

ANDREA BIELLI · MAURICIO TOLEDO
COMPILEDORES

IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL USO DE PSICOFÁRMACOS

MIRADAS MÚLTIPLES
PARA UN FENÓMENO COMPLEJO



Art.2

Fondo Universitario para Contribuir
a la Comprensión Pública
de Temas de Interés General

IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL USO DE PSICOFÁRMACOS

MIRADAS MÚLTIPLES
PARA UN FENÓMENO COMPLEJO

ANDREA BIELLI · MAURICIO TOLEDO
Compiladores

IMPACTO DE LA PANDEMIA
DE COVID-19 EN EL USO
DE PSICOFÁRMACOS
MIRADAS MÚLTIPLES
PARA UN FENÓMENO COMPLEJO

COLECCIÓN ARTÍCULO 2

A efectos de cumplir con el mandato contenido en la Ley Orgánica de la Universidad de la República en su artículo segundo, la Comisión Sectorial de Investigación Científica ha creado el Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, cuyo objetivo es financiar proyectos en torno a temas de relevancia nacional e interés público.

La Colección Artículo 2 difunde en esta edición los resultados de la convocatoria 2023. La comisión que evaluó el llamado de 2021 estuvo conformada por: Ignacio Pardo (Fcs), Juan Carlos Valle Lisboa (FCIEN), Karina Boggio (FPSICO), Cristina Touriño (FMED-HC) y Manuel Flores (Fcs)

La presente publicación reúne, bajo el título *Impacto de la pandemia de COVID-19 en el uso de psicofármacos*, los resultados de la propuesta coordinada por Andrea Bielli y Mauricio Toledo.

Producción editorial del equipo de Ediciones Universitarias:
Nairí Aharonián Paraskevaídís y Victoria Zabala (revisión de textos)
Analía Gutiérrez Porley (diagramación)

© Las y los autores, 2021
© Universidad de la República, 2025

 CC BY-NC-ND 4.0

Licencia Creative Commons

Atribución - No Comercial - Sin Derivadas (CC-By-NC-ND 4.0)

Ediciones Universitarias,
Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR)

J. E. Rodó 1860
Montevideo, CP 11200, Uruguay
Tels.: (+598) 2408 2906 y (+598) 2409 7720
Correo electrónico: <ucur@udelar.edu.uy>
<<https://udelar.edu.uy/portal/libros/>>

ISBN: 978-9974-0-2305-5
e-ISBN: 978-9974-0-2308-6

CONTENIDO

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN ARTÍCULO 2	7
PRESENTACIÓN	9

EJE I LA NOCIÓN DE PANDEMIA Y SUS NARRATIVAS

EPIDEMIAS, PANDEMIAS Y RELATOS <i>Andrea Bielli</i>	15
PANDEMIA Y SALUD MENTAL EN URUGUAY: ENTRE SONDEOS Y ADVERTENCIAS <i>Nancy Calisto, Andrea Bielli, Pilar Bacci, Gabriela Bruno, Lauren Predebon, Santiago Navarro, Cristina Misa, Enzo Núñez</i>	31

EJE II SÍNTOMAS Y DOLENCIAS MENTALES DURANTE LA PANDEMIA

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD MENTAL DE LAS Y LOS URUGUAYOS <i>Valentina Paz, Gabriela Fernández Theoduloz</i>	51
DISCURSOS SOBRE EL DUELO EN LA PANDEMIA <i>Pilar Bacci, Enzo Núñez, Nancy Calisto</i>	69

EJE III
CONSUMO, PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN
DE PSICOFÁRMACOS DURANTE LA PANDEMIA

LA PANDEMIA ¿COMO EJEMPLO? DEL USO IRRACIONAL DE PSICOFÁRMACOS. EL CASO DE LAS BENZODIACEPINAS <i>Noelia Speranza</i>	85
EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN POBLACIÓN DE SALUD PÚBLICA DE MONTEVIDEO, 2018-2022, PANDEMIA MEDIANTE <i>Carlos Gonzalo Giraldez García</i>	99
LA PANDEMIA EN EL HOSPITAL VILARDEBÓ: EL IMPACTO EN LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS <i>Ismael Olmos, Mauricio Mato</i>	123

EJE IV
LAS TRAMAS EN LA PRESCRIPCIÓN
Y EL USO DE PSICOFÁRMACOS

LA TRAMA EN LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS. UNA MIRADA DIACRÓNICA SOBRE EL USO DE LOS ANTIDEPRESIVOS <i>Mauricio Toledo, María Penengo, Juan Pablo García, Gustavo Tamosiunas</i>	139
YO SOY, YO SOMOS: UNA ETERNA ESPIRAL <i>Gustavo Tamosiunas</i>	155

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN ARTÍCULO 2

Las universidades constituyen ámbitos centrales, pero no exclusivos, de la creación y la difusión del conocimiento en las más diversas áreas de las ciencias y la cultura. La investigación rigurosa y la enseñanza avanzada constituyen los principales canales a través de los cuales se concreta esta actividad.

Sin embargo, el conocimiento no adquiere valor social solo a través de la formación terciaria y universitaria ni en su circulación en las comunidades académicas. Construir sociedades abiertas, tolerantes y cimentadas en democracias deliberativas sólidas requiere de un acceso más amplio y generalizado a los frutos de la investigación y la creación cultural. Es responsabilidad de las universidades buscar, activamente, mecanismos que colaboren en la comprensión ciudadana de un amplio espectro de temas.

En el caso de la Universidad de la República, esta responsabilidad se encuentra dispuesta a título expreso en nuestra Ley Orgánica, cuyo artículo 2 establece como una de sus finalidades «contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública».

El programa de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República que le da origen a esta publicación tiene como finalidad el estudio de temas de relevancia desde esta perspectiva, para aportar insumos académicos diversos y plurales a la órbita pública y ciudadana. Cada edición establece un listado de temas seleccionados, a la vez que deja espacio para la creatividad académica al habilitar el financiamiento en temas no establecidos en el llamado. En todos los casos, se requiere la concreción de productos cuyo destinatario es público no especializado en las temáticas tratadas.

Esta publicación es el resultado del trabajo de un equipo académico que obtuvo financiamiento acotado con esta finalidad específica y nutre una colección diversa, cuyo foco es aportar elementos para la comprensión pública de temáticas que hacen a nuestro bienestar presente y futuro de nuestras sociedades.

Rodrigo Arim
Rector

PRESENTACIÓN

«Hubo una vez unos muertos que se sentaron juntos,
en cualquier parte, en la oscuridad... No—decía uno,
prosiguiendo una plática que prolongaba desde tiempo
inmemorial—, los vivos son generosos para sí mismos.
Presumen que todo depende de ellos. Se instalan allá abajo
con su guadaña y se imaginan que viven».

La Eterna Sonrisa
Pär Lagerkvist

Sin lugar a dudas, el *annus pestilens* inaugurado por la pandemia de COVID-19 nos interpeló como sociedad y generó tal impacto en lo político, económico y sanitario que aún estamos tratando de comprender este nuevo orden pospandémico. No había precedente de pandemias con un seguimiento continuo y un reporte minuto a minuto de lo que iba sucediendo a escala mundial. Fue una pandemia vivida y transmitida en vivo y en directo, que contabilizaba sus muertos diarios, que incitaba a la población a no salir de su domicilio y a denunciar a los enfermos. Fue una pandemia que también fue una infodemia.

Evidentemente, la preocupación sobre sus consecuencias en cuanto a la salud mental se desplegó con rapidez. Surgieron diferentes iniciativas para medir el impacto emocional de la pandemia de COVID-19, sobre todo debido a las medidas de confinamiento y distanciamiento físico que habían sido propuestas para evitar el avance del virus. En poco tiempo se contó con estimaciones de distintos países del mundo sobre el incremento de las tasas de ansiedad, depresión, sedentarismo, problemas con el sueño, estrés postraumático, pensamientos suicidas, miedo, ira, frustración.

De forma paralela, múltiples estudios coincidían en señalar un posible incremento en el consumo de psicofármacos, sobre todo antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos. Sin embargo, los datos no siempre mostraban un incremento sistemático, sino que se observaban interrupciones, aceleraciones y desaceleraciones de este aumento en los distintos grupos farmacológicos, grupos etarios y género de los individuos. A pesar de ello, se instaló la percepción en ámbitos profesionales y no

profesionales de que la pandemia de COVID-19 provocó el aumento de síntomas, cuadros de ansiedad y depresión en la población y un consecuente incremento del consumo de psicofármacos.

Ahora bien, los fenómenos hay que verlos en contexto y es ahí donde surge la inquietud que nos hizo pensar en la publicación de este libro en el marco del Fondo Universitario para la Comprensión Pública de Temas de Interés General. ¿Se consumió más o menos de lo que se venía consumiendo antes de la pandemia o se mantuvieron los mismos niveles de consumo? ¿Qué fenómenos subyacen en este entramado?

La preocupación por el alto número de casos de ansiedad y la depresión en todo el mundo y en nuestro país no es nueva y tampoco lo es la percepción de que el consumo de psicofármacos es importante y va en aumento. De hecho, tanto el aumento de la incidencia de sintomatología de depresión y ansiedad como el incremento de la prescripción y el consumo de psicofármacos son fenómenos a escala global de larga data. Las llamadas *epidemias de depresión* han sido anunciadas a lo largo y ancho del mundo desde los años noventa.

Las dimensiones y dinámicas que constituyen formas de entender lo patológico y su tratamiento medicamentoso predominante se han denominado *regímenes farmacológicos*. Se caracterizan por ser procesos socio-técnicos heterogéneos que reconfiguran esta problemática.

Fue a partir de la perspectiva de la duda y la inquietud que conformamos un grupo de trabajo de docentes e investigadores de la Unidad Académica de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, la Unidad Farmacología Clínica del hospital Vilardebó y el Área de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad CLAEH con el fin de abordar el fenómeno de la pandemia y los psicofármacos.

En una primera etapa, el grupo de trabajo sistematizó el conocimiento existente sobre la expansión de los psicofármacos en Uruguay atendiendo a sus consecuencias sociales y subjetivas. Asimismo, generó información sobre consumo y prescripción de psicofármacos con el fin de distinguir tendencias generales pre y pospandemia. De forma paralela, se organizaron instancias de debate a través de mesas redondas y seminarios dirigidos a la ciudadanía en los que participaron los integrantes del grupo y otros expertos. Estas instancias de debate se organizaron en espacios de la Universidad de la República y de la Universidad CLAEH y en diferentes zonas del país. Las mesas redondas y seminarios se organizaron durante 2023 de acuerdo con tres ejes temáticos: hábitos

de prescripción de psicofármacos pre y pospandemia, prácticas de consumo de psicofármacos pre y pospandemia y consecuencias sociales y subjetivas del consumo de psicofármacos pre y pospandemia.

