?

Pero, si nos ponemos a pensar un poco más a fondo, en la era en la que vivimos donde la virtualidad cumple un rol en nuestra sociedad actual. ¿Por qué los datos no se encuentran al alcance de la mano? Creo yo que no hay justificaciones para que esto suceda, pero sucede. Mencioné el balance trimestral, pero ¿qué sucede con la historia electrónica? Hay información digitalizada que podría ser utilizada con el fin de obtener datos, ¿entonces por qué no se usan?

Para finalizar, este trabajo me permitió obtener otra mirada de lo que sucede con el fenómeno, el uso de BDZ en los trastornos de ansiedad. Y como a nivel nacional, pese a las controversias que circulan en torno a las BDZ, aún continúan en alza, mostrando una problemática que aún persiste en la actualidad, pese a los años de discusión del tema. Y creo, que el problema no radica si un fármaco es bueno o malo, sino en problematizar el modo en que son prescriptos.

Referencia bibliografía

Álvarez, J. A., Flores, G., García, P., Gasull, V., Gil, P. G., & Guardia, J. (2019). *Guía de consenso para el buen uso de benzodiacepinas. Gestión de riesgos y beneficios*. Editorial Socidrogalcohol.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial médica panamericana.

Arevalo C., Couso, M, Prieto G, Rossi M. y otros (2011). *Temas de Psicopatología: Semiología*. Psicolibros Waslala.

Artagaveytia, P., Goyret, A., & Tamosiunas, G. (2018). Desafío terapéutico desprescripción de benzodiazepinas. *Boletín Farmacológico*.

Berrios, G. E. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Fondo de Cultura Económica.

Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., Calisto, N., & Navarro, S. (2017). La controversia científico-técnica sobre las benzodiacepinas en profesionales de la salud pública de Uruguay. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27, 933-958

Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., Calisto, N., & Navarro, S. (2019). Ansiedad y vida cotidiana como blancos farmacológicos en Uruguay 2013-2015. *Psicologia & sociedade*, 31, e176766.

Bochino, S., Sarubbo, L., Laborde, A., Ormaechea, G. y Toledo, M. (2016). *Recomendaciones para el uso de benzodiazepinas en Uruguay. Documento de consenso del Departamento de Farmacología y Terapéutica*, Clínica Psiquiátrica, Departamento de Toxicología y Clínica Médica A de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y Hospital Vilardebó y Programa de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Decreto-Ley Nº 15703. Ley de medicamentos. Farmacología. https://www.impo.com.uy/bases/decretos-ley/15443-1983

Domínguez, V., Collares, M., Ormaechea, G., & Tamosiunas, G. (2016). Uso racional de benzodiacepinas hacia una mejor prescripción. *Revista Uruguaya de Medicina Interna, 1*(3), 14-24.

Facultad de Psicología Universidad de la República. (27 de agosto de 2024). El desafío de los datos sobre psicofármacos: entre las dificultades al acceso y la interpretación [Archivo de Vídeo]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=Uu2fZA669mQ

Farmanuario (2024). *Guía farmacológica y terapéutica* (Ansiolíticos y Sedantes pp. 805-811). Edifarma.

Freud, S. (1894). *Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de "neurosis de angustia"*. Obras Completas, 3 (pp. 83-108). Amorrortu Editores.

Gøtzsche, P. C. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada* (pp. 159-179). Los libros del lince.

Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2012). *All we have to fear Psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders*. Oxford University

Junta Nacional de Drogas. (2024). *VIII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General - Uruguay 2024* .

Kuaik, I. D., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, *16*(1), 42-50.

Lorenzo, P., Moreno, A., Leza, J. C., Lizasoain, I., Moro, M. Á., & Portolés, A. V. (2018). Velazquez. *Farmacología Básica y Clínica*. 19a. *Editorial Médica Panamericana*.

Mato, M., Toledo, M., Olmos, I., Frontini, M. A., Nan, M. L., Parpal, F., & Montero, L. (2017). Estudio de consumo de benzodiacepinas en la Policlínica Psiquiátrica del Hospital Vilardebó. *Rev Psiquiatría Uruguay*, 76(1), 25-34.

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). Historia Clínica Electrónica Nacional. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tramites-y-servicios/servicios/historia-clinica-electronica-nacional

Ministerio de Salud Pública - Dirección General de la Salud. (21 de enero de 2025). Presentación de balance trimestral de medicamentos controlados.Recuperado el 21 de enero del 2025 de https://www.gub.uy/tramites/presentacion-balance-trimestral-medicamentos-controlados

Ordenanza N° 1.320/022 Registro de empresas usuarias de la División Sustancias Controladas.https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1320022-registro-empresas-usuarias-division-sustancias

Peidro, S. (2021). La patologización de la homosexualidad en los manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas. *Revista de Bioética y Derecho*, (52), 221-235.

Plá, A., García, A., González, H., Ferrari, C., Melania, O. M., Rodriguez, J., ... & Couture, E. (2017). *Consumo de benzodiacepinas y otros psicofármacos en territorio nacional.* Ministerio de Salud Pública.

Speranza, N., Dominguez, V., Pagano, E., Artagaveytia, P., Olmos, I., Toledo, M. & Tamosiunas, G. (2015). Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública. *Revista Médica Uruguaya*, 31(2), 111-118.

Speranza Mourine, N., Viroga Espino, S., Naeko Uema, SA, Pimentel Montero, F., Calvo Barbado, DM, Cañás, M., ... & Escalante Saavedra, PA (2022). Descripción de la disponibilidad y normas para el uso de las benzodiacepinas en algunos países de América Latina, 2022. *Revista Médica del Uruguay* , *38* (2).

Stahl, S. M. (2014). Psicofarmacología esencial de Stahl. *Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas.* Aula Médica.

Tone, A. (2005). Listening to the past history, psychiatry, and anxiety. *The Canadian Journal of Psychiatry, 50*(7), 373-380.

Tone, A. (2009). *The age of anxiety: A history of America's turbulent affair with tranquilizers*. Basic Books.

Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatria de enlace*, (110), 62-69.