La presente publicación recoge algunos de los aspectos abordados y debatidos en estas instancias y también nuevas contribuciones, que se organizan en cuatro ejes. El primero de ellos reúne trabajos sobre la propia noción de *pandemia*, su vinculación con el pensamiento epidemiológico y las narrativas que la toman por objeto. El segundo recopila trabajos sobre los distintos síntomas y dolencias en salud mental observados durante la pandemia. El tercero se enfoca en los datos sobre consumo, prescripción y dispensación de psicofármacos durante la pandemia. El cuarto y último eje presenta reflexiones sobre las tramas en la prescripción y el uso de psicofármacos.

Andrea Bielli y Mauricio Toledo
Montevideo, mayo de 2024

EJE I

LA NOCIÓN DE PANDEMIA
Y SUS NARRATIVAS

EPIDEMIAS, PANDEMIAS Y RELATOS

ANDREA BIELLI¹

LAS EPIDEMIAS Y SUS RELATOS

Las epidemias tienen la capacidad de generar cambios bruscos y profundos en las poblaciones a las que afectan, cambios que van desde transformaciones menores en los comportamientos individuales y colectivos cotidianos hasta modificaciones drásticas de la vida en sociedad. Estos cambios afectan la esfera de la salud, pero van más allá de alterar las actividades laborales, las actividades educativas y deportivas, las actividades culturales y sociales e incluso la forma de tránsito y de traslado dentro de las propias ciudades y pueblos. Por sobre todo, las epidemias alteran las historias y los sucesos de nuestras vidas sobre los que se habla y se cuenta. En otras palabras, las epidemias son grandes generadoras de relatos, de construcciones narrativas que reconstruyen y describen momentos, sentimientos y anécdotas de ese suceso tan particular (Engelmann, 2022).

En efecto, si tenemos noticia de las grandes epidemias que tuvieron lugar a lo largo de la historia es porque alguien se ocupó de registrarlas y de contárselas a los demás. No son pocas las epidemias que han asolado a la humanidad. La peste negra o peste bubónica devastó Europa, el norte de África, Oriente Medio y Asia Menor durante el siglo XIV y produjo una catástrofe demográfica de grandes proporciones. Llegó al continente europeo siguiendo las rutas comerciales desde Asia central y se expandió rápidamente por todos los rincones de Europa y causó una mortandad que se calcula entre el 50 % y el 70 % de la población del momento según las distintas regiones (Benedictow, 2011). La peste negra tuvo un segundo brote epidémico más cercano a nosotros en el tiempo hacia finales del siglo XIX que se inició en China y alcanzó algunas zonas de Asia y el Caribe.

América también sufrió la presencia de enfermedades infecciosas que diezmaron su población a lo largo de la historia. Una de las epidemias

más devastadoras tuvo lugar en la época colonial, como consecuencia de la propagación de las enfermedades infecciosas llegadas con los europeos durante la conquista del nuevo continente. En el siglo xvi, el Virreinato de Nueva España, que comprendía los territorios de América del Norte y América Central, experimentó varias oleadas epidémicas en 1520, 1545 y 1576, que devastaron a los pueblos nativos de la zona al afectar en su mayoría a los indígenas y no a los conquistadores europeos (Alabart, 2020). A principios del siglo xx la gripe española, que hoy se cree fue causada por el virus de la gripe aviar, produjo cerca de veinte millones de muertes entre 1918 y 1919, y algunos cálculos incluso llegan a estimar esta cifra en cincuenta millones de personas (Elbe, 2018, p. 34). En nuestro siglo, antes de la pandemia de COVID-19, ya habíamos experimentado la epidemia de la gripe aviar en 2009 y 2010 y la de zika en 2015 y 2016.

Todos estos episodios pandémicos y epidémicos han sobrevivido al tiempo gracias a distintos testimonios y descripciones, algunos anónimos y otros elaborados por cronistas identificables: Fray Bartolomé de las Casas narró cómo la viruela apareció hacia 1519 entre los nativos de Santo Domingo, el policía Félix Fernández informó en detalle al Gobierno sobre el inicio de la epidemia de fiebre amarilla en 1857 en Montevideo.

En verdad, los relatos y crónicas más tempranos de pestes y plagas provienen de la antigua Grecia y, de hecho, las palabras *epidemia* y *pandemia*, que se han vuelto muy familiares para nosotros en estos últimos tiempos, poseen un pasado profundo que nos llega desde allí. El significado original de estos términos no estaba directamente relacionado a las enfermedades ni a la medicina y estos tuvieron que recorrer un largo camino para cobrar el significado que les otorgamos hoy.

Los antiguos griegos emplearon en un primer momento la palabra *epidemia* cuando querían referir a una visita o a la llegada a un lugar determinado. Compuesta por las locuciones *epi* (sobre) y *demo* (pueblo, gente) (Martin y Granel, 2006), la palabra también podía significar estadía o residencia. El término comenzó a relacionarse con la salud cuando los médicos griegos le imprimieron un giro en su significado al utilizarlo en el sentido de algo que llega a un pueblo o población desde fuera, incluida la visita del médico a una ciudad o a un paciente o incluso enfermedades que llegan o irrumpen desde otro lugar (Pino Campos y Hernández González, 2008). La acepción actual de propagación de una enfermedad que afecta masivamente a una población recoge, de algún modo, esta idea de llegada de la enfermedad desde fuera y también la noción de *enfermedad colectiva*. Esta última noción, que abarca patologías de un orden diferente a las enfermedades individuales, pues incluye enfermedades que afectan a varias

personas al mismo tiempo, se asoció al término *epidemia* en los escritos hipocráticos y galénicos.² En otras palabras, las enfermedades colectivas eran calificadas de epidémicas porque suponían el arribo desde otro lugar de algo que afectaba a buena parte de la población. El vocablo *pandemia*, del griego *pan* (todos) y *demos* (pueblo) (RAE y ASALE, 2023), en los escritos de Platón y Aristóteles aparece como aquello que es cuestión de toda la gente, de dominio público. Más adelante, el término adquirió su acepción médica y comenzó a transmitir la idea de que la enfermedad alcanza a cada uno de los integrantes de una cierta población. Supone, en cierta medida, una expansión tal de la patología que es capaz de atravesar océanos y continentes y afectar de forma creciente a números importantes de personas durante un período prolongado. De estos usos tempranos de los términos, por consiguiente, derivan las acepciones actuales de *epidemia* y *pandemia* como enfermedades que afectan a un número importante de individuos durante cierto tiempo y en ciertas localidades, con la salvedad de que las epidemias alcanzan regiones o países, mientras las pandemias se expanden por áreas geográficas más amplias e incluso llegan a afectar al mundo entero. De algún modo, podemos encontrar aún hoy huellas del sentido temprano de la palabra *pandemia* como cuestión de todos y cuestión pública, en la medida en que estas son acontecimientos que se imponen y no pueden pasar desapercibidos para las poblaciones. Aunque pueden tener expresiones privadas e íntimas, son sucesos públicos que movilizan estrategias colectivas de hacer frente a amenazas, algunas de ellas ya probadas con anterioridad y otras nuevas por completo.

Teniendo en cuenta que las epidemias y pandemias hilvanan una serie de hechos e hitos, el historiador de la medicina Charles E. Rosenberg (1989) dice que ellas tienen una estructura dramática que, al igual que una obra de teatro, se compone de varias escenas, actos y momentos: la aparición de la plaga, la lucha contra plaga, la propagación de la plaga (desde dónde llegó, hacia dónde se propagó), la descripción de la enfermedad (síntomas, desarrollo), la gravedad y virulencia de la peste, la caída paulatina de los contagios y las muertes. Lo que se dice entonces de las epidemias, se dice de formas particulares. Las epidemias tienen una narrativa especial que permite trazar cronologías en la expansión de la enfermedad, establecer sus consecuencias y efectos. La búsqueda de sentido siempre ha caracterizado a las epidemias (Rosenberg, 1989, p. 10).

2 Aquellos escritos sobre medicina que se consideran obra de Hipócrates, célebre médico de la Antigua Grecia considerado el padre de la medicina moderna y los considerados obra de Galeno, médico afamado del Imperio Romano.

Se suele señalar que el primer cronista en haber establecido esta forma de contar sobre las epidemias y pandemias fue el historiador Tucídides quién fue testigo presencial de la plaga que afectó a Atenas en el siglo v a. C. y se convirtió en la figura señera de los relatos de distintas epidemias de la antigüedad. En sus relatos, Tucídides vertebría los acontecimientos de la epidemia de forma cronológica, pero también se preocupa por caracterizar los efectos arrolladores de la plaga y zurcirlos con las costumbres y hábitos del pueblo ateniense. De ello resulta un relato potente, conmovedor y dramático. Su obra se convirtió en el modelo a seguir por otros escritores y cronistas que copiaron y siguieron su forma de narración por varios siglos, guiados por una lógica narrativa que apuntaba a la construcción de una historia vibrante. Hubo que esperar al surgimiento de las ciencias modernas para que una nueva forma de relatar las epidemias viera la luz.

NARRATIVAS CIENTÍFICAS SOBRE LAS EPIDEMIAS

Con la emergencia de un campo dentro de la medicina consagrado al estudio de las enfermedades como un fenómeno colectivo, las epidemias comenzaron a cambiar de rostro. A finales del siglo XVII surgieron los primeros esbozos de ciencias y saberes poblacionales que se propusieron la recogida sistemática de datos sobre la expansión y las consecuencias de las patologías en las comunidades. Si bien en siglos anteriores ya se habían reunido datos, por ejemplo, sobre muertes asociadas a distintas plagas, durante este siglo la observación sostenida de la información de los decesos y sus causas permitió inferir regularidades en los eventos poblacionales, establecer comparaciones y aventurar pronósticos (Morabia, 2020). Para mediados del siglo XIX, el enfoque poblacional del estudio de las enfermedades desembocó en el establecimiento de la epidemiología como una disciplina científica que prontamente reclamó su independencia. A diferencia de otras ramas de la medicina, la epidemiología no contaba con una tradición clínica u experimental sobre la que basar sus aspiraciones científicas por lo que recurrió a la puesta a punto de métodos y técnicas cuantitativos para abordar su objeto de estudio. Las epidemias se convirtieron así en entidades que podían ser medidas, contabilizadas y graficadas. El avance de las epidemias podía relatarse ahora a través de listados, mapas, tablas y diagramas y sus consecuencias trágicas también podían ser traducidas a números. De este modo, hacia finales del siglo XIX ya se había establecido toda una nueva forma de narrar epidemias y pandemias.

Se produjo un giro en el que la narración de las epidemias se alejó de la presentación de historias descriptivas emotivas de eventos trágicos para convertirse en la producción desafectivizada de información sobre el desarrollo de las epidemias a partir de métodos e instrumentos científicos (Engelmann, 2022).

Todo tipo de técnicas variadas de cuantificación y de construcción de estadísticas fueron el sustento principal de un nuevo tipo de lógica narrativa guiada por la empresa científica que intentó convertir las epidemias en acontecimientos médicos considerados en su dimensión de conjunto. El enfoque epidemiológico fue más allá de los casos particulares y penetró las dinámicas y flujos por los que las enfermedades se multiplican. Dicho de otro modo, las epidemias fueron consideradas no como la sumatoria de casos individuales de una enfermedad particular, sino teniendo en cuenta sus dinámicas de propagación (Engelmann, 2022).

Esta nueva lógica combinó, entonces, diagnósticos médicos con el cuadro cronológico de los eventos, descripciones de las dinámicas sociales y el estudio de las dimensiones biológicas del contagio de las enfermedades. Se ligó en esta nueva narrativa científica de las epidemias un conjunto heterogéneo de datos y elementos que proporcionaban información variada: desde temas de bacteriología, pasando por cuestiones de inmunología hasta medidas de cuarentena. Por sobre todo, fueron las estadísticas médicas, que apelaron a herramientas de abstracción y formalización, las que cumplieron la doble función de ilustrar los relatos y a su vez hacerlos comprensibles. Los mapas mostraban visual y espacialmente la propagación de la patología, las tablas y cuadros numéricos, el incremento de casos fatales. Todo ello permitía presentar la epidemia bajo la luz de descripciones cuantitativas acompañadas de explicaciones causales que daban sustento, además, a proyecciones sobre su desarrollo o estancamiento.

Por otra parte, los relatos, que antes se escribían luego de que las epidemias habían ocurrido, pasaron a generarse casi de forma simultánea a su despliegue. Con el surgimiento de la narrativa científica comenzó a producirse información con regularidad, de forma semanal y mensual, por lo que estos nuevos relatos se centraron en explicar de qué forma las tasas de mortalidad estaban ligadas a las dinámicas sociales y de qué forma la expansión de la enfermedad se unía a las condiciones sanitarias y medioambientales de la población afectada. Desde el siglo XIX en adelante, asistimos a la aparición de un modelo de relato epidemiológico que enfatiza ya no la visión particular del testigo privilegiado que describe el brote epidémico, sino la estandarización de procedimientos de generación de información. De hecho, como señala el historiador Lukas Engelmann

(2022, p. 290), entre 1894 y 1952 tuvieron lugar la expansión y consolidación de una narrativa global sobre las epidemias que se retomó en diferentes puntos del mundo por los funcionarios de los servicios de salud, que tendían a copiar los informes de epidemias producidos en otros países. Estos relatos se caracterizan por trazar una cronología de la epidemia, lo que supone, a veces, una cierta reconstrucción temporal del origen de la epidemia, su curso y expansión, porque se produce una cartografía de la epidemia en espacio y tiempo y se enumeran las medidas para controlar y detener la epidemia.

En la segunda mitad del siglo XX, la epidemiología y la virología se convirtieron en disciplinas que comenzaron a predecir posibles epidemias antes de que estas tuvieran lugar. Hacían énfasis en que el comienzo de una nueva gran epidemia sería inexorable, aunque no era específicamente predecible cuándo y dónde (Adams *et al.*, 2024). Se instaló, además, la idea de que las epidemias ocurren en oleadas capaces de afectar al mundo entero, por lo que la posibilidad de pandemias devastadoras se volvió cada vez más presente. Esto supuso un cambio de orientación de la propia epidemiología científica, que pasó de ser una epidemiología centrada en el recuento de decesos y casos de contagio a una epidemiología vigilante, atenta a la aparición de síntomas asociados a síndromes desconocidos y pronta a detectar el surgimiento de nuevas patologías. Se generó un nuevo paradigma dentro de la salud pública en el que ahora era necesario contar con las capacidades necesarias para poder prever y predecir nuevos brotes epidémicos, sobre todo con la intención de poder establecer medidas preventivas a tiempo.

UNA RAZÓN EPIDEMIOLÓGICA

Desde mediados del siglo XX en adelante, por lo tanto, se puso a punto una forma particular de razonar, de pensar, que caracteriza a la epidemiología actual. Este tipo de *razón epidemiológica* se reconoce por la conjunción de varios elementos. Algunos de ellos, como el uso de técnicas de medición y de recolección de datos cuantitativos estaban presentes en el campo epidemiológico desde finales del siglo XIX, pero otros cobraron relevancia gracias a los procesos de globalización instalados en el mundo durante el siglo XX con la circulación de información, conocimientos, capitales y, naturalmente, también enfermedades entre los distintos países del planeta. De este modo, la noción de la existencia de una población mundial como

una entidad definida se convirtió en un elemento sustancial de esta razón epidemiológica a la que se le agregó también el imperativo ético de salvar vidas (Reubi, 2018). En otros términos, la epidemiología de nuestros tiempos posee la finalidad última de mantener con vida a todos los habitantes de la Tierra. Desde esta perspectiva, la población mundial es una población a escala global que supera la idea de que la población es aquel conjunto de personas que habitan un país o una nación determinada. La población mundial trasciende, de algún modo, las fronteras.

Esta lógica epidemiológica se sostiene en prácticas y estrategias que hacen de las patologías sus objetos, que pueden ser medidos y cuantificados, y forma parte del corazón de la salud pública entendida como una empresa a escala global. En otras palabras, esta lógica necesita esfuerzos internacionales coordinados para poder cuidar a una población mundial que debe ser monitoreada de forma conjunta a través de la colaboración de expertos de distintos países que desarrollan estudios mancomunados entre gobiernos, universidades, fundaciones, hospitales, laboratorios u organizaciones internacionales. Dos creencias principales vertebran estos esfuerzos: la primera de ellas es que la cuantificación permite visualizar problemas de salud con más precisión y claridad, generar medidas y estrategias de mitigación más eficientes y disponer de los recursos en salud de forma más racional y adecuada; la segunda, que los intentos de salvar vidas deben partir de y guiarse por datos cuantitativos confiables y rigurosos para que puedan ser exitosos. Dicho de otra manera, esta forma de pensar desde la epidemiología supone valores éticos, técnicas de medición, concepciones políticas y estrategias de gestión específicas (Reubi, 2018, p. 83).

EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL

Ahora bien, es cierto que el término *epidemia* no solo ha sido usado en relación con las enfermedades infecciosas, sino que también es posible escuchar noticias sobre epidemias de depresión, ansiedad o adicción. Como vimos hasta ahora, las epidemias traen consigo la cuestión de crear estándares para nombrar, contar y medir enfermedades (Wu, 2021). Proponen una universalización de lo que se concibe como patología y de cómo abordarla en su dimensión colectiva, necesitan de la elaboración de estándares universales útiles para promover la salud pública. Si se pretende mapear las llamadas *enfermedades mentales* en una población mundial, por consiguiente, es preciso determinar si las patologías mentales son comparables,

a pesar de que ocurran en distintas culturas y sociedades. Es necesario establecer criterios universales en salud mental que sean aplicables a toda la humanidad.

La epidemiología de los problemas de salud mental también parte de este universal para poder hacer de los problemas mentales algo comparable, algo en común a lo largo y ancho del planeta. Poniendo el énfasis en la aparición y distribución de afectaciones mentales y comportamentales en la población, esta rama particular de la epidemiología también se propone evitar el desarrollo y aumento de este tipo de problemas. La posibilidad de una epidemiología internacional de problemas mentales se funda, por consiguiente, en el supuesto de que las afectaciones mentales son el resultado tanto de conflictos internos como de influencias externas y que, además, estas se pueden prevenir y tratar (Wu, 2021, p. 20).

Después de la Segunda Guerra Mundial, la salud mental pasó a ser considerada un problema global de salud pública que debía ser tratado por una nueva organización internacional como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o por otro tipo de movimiento internacional por la salud mental (Wu, 2021, p. 20). Esta preocupación por la salud mental fue de la mano de impulsos para ampliar el acceso a los tratamientos psiquiátricos y psicológicos, en particular de las poblaciones de los países más desfavorecidos del mundo. Pronto se verificó un aumento en la prevalencia de los problemas mentales que se asoció al incremento del consumo de psicofármacos. En las últimas décadas es notorio que se ha equiparado la accesibilidad a los medicamentos en general y a los psicofármacos en particular con la garantía del derecho a la atención en salud de las poblaciones. De hecho, el acceso universal a los medicamentos se ha vuelto una de las mayores preocupaciones de los sistemas de salud. Para algunos, la generalización del acceso a los fármacos es uno de los rasgos característicos de la salud pública internacional del presente siglo, que hace esfuerzos ingentes para establecer sistemas estables de dispensación de medicamentos (Greene, 2015).

En América del Sur, el modelo de la salud pública centrado en el medicamento se ha instalado en países como Brasil, Chile y Uruguay y es visible a través de las altas sumas de dinero que se destinan a la compra de medicamentos, pero también con el establecimiento de prácticas institucionales específicas que giran en torno al fármaco y se entrelazan con las políticas de salud, como, por ejemplo, la apertura de farmacias en centros de salud pública diseminados por el territorio. La política del acceso al medicamento se interpreta como un intento de promover la inclusión de diferentes sectores de la población. Tanto es así que el aumento del número de personas en tratamiento farmacológico suele ser considerado un logro importante

de dichas políticas. Chile, por ejemplo, ha sido considerado como un ejemplo exitoso de lucha contra la expansión de la depresión, debido al notorio incremento de pacientes en tratamiento psicofarmacológico que tuvo lugar en ese país entre 2001 y 2009 (Cuthbertson, 2015).

Al igual que la epidemiología de las enfermedades infecciosas, la epidemiología en el campo de la salud mental rápidamente se empeñó en la formulación de estimaciones y proyecciones a futuro. La OMS viene jugando un papel destacado al respecto. En 2001, por ejemplo, en la cumbre de ministros de Salud que tuvo lugar en Génova para tratar la necesidad de acciones por la salud mental global, la organización vaticinó que la depresión, que se posicionaba en el cuarto lugar dentro de las principales causas de la carga global de la enfermedad,³ treparía al segundo lugar en 2020 (OMS, 2001). Las llamadas epidemias de depresión y de ansiedad han sido anunciadas a lo largo y ancho del mundo desde los años noventa, lo que ha enfatizado las consecuencias sociales y económicas negativas del incremento de estas patologías. Pero un efecto paradójico ha tenido lugar, pues en la medida en que las previsiones de aumento inexorable de los problemas mentales se han mantenido a lo largo del tiempo, el incremento del consumo de psicofármacos ha tomado en sí mismo dimensiones que algunos autores también han calificado de epidémicas (Davies, 2017).

Ciertamente, no son pocos los autores que sostienen que estamos hoy ante una epidemia de psicofármacos. Estos usos metafóricos del término, como escribe el historiador de la medicina Charles E. Rosenberg, suponen un juego de palabras no inocente que pretende revestir fenómenos sociales indeseables con la «urgencia emocional» asociada a las epidemias (Rosenberg, 1989, p. 1). Quienes hablan de la existencia de esta epidemia usan el término no solo para enfatizar el número creciente de personas consumidoras de psicofármacos, sino también para subrayar los riesgos que este consumo implica tanto para ellas como para la sociedad en su conjunto. Suele ubicarse el «brote» de esta epidemia medicamentosa en los años ochenta, momento en que la psiquiatría estandarizó sus categorías diagnósticas gracias al gran éxito que alcanzó la psiquiatría mundial por la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III, por sus siglas en inglés) elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, que adoptaba los psicofármacos como su herramienta terapéutica privilegiada. La expansión del consumo de psicofármacos se

³ Se trata de un indicador elaborado por el Banco Mundial y la OMS para medir la calidad de la salud de una población en función de cómo es afectada por enfermedades, lesiones, afecciones y muertes.

mantiene con una tendencia sostenida de incremento del uso de todos los grupos farmacológicos como los antidepresivos, ansiolíticos, somníferos y antipsicóticos desde al menos veinticinco años, expansión que refiere tanto el aumento del consumo como su propagación por los distintos países del mundo. Además, se observa que el uso de estos medicamentos tiende a prolongarse; se verifican casos en los que las personas los usan durante diez o más años. En otras palabras, los sujetos no se recuperan de sus afecciones, sino que estas se cronifican, al igual que el uso de psicofármacos. Esta epidemia se caracteriza por el hecho de que el aumento de consumo de psicofármacos no logra bajar ni detener el incremento de los diagnósticos de problemas en salud mental, que, en su mayoría, están asociados a cuadros depresivos y de ansiedad. De hecho, la tendencia incremental en el consumo de psicofármacos está vinculada con la proliferación de estos dos tipos de diagnóstico.

Quienes han intentado explicar el desarrollo de esta epidemia apuntan al papel de la industria farmacéutica que, a través de sus estrategias comerciales, ha enfatizado la eficacia de los psicofármacos como terapéuticas y ha minimizado los riesgos producidos por su consumo (Davies, 2017; Whitaker, 2017). A su vez, se advierte sobre la llamada *inflación diagnóstica*, que se produce a raíz de la utilización de categorías diagnósticas cada vez más amplias, en las que cualquier sujeto que haya experimentado durante su vida algún problema emocional bien podría ser considerado como afectado por un trastorno mental (Frances, 2013). Desde esta perspectiva, la epidemia de medicamentos psiquiátricos bien puede ser calificada de pandemia. Sus causas están entrelazadas a los tipos de relatos que, desde la academia, la industria farmacéutica, los organismos y servicios sanitarios y los medios de comunicación se cuentan sobre los fármacos y el sufrimiento psíquico.

LA PANDEMIA DE COVID-19

La pandemia de COVID-19 nos recordó que las epidemias no son cosa del pasado. Su aparición y los miedos e inquietudes que generó tuvieron la posibilidad, quizás más que en otras epidemias, de ser narrados, descritos e incluso anticipados a través de una proliferación de discursos difundidos a escala global en tiempo real. Como señala el historiador Diego Armus (2023), una pléyora de expertos provenientes de ámbitos tan variados como la política, las ciencias, la filosofía o el periodismo se unió a coro

para comentar datos duros, opiniones, situaciones, medidas sanitarias y predicciones. Como consecuencia, lo que la pandemia ha dejado es un conjunto de tópicos y asuntos que plantean preguntas que se pueden responder de distintas maneras y desde diferentes experticias. Como propone el historiador, estas cuestiones deben ser situadas en sus coordenadas de tiempo y espacio específicas para evitar lecturas a destiempo de las narrativas que surgieron sobre la pandemia de COVID-19.

Podríamos señalar que lo que caracterizó a la pandemia de COVID-19 fue la producción de datos y reflexiones constantes que se lanzaban al aire al igual que una transmisión en vivo, es decir, al mismo tiempo que la propia pandemia se estaba desarrollando. Quizás, como otras epidemias contemporáneas, la de H1N1 o el VIH-Sida, la pandemia de COVID-19 fue sobre todo una pandemia mediatizada, es decir, sostenida, descrita, pensada por el papel que los medios de comunicación como la radio, la televisión, los diarios y los portales de noticias jugaron en la difusión de información sobre ella. La pandemia de COVID-19 estuvo también marcada por el protagonismo que tomó la ciencia en la lucha contra ella. La carrera que laboratorios internacionales corrieron contra el tiempo para desarrollar vacunas efectivas y, en nuestro país, la conformación de un grupo asesor de expertos que orientaba al Gobierno y generaba datos constantemente sobre el desarrollo de la epidemia en nuestro territorio son dos buenos ejemplos.

Dado el tipo de razón epidemiológica de la que hablamos en apartados anteriores, no es de sorprender que durante la pandemia todos nos pusimos a contar y a contabilizar. Las medidas, cuantificaciones y métricas proliferaron rápido. Desde la incesante y dantesca contabilización de afectados y muertes por COVID-19 hasta la contabilización de otros efectos de la pandemia que se instalaron, como las guías indispensables para tomar decisiones políticas, sanitarias y sociales de todo nivel. De esta forma, además de los casos de COVID-19 se comenzaron a contabilizar las llamadas a los servicios de atención psicológica gratuitos, los motivos de consulta, los síntomas de depresión y ansiedad, como formas de detectar vulnerabilidades. Como han dicho algunos, nos convertimos en epidemiólogos aficionados, dadas las grandes esperanzas que se depositaron en ese momento en los números y cifras y en la capacidad que se le confirió a la pandemia de generar crisis sociales y económicas (Adams, Chandler, Kelly y Livingstone, 2024).

La sed de cuantificación y generación de números y cifras que permitieran seguir de cerca el avance de la pandemia y sus efectos construyó nuestra propia percepción de la pandemia inundándonos de información,

por un lado, y por otro, excluyendo otro tipo de datos y perspectivas sobre lo que estaba sucediendo. Se desplegaron diferentes prácticas y formas de representación, en especial sobre los peligros y consecuencias negativas de la pandemia, en función de lo que se proponían diferentes escenarios para el futuro inmediato. En nuestro país, se calculaba el ritmo de contagios semana a semana, pero se generaban datos no solo sobre una enfermedad infecciosa y transmisible, sino también sobre afecciones no transmisibles, que se consideraban secuelas de la COVID-19. Siguiendo la tendencia internacional del momento, se instaló rápido la idea de que la pandemia de COVID-19 estaba generando otra pandemia, una de trastornos mentales que era consecuencia lógica del sufrimiento que la nueva enfermedad provocaba.

Como vimos en el apartado anterior, la aplicación de pensamiento epidemiológico al campo de la salud mental ya cuenta con varias décadas. Aun así, muchos de los aspectos que intentaron ser medidos y contabilizados resultaban nuevos, como tratar de delimitar los efectos sobre el estado de ánimo, el sueño o las dinámicas familiares de las medidas de distanciamiento social. Por otra parte, cuando se aplica el pensamiento epidemiológico al campo de las enfermedades no transmisibles o no contagiosas, la forma de generar los datos sistemáticos sobre cómo se sienten los sujetos —datos que la lógica epidemiológica requiere para fundar sus medidas preventivas— es recurriendo al testimonio que estos pueden dar sobre sí mismos. Para poder recoger un número considerable de estos testimonios, son las encuestas de tipo sociológico que indagan sobre hábitos, comportamientos y estilos de vida las herramientas más usadas. Por esta razón, se multiplicó desde el inicio de la pandemia la realización de sondeos autoadministrados, sobre todo a través de internet, que intentaron cubrir distintos aspectos de las afectaciones psicológicas en distintas poblaciones: síntomas de estrés, ansiedad y depresión en los trabajadores de la salud, efectos psicosociales de las medidas de restricción de la movilidad en los vínculos y afectos de la población en general y cambios en el consumo de drogas en relación con el estrés psicológico de jóvenes y adultos. Desde luego, dado el carácter global de la pandemia, estos estudios también trascendieron fronteras y buena parte de ellos respondieron a la acción coordinada de equipos de investigación instalados en distintos países. Por solo nombrar algunos en los que Uruguay participó junto a otros países: durante el primer semestre de 2020 se llevó adelante el estudio internacional PSY-COVID-19, dirigido por la Universidad Autónoma de Barcelona, con la colaboración de más de 45 universidades de diversos países de Iberoamérica (Domínguez y

Salvo, 2023) y el estudio internacional sobre trabajadores de la salud denominado *The COVID-19 HElth caRe wOrkErS—HEROES—study*, que incluyó unos treinta países de América del Sur, América Central, Asia, África y Europa (Giménez *et al.*, 2023). Este interés por determinar las consecuencias de la pandemia sobre la salud mental de la población mundial fue recogido por los medios de prensa, quienes difundieron los estudios aún antes de que estuvieran terminados.

RELATOS QUE PERVIVEN

El modo en que la pandemia fue narrada o, podríamos decir, continúa siendo narrada todavía hoy retoma algunos aspectos del tipo de relato canónico de las epidemias que heredamos desde la Antigüedad (interés por determinar el cuándo y el dónde del brote de la pandemia, interés por identificar el agente causante de la enfermedad viral, interés por describir las consecuencias sociales y económicas). También recoge algunos tropos y técnicas de producción y presentación de datos propios del pensamiento epidemiológico científico (tasa de contagios, estadísticas de mortalidad) e incluye su interés por la formulación de predicciones. Ahora bien, la narrativa generada sobre la pandemia de COVID-19 no se limita a la reproducción de modelos narrativos preexistentes, sino que incorpora algunos rasgos novedosos: su énfasis en la producción simultánea de datos a medida que se desarrolla la pandemia, la pronta identificación de sus efectos negativos y, por sobre todo, el énfasis puesto sobre la salud mental. Ese énfasis refleja en gran medida el lugar central que la salud mental adquirió en los últimos tiempos como un área destacada de la salud pública mundial.

Numerosos estudios llevados a cabo de forma internacional durante el desarrollo de la pandemia se abocaron a demostrar su impacto sobre la salud mental de las poblaciones, pero además surgieron convocatorias para estudiar sus consecuencias a largo plazo, dado que se estima que estas persistan por un tiempo prologado aún luego de finalizada la pandemia. Esto parecería no dar por terminada la generación de relatos sobre la pandemia de COVID-19. Es probable que cómo fuimos contando esta pandemia y el cómo lo seguiremos haciendo diga algo más sobre nosotros mismos que nos permita comprender algunas de las características sustanciales de nuestra época. Cómo entendimos el sufrimiento psíquico y de qué modo le hicimos frente durante esta época crítica, nos permite reconocer la forma en que veníamos considerándolo e interviniendo sobre

él. Los relatos sobre el aumento de disturbios relacionados con la ansiedad, la depresión, los problemas del sueño, los pensamientos suicidas, el consumo de sustancias psicoactivas y de psicofármacos indican lo que ya antes del desencadenamiento de la pandemia estábamos dispuestos a mirar, escudriñar y esperar y lo que seguiremos mirando, escudriñando y esperando.

REFERENCIAS

ADAMS, V., CHANDLER, C., KELLY, A. H., y LIVINGSTON, J. (2024). A pandemic of metrics. *Medical Anthropology Quarterly*, 38(2), 149-163. <https://doi.org/10.1111/maq.12842>

ALABART, M. (2020, mayo 5). Las epidemias del siglo XVI en la América colonial española. *Noticias UNGS*. Recuperado de <https://noticiasungs.ungs.edu.ar/?portfolio=las-epidemias-del-siglo-xvi-en-la-america-colonial-espanola>

ARMUS, D. (2023). Cuando el presente puede ayudar a refinar las interpretaciones del pasado: covid-19 en tiempo real y la historiografía de las epidemias. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 30(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702023000100041>

BENEDICTOW, O. (2011). *La Peste Negra (1346-1353). La historia completa*. Madrid: Akal.

CUTHBERTSON, COURTNEY A. (2015). Pharmaceutical Technologies and the Management of Biological Citizens in Chile. En S. BELL y A. FIGERT, *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics: old critiques and new engagements* (pp. 137-159). Londres: Routledge.

DAVIES, J. (Ed.) (2017). *The Sedated Society. The Causes and Harms of our Psychiatric Drug Epidemic*. Londres: Palgrave Macmillan.

DOMÍNGEZ, P., SAVO, J., y VIQUE, F. (2023). Impacto psicológico ante las medidas adoptadas por la pandemia por COVID-19. En *II Congreso Internacional de Psicología*, Montevideo, 7, 8 y 9 de junio de 2023. Recuperado de <https://cip.psico.edu.uy/index.php/node/350>

ELBE, S. (2018). *Pandemics, pills, and politics : governing global health security*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

ENGELMANN, L. (2022). Reporting on plagues: Epidemiological reasoning in the early twentieth century. En M. S. MORGAN, K. M. HAJEK y D. J. BERRY (Eds.), *Narrative Science: Reasoning, Representing and Knowing since 1800* (pp. 287-308). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009004329.015>

FRANCES, A. (2013). *Saving Normal. An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. Nueva York: William Morrow & Co.

GIMÉNEZ, L., FUNCASTA, L., MORENO, A., BENTANCOR, A., DALLO, M., BOFFA, J., GENTA, M., y GADEA, S. (2023). Salud mental del personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Uruguay. En *II Congreso Internacional de Psicología*, Montevideo, 7, 8 y 9 de junio de 2023. Recuperado de <https://cip.psico.edu.uy/index.php/node/348>

GREENE, J. A. (2015). Vital Objects. Essential Drugs and Their Critical Legacies. En S. BELL y A. FIGERT, *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics: old critiques and new engagements* (pp. 89-111). Londres: Routledge.

MARTIN, P. M. V., y GRANEL, E. M. (2006). 2500 Year Evolution of the Term Epidemic. *Emerging Infectious Diseases* 12(6), 976-980.

MORABIA, A. (2020). Pandemics and methodological developments in epidemiology history. *Journal of Clinical Epidemiology*, 125, 164-169.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001). *Mental Health. A Call for Action by World Health Ministers*. Londres: The Mental Health Innovation Network. Recuperado de <https://www.mhinnovation.net/resources/mental-health-call-action-world-health-ministers>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2022). *The COVID-19 HHealth caRe wOrkErs Study (HEROES)*. Informe Regional de las Américas (Informe). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>

PINO CAMPOS, L. M., y HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, J. P. (2008). En torno al significado original del vocablo griego *epidēmia* y su identificación con el latino *pestis*. *Dynamis*, 28, 199-215. <https://doi.org/10.4321/S0211-95362008000100009>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (RAE) y ASOCIACIÓN DE ACADEMIAS DE LA LENGUA ESPAÑOLA (ASALE) (2023). Pandemia. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/pandemia?m=form>

REUBI, D. (2018). A genealogy of epidemiological reason: Saving lives, social surveys and global population. *BioSocieties*, 13(1), 81-102. <https://doi.org/10.1057/s41292-017-0055-2>

ROSENBERG, C. E. (1989). What is an epidemic? AIDS in historical perspective. *Daedalus*, 118(2), 1-7.

WHITAKER, R. (2017). *Anatomía de una epidemia: Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitán Swing Libros.

WU, H. Y.-J. (2021). *Mad by the millions: mental disorders and the early years of the World Health Organization*. Cambridge: The MIT Press.

CAPÍTULO 2

PANDEMIA Y SALUD MENTAL EN URUGUAY: ENTRE SONDEOS Y ADVERTENCIAS

NANCY CALISTO
ANDREA BIELLI
PILAR BACCI
GABRIELA BRUNO
LAUREN PREDEBON
SANTIAGO NAVARRO
CRISTINA MISA
ENZO NÚÑEZ⁴

INTRODUCCIÓN

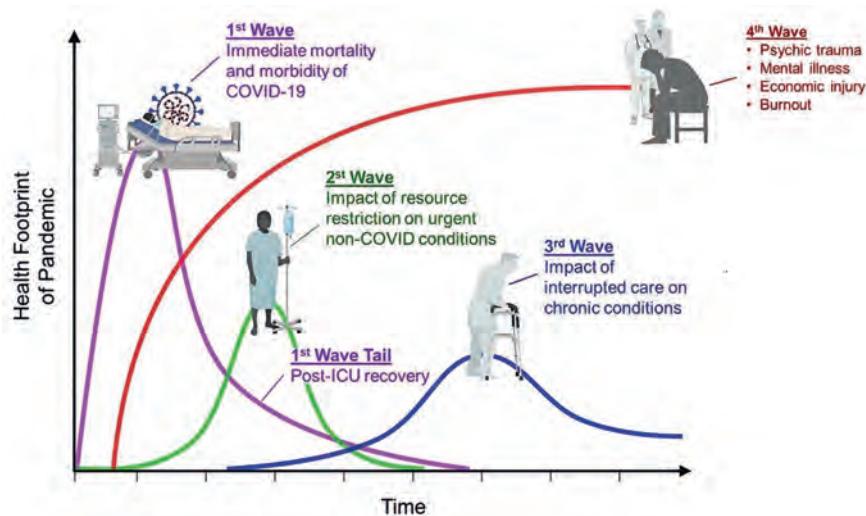
31

La pandemia de COVID-19 se puede catalogar como un fenómeno que sin duda tuvo importantes repercusiones en ámbitos políticos, académicos, sanitarios y económicos en todo el mundo que también tuvo efectos subjetivos en las poblaciones. Luego de declarada a finales de 2019 por la OMS el 11 de marzo de 2020 y de que se reconociera en Uruguay la emergencia sanitaria dos días después (Uruguay, 2020), surgieron con rapidez algunos movimientos orientados a estudiar en particular la forma en que la pandemia podría haber aumentado los síntomas de ansiedad, depresión y dificultades para dormir, entre otros, con la consiguiente pregunta sobre el incremento de consumo de psicofármacos. A la vez, aparecieron en la prensa académica y en la de divulgación advertencias sobre el incremento de los citados síntomas y prácticas de consumo de sustancias psicoactivas en general y de psicofármacos en particular. Día a día, la cuestión de la salud mental en pandemia adquirió mayor presencia en los medios de comunicación. Los noticieros televisivos tomaron como central el tema de la COVID-19 y, haciendo uso del contacto con los referentes políticos, médicos y científicos, extendieron su tiempo de transmisión en directo y presentaron una propuesta informativa que dio lugar a la construcción de

alarmas constantes, con lo que capturaron a un número de televidentes que no lograban hacia años (Andacht y Amen, 2021).

Es necesario tener en cuenta que estos movimientos locales no estaban desligados de las tendencias internacionales. Ejemplo de ello es la amplia circulación que tuvo en el plano internacional al inicio de la pandemia la noción de *cuarta ola*, que contribuyó en destacar la importancia de la salud mental en ese momento. Esa noción se originó en un posteo del neumólogo norteamericano Victor Tseng en la entonces red social Twitter el 20 de marzo de 2020, donde presentaba una gráfica en la que se ilustran las cuatro olas de la pandemia (figura 1).

Figura 1. Cuatro olas de la pandemia



Fuente: Tseng (2020).

La primera ola, que creció y disminuyó de forma relativamente rápida en el tiempo fue la de mortalidad y morbilidad inmediata por COVID-19. La segunda, la del impacto de las restricciones de recursos sobre otros problemas de salud urgentes. La tercera, la del efecto de la interrupción en la atención de enfermedades crónicas. La cuarta, la más duradera, comprende el trauma psíquico, la enfermedad mental, el daño económico y el *burnout*. Acompaña la gráfica el siguiente texto:

Mientras nuestros colegas combaten en el frente, nosotros necesitamos prepararnos para una serie de secuelas. Es muy difícil planificar esto con antelación mientras estamos en modo de supervivencia. Necesitamos prepararnos prontamente y generar una respuesta estratégica para el daño colateral del #COVID19 (traducción propia).⁵

Tseng rogaba actuar tempranamente ante lo que serían las repercusiones del primer impacto de la pandemia, mientras el mundo acompañaba, perplejo, el colapso del sistema de salud en países como Italia. Su posteo repercutió tanto en las redes sociales como en la prensa y en el medio académico-científico. En 2020, fue referido y profundizado por Vervoort, Luc, Percy, Hirji y Lee (2020) en el editorial de la revista *The Annals of Thoracic Surgery* (Elsevier), y sobre su base establecieron recomendaciones para lo que consideraban como una guerra física y emocional (p. 759). Asimismo, en nuestro medio, se reprodujo, por ejemplo, en la ponencia de Paul Ruiz en el seminario internacional virtual Aislamiento «Social» y Salud Mental, que se llevó a cabo el 12 de mayo de 2020,⁶ y en la entrevista a Nicolás Bagattini, publicada el 21 de mayo por el diario uruguayo *El País* (Orfila, 2020).

Dichas alarmas y advertencias se tradujeron también, de forma acelerada, en políticas sanitarias concretas en Uruguay. Por ejemplo, el 15 de abril de 2020 se anunció la puesta en marcha por parte de la Asociación de Servicios de Salud del Estado (ASSE) de la Línea de Apoyo Emocional, de atención psicológica telefónica, gratuita y con funcionamiento 24 horas. La implementación de dicho dispositivo implicó el ejercicio voluntario de la profesión de 100 psicólogos, supervisados por el equipo técnico de ASSE. Dos meses después, ASSE reportó que la línea registraba un total de 8.100 llamados, 14 por hora, con un promedio de 18 minutos de duración, sin detallar el número de individuos consultantes. En ese entonces, el personal voluntario se había expandido a 150 y se habían contratado a 5 psicólogos para garantizar la atención nocturna. En una muestra de 2012 llamados recibidos por dicha línea, los motivos de consulta más frecuentes fueron síntomas depresivos (28 % de los llamados), síntomas de ansiedad (15 %), y

5 En el original se lee «As our friends and colleagues brave the front lines, we must also get ready for a series of aftershocks. It's very hard to plan this far ahead while we're in survival mode. We must prepare early and strategize our response to the collateral damage of #COVID19».

6 Facultad de Psicología de la Universidad de la República, 22 de junio de 2020.

sentimientos de soledad y aislamiento (12 %), conforme muestran los datos proporcionados por operadores de la línea 0800 1920, digitados y procesados por el área estadística de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE (ASSE, 2020).

Cabe preguntarnos cómo, a tan solo un mes de la detección del primer caso de COVID-19 en Uruguay y con nueve fallecimientos relacionados con esa enfermedad, la cuestión de la salud mental se impuso con tamaña urgencia, que se vio reflejada en una expresa demanda por parte de la población. ¿Qué discursos y concepciones de salud mental pueden haberse introducido mediante dichas alertas tempranas y contribuido a ese panorama?

En este capítulo ilustraremos el modo en que los medios de prensa y los estudios académicos se unieron para abordar la cuestión de la salud mental durante la pandemia en nuestro país.

PRIMEROS ESTUDIOS

34

Ni bien fue declarada la emergencia sanitaria a escala mundial, se produjo una rápida implementación de encuestas en línea sobre los efectos que esta podría tener en la salud mental de las personas. Tales iniciativas fueron llevadas a cabo en diferentes partes del mundo y buscaron relevar tanto datos globales como locales. Por ejemplo, entre el 9 de abril y el 25 de mayo de 2020 se llevó a cabo una encuesta en línea en todo el mundo organizada por investigadores de la Monash University de Australia (Varma, 2020). La respondieron 1653 personas de 63 países y dio como resultado que las personas más jóvenes eran las más vulnerables al estrés, la depresión y la ansiedad durante la pandemia de COVID-19. Esto corrobora la hipótesis inicial del estudio.

Se afirmó en la encuesta, además, que nos veríamos enfrentados a una pandemia de salud mental y se compararon sus consecuencias con la gran depresión económica y la gripe española, ambas ocurridas en 1919. El estudio se respalda en *evidencias tempranas* del Reino Unido, Estados Unidos, Corea y Australia que indican que las personas más jóvenes tuvieron el mayor aumento en afectación psicológica durante la pandemia. Agregaba que las personas adultas mayores pueden ver afectada también su salud mental como resultado del aislamiento y la ansiedad frente al riesgo de contagio del virus.

En nuestro país también se hicieron encuestas en línea durante los primeros días de la pandemia. La consultora de opinión pública Equipos Consultores, que venía midiendo periódicamente el bienestar emocional de los trabajadores desde 2018, se interesó con rapidez en determinar el impacto emocional de la pandemia sobre los uruguayos. Realizó así una encuesta el fin de semana del 21 y el 22 de marzo de 2020, es decir, a menos de diez días de decretada la emergencia sanitaria en el país, con el objetivo de saber en qué medida habían cambiado los estados emocionales de los uruguayos con el inicio de la pandemia y tras la implementación de las primeras medidas sanitarias.

La encuesta se llevó a cabo a través de un formulario web que se difundió por Facebook e Instagram y tuvo la respuesta de 1110 personas mayores de 18 años residentes en el país. Los autores de su informe valoraron que, en el transcurso de esos primeros diez días, las medidas tomadas por el Gobierno que incluían la suspensión de espectáculos públicos, el cierre de centros educativos, la recomendación de lo que fue llamado *distanciamiento social* y el cierre parcial de fronteras, entre otras, generaron cambios sustanciales en la dinámica de los hogares y de los lugares de trabajo. Frente a estos cambios, la encuesta se proponía medir el impacto emocional de la COVID-19 en los uruguayos a través del análisis de doce sentimientos que, combinados, forman el índice de bienestar emocional, una representación numérica que permite describir de forma cuantitativa los estados emocionales. El informe, publicado en abril de 2020, señalaba que los sentimientos de tristeza y desánimo habían pasado a estar presentes de marzo de 2019 a marzo de 2020 de un 12 % a un 32 % de los uruguayos. Casi el doble de uruguayos también sentía más soledad en 2020 que en 2019 y se observaba un marcado descenso en los sentimientos de disfrute y felicidad (Bericat y Acosta, 2020).

También de forma casi inmediata, al inicio de la pandemia en nuestro país se estudió durante los meses de marzo y abril de 2020 con una encuesta en línea el consumo de sustancias psicoactivas antes y después de la instauración de las medidas de restricción de circulación, el aumento de la frecuencia y el volumen de consumo durante ese período y el malestar psicológico experimentado durante el último mes. Respondieron la encuesta 1916 personas y los resultados arrojaron que las principales sustancias consumidas durante el período fueron alcohol, tabaco, marihuana y psicofármacos (Ruiz, Sembalt y Pautassi, 2022).

Poco tiempo después, entre el 16 y el 20 de mayo de 2020, Equipos Consultores llevó a cabo una encuesta web dirigida a mayores de dieciocho años para conocer de qué manera la pandemia afectó el sueño de los

uruguayos. Los datos obtenidos en la encuesta fueron analizados por el Laboratorio de Neurobiología del Sueño del Departamento de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y contó con el apoyo financiero de la empresa Viasono. La difusión de la encuesta se hizo por Facebook e Instagram y participaron 1137 personas de forma anónima (Torterolo *et al.*, 2023). Dado que fue el primer estudio de este tipo, no es posible comparar los resultados con características de la población uruguaya antes de la pandemia. Además, se reconoce que la muestra recabada no es necesariamente representativa de toda la población, en tanto se trata de usuarios de Facebook e Instagram.

La calidad de sueño fue evaluada con el índice de calidad de sueño de Pittsburg (ICSP). Este cuestionario consta de 18 preguntas que estudian la calidad del sueño de una persona durante el último mes. La primera pregunta, «¿Cómo calificarías en general la calidad de tu descanso al dormir en los últimos 30 días?», es la única que evalúa la dimensión de la calidad subjetiva del sueño, en otras palabras, qué tan bien la persona juzga que ha dormido. Los autores señalan que un 29 % de las personas respondió que su calidad de sueño había sido algo mala o mala (Torterolo *et al.*, 2023, p. 4), pero también podemos ver en la gráfica que un 41 % respondió que su calidad de sueño había sido buena y un 30 % respondió que había sido algo buena. Esto implica que un 71 % de las personas encuestadas respondió que su calidad del sueño había sido buena o algo buena.

Otra de las dimensiones del ICSP indaga el uso de medicación para dormir en el último mes. En este caso, un 19 % de los encuestados manifestó tomar al menos una vez por semana medicación para dormir, mientras que el resto de los encuestados contestaron que no necesitaron de medicación para dormir o que tomaron medicación menos de una vez a la semana. Las dimensiones mencionadas son tan solo una parte de la investigación. Del análisis completo de todos los datos obtenidos en la encuesta, Torterolo, Benedetto, Copiz y Peyrou (2023) se destaca que «la mayor parte de los adultos residentes del Uruguay presentó una mala calidad de sueño en ese período» (Torterolo *et al.*, 2023, p.6) y que las mujeres fueron las que reportaron una peor calidad del sueño y un mayor consumo de medicación para dormir.

Entre el 1.º de junio y el 1.º de julio de 2020, un equipo de profesores de la Clínica Pediátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República organizó una encuesta a adolescentes de entre 12 y 19 años de Montevideo y Canelones, afiliados a las instituciones de salud CASMU, CRAMI, Comeca y Asociación Española. Su objetivo fue describir los efectos del confinamiento sobre los hábitos de sueño, la alimentación, la actividad

física y la convivencia percibidos por los adolescentes usuarios de prestadores integrales de salud privados de Montevideo y Canelones durante la pandemia de COVID-19 (Giachetto *et al.*, 2023). Respondieron a la encuesta 465 adolescentes, en su mayoría mujeres (70,1%). Partieron del supuesto de que el confinamiento puede perturbar la dinámica y los vínculos familiares. Se indagó sobre la convivencia de los adolescentes con sus familiares y se destacó que la mayoría no hizo referencia a problemas al respecto. Entre los adolescentes encuestados predominó la alegría y una proporción significativa manifestó un estado de tranquilidad. Como conclusión, el equipo de la Clínica Pediátrica manifiesta que los resultados parecen indicar que las medidas de confinamiento no se asociaron con problemas importantes en la convivencia familiar en este grupo de adolescentes.

En vísperas de completar dos meses de emergencia sanitaria, el 12 de mayo se realizó el seminario internacional virtual Aislamiento «Social» y Salud Mental, organizado por el Centro de Investigación Clínica en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Facultad de Psicología, 2020), donde algunos de los ponentes adelantaron resultados preliminares de encuestas en curso. La propuesta fue abordar las relaciones entre el aislamiento, llamado *social*, y la salud mental, desde la perspectiva de la investigación clínica en psicología. Dicho seminario abarcó exposiciones de diferentes aspectos acerca de la pandemia: el impacto del aislamiento en la subjetividad, el consumo de drogas, los efectos del incremento de la violencia doméstica en los niños, el riesgo para conductas suicidas como contrapartida de algunas de las medidas que buscan mitigar el impacto del virus en la salud pública y nuevas ansiedades generadas en el marco de la reducción de la movilidad. Camparo (Facultad de Psicología, 2020), quien comentó sobre el fenómeno de los sueños «raraos» o más vívidos que muchas personas dijeron haber experimentado durante la cuarentena, propuso pensar el aislamiento social con el concepto de *pharmakon*, en su doble sentido de remedio y veneno: «si bien para no enfermarnos debemos mantener distancia de los demás, esta distancia también puede enfermarnos». Con respecto al consumo de drogas, Paul Ruiz (Facultad de Psicología, 2020) adelantó los resultados preliminares de la encuesta mencionada en párrafos anteriores y observó que quienes aumentaron el consumo de la principal droga que consumían reportaban niveles de malestar psicológico significativamente mayores que quienes no lo aumentaron. Por otra parte, Zytner (Facultad de Psicología, 2020) planteó que la restricción de los vínculos a medios virtuales, la sobreexposición a la información, la posibilidad de pérdida del trabajo y la ruptura de la cotidianeidad producen sentimientos diferentes y complejos y afirmó

que estábamos sumidos en un sentimiento de incertidumbre que hacía que el pensamiento a largo plazo fuera poco plausible. Podemos pensar que al estar implicados de manera profunda en la situación, no teníamos aún la distancia suficiente para aventurarnos a dar respuestas.

Cabe observar que las encuestas mencionadas se llevaron a cabo durante los primeros meses de la emergencia sanitaria, caracterizados por una predominante incertidumbre ante el escenario pandémico. Ese esfuerzo por generar datos —si bien estos fueron sostenidos en resultados preliminares—, no impidió que afloraran efectos en las visiones acerca de lo que estaba pasando. Es innegable que esos sondeos suscitaron gran interés en la medida en que el avance científico, sobre todo en el terreno de la medicina en lo que tenía que ver con la prevención y el tratamiento de la COVID-19, atraía toda la atención. En ese sentido, tales encuestas ilustran cómo los temas psicosociales lograron inscribirse en ese escenario.

ALERTAS TEMPRANAS

38

Desde los primeros meses posteriores a la declaración de estado de emergencia nacional sanitaria, tanto en la prensa en general como en publicaciones académicas, hubo alertas sobre problemas en la salud mental de la población. En ese momento muchas de las encuestas que se estaban realizando fueron replicadas en diarios, revistas, programas de radio y televisión. En paralelo, se convocó la opinión de expertos del campo de la salud mental sobre distintos tópicos vinculados al bienestar emocional que la pandemia parecía estar poniendo en jaque. A continuación, presentamos algunos ejemplos de esas alarmas.

El 25 de marzo de 2020, a solo doce días de decretada la emergencia sanitaria en nuestro país, en el sitio web de *Subrayado*, portal de noticias del *Canal 10*, uno de los principales canales de televisión uruguayos, así se titulaba una noticia: «El coronavirus y el encierro en Uruguay. El país de la depresión». En verdad, se trataba de la reproducción de una nota publicada ese mismo día por *France 24* titulada «Uruguay y coronavirus: recluirse en el país de la depresión», y que incluso había sido también publicada en esa misma jornada con igual título en el diario local *El País*. En la nota se recogían las opiniones del director de la Fundación Cazabajones y se describía a Uruguay como «un país que antes del coronavirus ya sufría otra epidemia: la de depresión». La nota comenzaba con el relato de una joven periodista, ansiosa y depresiva, que veía con miedo la posibilidad

de que el Gobierno decretara una cuarentena total y luego complementaba su testimonio con datos sobre las altas tasas de suicidio en el país y con la opinión del psiquiatra Pedro Bustelo, director de la Fundación Cazabajones, quien afirmaba que el país atravesaba «desde hace tiempo una epidemia de depresión y de trastornos por ansiedad». Caracterizaba a esta epidemia como silenciosa, pues no se la visualiza ni se la reconoce ni los afectados reciben la atención médica necesaria. Señalaba, además, que, en la última semana desde el brote de la pandemia, la venta de antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo se había disparado en la farmacia de la Fundación Cazabajones («Uruguay y coronavirus...», 2020). La nota finaliza con la opinión de Vicente Pardo, presidente de la Sociedad de Psiquiatría en ese momento, que coincidía con Bustelo al afirmar que las consultas habían aumentado a causa de la COVID-19 e indicaba que el Sindicato de Psicólogas y Psicólogos del Uruguay había organizado un servicio de atención psicológica honoraria para acompañar a la población ante la crisis que el país estaba viviendo.

El 11 de abril de 2020, Paul Ruiz, profesor de la Facultad de Veterinaria de la Universidad de la República, dio cuenta en el periódico *La Diaria* de los datos preliminares de una encuesta online sobre las consecuencias del aislamiento social en el consumo de drogas. Hasta ese momento, la encuesta había obtenido 1874 respuestas. En la nota se afirmaba que «una de cada cinco personas está experimentando altos niveles de malestar psicológico durante el aislamiento». Asimismo, no se había encontrado una correlación entre la cantidad de días de aislamiento y los niveles de malestar psicológico. En cuanto al uso de drogas, se resaltó que uno de cada tres encuestados aumentó, durante el aislamiento, el volumen de consumo de la droga que más consumía y un 7 %, además, había incluido drogas que antes no consumía. Entre las nuevas drogas consumidas aparecía, en primer lugar, la marihuana, seguida por los psicofármacos, el alcohol, el tabaco, la cocaína y el LSD. Cruzando esos datos con otros obtenidos en cuanto a las actividades de los sujetos encuestados, Ruiz concluye que el principal efecto protector respecto del aumento del consumo de drogas durante el aislamiento se da en las personas que se dedican a proyectos personales, laborales, académicos, artísticos, seguido por todo lo que tiene que ver con el autocultivo, el cultivarse uno mismo y la práctica de ejercicios físicos (Lagos, 2020).

El 21 de mayo, el diario *El País* publicó una entrevista a Nicolás Bagattini, especialista en psicoterapia psicoanalítica y entonces coordinador de la Society for Psychotherapy Research en Uruguay (Orfila, 2020). En ella, Bagattini aborda la llamada *cuarta ola* de la pandemia, con la aclaración

de que se trata del concepto de Tseng. Para el entrevistado, «está bastante probado, sobre todo por la experiencia de otras recesiones económicas y otras pandemias, que en esa cuarta ola aparece el trauma psíquico, la enfermedad mental crónica, el *burnout* de haber tenido que enfrentar todo lo que hemos afrontado, pero también las consecuencias en la salud mental de la recesión económica». Cuando se le pregunta acerca de cómo será la huella psicológica de la pandemia de COVID-19, Bagattini responde:

Está claro que aumenta la depresión, la ansiedad y la cifra de suicidios. Estamos frente a una situación de efectos acumulativos que empiezan por la indefensión y después se transforma en una cicatriz o en la dificultad de una persona en afrontar las consecuencias de todo tipo que esto tiene para el mundo.

El 14 de mayo, el semanario canario *Actualidad* planteó como hipótesis una posible crisis sanitaria relacionada al duelo y al miedo frente al desempleo o a la enfermedad. La nota afirmaba que «el esfuerzo a escala mundial para luchar contra el nuevo coronavirus esconde la propagación de problemas de salud mental» («La ONU advierte...», 2020). La nota retoma un informe publicado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el que pide, además, invertir masivamente en salud mental.

En julio de 2020, algunos estudios de investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República que se estaban llevando a cabo para establecer los efectos del distanciamiento físico sobre la salud mental llegaron a la prensa por medio de *Montevideo Portal* (Magni, 2020). En la nota se entrevistaba a Hugo Selma, quien explicaba que el estudio pretendía hacerle un seguimiento a la población mayor de dieciocho años durante varios meses de la presencia de síntomas de ansiedad, depresión, ideación suicida y consumo de sustancias psicotrópicas. Se presentaron algunos datos preliminares que según Selma debían ser tomados con cautela pues el estudio no se encontraba finalizado.

Durante la pandemia, se entrevistó en diferentes medios al ya referido profesor Hugo Selma, quien llevó a cabo una de las investigaciones de la Facultad de Psicología. En su investigación se tomaron datos a las mismas personas, mayores de edad, en diferentes momentos del aislamiento social. Se vio que en la primera recolección de datos un 38 % de las personas encuestadas expresó sentirse deprimida y un 7 % tenía síntomas de depresión grave, además un 20 % aumentó el consumo de alcohol u otras sustancias.

En agosto de 2020, en el programa periodístico de TV Ciudad *La Letra Chica* se emitió el episodio «Salud Mental: la otra pandemia» (TV Ciudad, 2020). La periodista Ana Laura Pérez hizo referencia a la falta de datos epidemiológicos con relación a la salud mental, «lo que no hay es una idea de cuánto es la incidencia de las enfermedades mentales en la sociedad uruguaya...» (TV Ciudad, 2020, 10:03).

También se presentaron datos de la encuesta del Observatorio de los Derechos de Niñez y Adolescencia del Uruguay a niñas, niños y adolescentes de entre 10 y 17 años. Algunos de los datos informados en la encuesta hacen referencia a que un 55 % de las niñas, niños y adolescentes se sentía más ansioso, un 53 % dijo estar más preocupado, un 37 % sentía más miedo y un 33 % se sentía más triste (TV Ciudad, 2020).

Ante la pregunta del periodista Diego González sobre qué efecto puede tener la pandemia en los adolescentes, la doctora Cristina Larrobla, psicóloga investigadora y docente de la Unidad de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, destacó la importancia del contacto entre pares. Larrobla hizo una distinción entre estar conectados a las redes sociales, algo que caracteriza a los adolescentes, y que la única forma de contacto sea mediante las redes sociales. Además, consideró que, para algunos adolescentes, quedarse en casa puede ser algo positivo porque «ha oficiado también como un sistema de contención [...] la convivencia familiar que también confronta [...], pero tiene como ese otro lado positivo de que habilitó más el poder conversar, el poder mirarse, el poder intercambiar» (TV Ciudad, 2020, 17:43).

En ese mismo mes, se publicó en la *Revista Médica del Uruguay* una carta del doctor Antonio Pascale dirigida al editor de la revista, el doctor Hugo Rodríguez. En esta carta, Pascale advirtió sobre la posibilidad de cambios en los patrones de consumo de alcohol, psicofármacos, analgésicos mayores y el uso experimental u ocasional de otras drogas depresoras, estimulantes o perturbadoras del sistema nervioso central en el contexto de la pandemia de COVID-19 (Pascale, 2020). Sugirió, además, que el consumo de sustancias podría agravarse a causa de las medidas de distanciamiento social. Los profesionales de la salud estuvieron ante el desafío de lograr mantener los tratamientos de los pacientes, de detectar situaciones de riesgos en el ámbito doméstico y de reducir los riesgos y los impactos negativos ocasionados por la pandemia.

En setiembre de 2020, *El País* informó que el tema de la pandemia estaba quitando el foco de los problemas de la salud mental y afirmó que la salud mental se cobra más vidas que el coronavirus. Retomando lo que había sido tratado en el programa *La Letra Chica* del 20 de agosto, se

presentaron los mismos datos del estudio de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República ya mencionado. En la misma nota, la psicóloga Reneé Castillo declaró que

hay depresiones reactivas frente a algo traumático como la ruptura de una relación, la pérdida del trabajo o la pandemia que estamos viviendo. Eso es parte de un período de duelo para procesar situaciones dolorosas. Es natural que uno atraviese ese tipo de depresiones (Muro, 2020).

Hacia finales de 2020, la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad se estimaba a través de los motivos de consulta de las personas que habían llamado a la línea telefónica de apoyo psicológico implementada por el Ministerio de Salud Pública (Bagattini *et al.*, 2020). Se indicaba que el 20 % de los consultantes llamaba por sentimientos de soledad, ansiedad y tristeza. Esta información fue replicada por el periódico *La Diaria* el 4 de marzo de 2021, mientras que otros diarios siguieron abordando la cuestión de los sentimientos de la depresión y ansiedad durante la pandemia hasta finales de ese año, para lo que recurrieron a distintos expertos nacionales («Depresión y ansiedad en Uruguay...», 2021) y a los estudios desarrollados en la Facultad de Psicología (Paz *et al.*, 2021). Esta aproximación epidemiológica en relación con la COVID-19 y la salud mental en los medios de prensa se mantuvo durante todo el 2021 y llegó incluso hasta principios de 2022 cuando, al cumplirse dos años del inicio de la pandemia, el diario *El País* publicó una nota en la que diferentes expertos, psicólogos y psiquiatras evaluaron los efectos de la pandemia sobre la población (Cabrera y Milder, 2022). Por ese motivo, se podría sostener que las alertas sobre los problemas de salud mental causados por la pandemia fueron un tema de interés sostenido durante su curso y que incluso perduraron después de declarada la finalización de la emergencia sanitaria.

Es de destacar que parte de las advertencias y los datos que aparecieron en los medios son reiterados por los distintos diarios, canales de televisión y portales web de noticias. Por ejemplo, el estudio de los investigadores de la Facultad de Psicología (Paz *et al.*, 2021) sobre los efectos del distanciamiento físico en la salud mental se menciona por varias de las notas y programas de televisión que hemos reseñado. De igual modo, las declaraciones de Pedro Bustelo en marzo de 2020 aparecieron al menos en tres medios de prensa. Esta relación de resonancia que se establece entre las notas y los textos que abordan las salud mental durante la pandemia en nuestro país dan forma al modo particular en que el padecimiento

psíquico fue narrado en ese período: hilvanando encuestas sobre síntomas de cuadros de depresión, ansiedad e insomnio opiniones de psicólogos y psiquiatras y mediciones de consumo de sustancias psicoactivas, incluidos los psicofármacos y, por sobre todo, enfatizando y advirtiendo sobre las consecuencias negativas de la pandemia sobre la salud mental.

CONSIDERACIONES FINALES

El tránsito por la pandemia de COVID-19 planteó una situación inesperada a la población uruguaya, así como para el resto del mundo. Ante la inexperiencia y la incertidumbre, poner a disposición información fehaciente y actuar a tiempo se convirtió en un reto tanto para el Gobierno como para los medios de prensa y la academia, de modo de frenar la transmisión del virus. En ese panorama, en que las medidas preventivas instauraron una *nueva normalidad*, la preocupación por la salud mental emergió como elemento destacado en los medios de comunicación. Sin embargo, como plantea Metzl (2010, pp. 1-2), el término *salud* en sí mismo está repleto de juicios, jerarquías y asunciones ciegas que hablan tanto de poder y privilegio como de bienestar. *Salud* es, así, un estado deseado, pero es también un estado prescripto y una posición ideológica.

Mediante el recorrido de este capítulo por las encuestas y alertas tempranas se observó la paradoja de la gran producción y difusión de datos en salud mental en un país que tiene serias dificultades en producir datos epidemiológicos en salud mental. Cómo entender estos datos se convirtió en un desafío en sí mismo, pues a la vez que se hace difícil la comparación a lo largo del tiempo, también surgen inquietudes en cuanto a la metodología empleada para fundamentar las afirmaciones de niveles de prevalencia de ciertos síntomas.

En ese sentido, dadas las dificultades de producción de datos epidemiológicos a escala nacional, las encuestas e investigaciones llevadas a cabo son estudios parciales que arrojan resultados limitados, pero toman ciertos visos de representatividad al saltar a la esfera pública a través de los medios de comunicación que los amplifican. Es importante recordar que el medio principal de recolección de datos en ese momento fue internet y, en especial, las redes sociales, lo cual limita el acceso a la encuesta. De esa forma, las encuestas generan una suerte de fotografía de determinada población en un momento determinado y no reflejan a la población en general, en tanto quedan excluidas de ellas, por ejemplo, las personas

no tienen acceso a internet, una porción significativa de la población. Los resultados divulgados pertenecen, entonces, a personas que responden a encuestas por estar más expuesta a ellas y, además, por contar con los medios para ello. Si bien este sesgo se señala en las investigaciones, que estas se difundan en los medios de comunicación masivos hace que gran parte de la población acceda a los resultados, lo cual termina generando vivencias esperables y no esperables con respecto a los afectos y la salud mental en la pandemia.

Cabe destacar que la inestabilidad del panorama pandémico, sobre todo en sus primeros meses, permite preguntarnos qué se estaba midiendo en realidad. La rapidez de la producción de estos datos hace que ellos sean transitorios, es decir, que con la misma rapidez que se producen pierden su vigencia. Pensándolo *a posteriori*, con tantas restricciones metodológicas y oscilación en los sujetos, ávidos por una orientación acerca de cómo sobrevivir a ese momento, resta preguntarnos en qué medida estaba en camino en ese momento una debacle en salud mental y hasta qué punto se la habrá fomentado mediante ciertos abordajes elegidos.

Lo interesante es que las proyecciones de aumento de los problemas mentales y del consumo de drogas y psicofármacos se acompañaron de consejos para sobrellevar las consecuencias emocionales negativas de la pandemia. Se trata de toda una serie de sugerencias de cómo controlar ciertas conductas y distinguir entre las buenas y malas conductas para nuestra salud mental. Esto hace que la salud mental en sí misma se haya vuelto una obligación moral durante la pandemia y quizás luego de ella también. Como destaca Metzl (2010, p. 17), la biomedicina, la ciencia y la tecnología han contribuido en la definición de la salud como una obligación moral, una mercancía y una señal de estatus y autoestima. Lo que se desprende de las notas de prensa uruguayas es una clara demarcación de la salud mental en ese sentido.

Eso ha conllevado, en nuestro país, a que la difusión de los problemas en salud mental en pandemia se convirtiera, además, en una forma de popularizar ciertas perspectivas psiquiátricas y psicológicas. La salida rápida a la prensa constituyó un recurso que orientó a construir una narrativa sobre la salud mental en este período de crisis. La estimación de una posible epidemia de salud mental como efecto de la pandemia estuvo presente desde el inicio de la emergencia sanitaria (Tseng, 2020), acompañó todo su curso y aún al haber cesado la alerta por la circulación del virus sigue presente. Cabría indagar qué elementos sostienen esta afirmación, ya que ella puede ser usada para legitimar ciertas formas de concebir los diagnósticos psicopatológicos y proceder a su posterior medicalización. La

instauración de un discurso inquietante puede ser el primer movimiento de una serie de estrategias que apuntan a lo que suele conocerse como intervención y detección precoz de los trastornos mentales que, a veces, en lugar de prevenir los problemas mentales, tienen el efecto opuesto. Por lo dicho, es pertinente la advertencia de algunos investigadores (Caponi, 2022) que llama a estar atentos a la banalización de los diagnósticos psiquiátricos y a su transformación en blanco de intervenciones psicofarmacológicas que pasan a ser consideradas las terapéuticas de primera línea. Esto suele obedecer a lógicas explicativas reduccionistas de cómo comprender y responder al sufrimiento humano.

REFERENCIAS

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (ASSE) (2020). *Informe a los dos meses de la Línea de Apoyo Emocional 0800 1920*. Recuperado de <https://www.asse.com.uy/contenido/A-dos-meses-de-creada-la-Linea-de-Apoyo-Emocional-0800-1920-registra-8-100-llamados-14-por-hora-en-todo-el-pais-12371>

BAGATTINI, N., DOGMANAS, D., VILLALBA, L., y BERNARDI, R. E. (2020). Atención en salud mental y COVID-19: respuestas iniciales en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 84(2), 111-129. <https://doi.org/10.46706/PSI/84.2.4>

BERICAT, E., y ACOSTA. M. J. (2020). *El impacto del COVID-19 en el bienestar emocional de los trabajadores en Uruguay* (Informe). Montevideo: Equipos Consultores. Recuperado de [https://fes-sociologia.com/uploads/public/Bericat%20&%20Acosta%20\(2020\)%20Impacto%20del%20COVID-19%20en%20el%20bienestar%20emocional%20de%20los%20trabajadores%20en%20Uruguay.pdf](https://fes-sociologia.com/uploads/public/Bericat%20&%20Acosta%20(2020)%20Impacto%20del%20COVID-19%20en%20el%20bienestar%20emocional%20de%20los%20trabajadores%20en%20Uruguay.pdf)

CABRERA, S., y MILDNER, D. (2022, marzo 13). Hoy se cumplen dos años de la pandemia: estas son las ocho cicatrices que dejó el COVID en Uruguay. *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/que-pasa/hoy-cumplen-anos-pandemia-son-ocho-cicatrices-dejo-covid-uruguay.html>

CAPONI, S. (2022). El mercado de psicofármacos y la gestión de las emociones en tiempos post-pandémicos. *Política y Sociedad*, 21(51), 143-157. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/91508/53366>

Depresión, ansiedad, soledad y necesidad de escucha fueron los principales motivos de consulta a la línea de apoyo emocional (2021, marzo 4). *La Diaria*. Recuperado de <https://ladaria.com.uy/salud/articulo/2021/3/depresion-ansiedad-soledad-y-necesidad-de-escucha-fueron-los-principales-motivos-de-consulta-a-la-linea-de-apoyo-emocional/>

Depresión y ansiedad en Uruguay: dos trastornos frecuentes, pero abordables (2021, octubre 14). *La Mañana*. Recuperado de <https://www.xn--lamaana-7za.uy/actualidad/depresion-y-ansiedad-en-uruguay-dos-trastornos-frecuentes-pero-abordables/>

El coronavirus y el encierro en Uruguay. El país de la depresión (2020, marzo 25). *Subrayado*. Recuperado de <https://www.subrayado.com.uy/el-coronavirus-y-el-encierro-uruguay-el-pais-la-depresion-n614136>

FACULTAD DE PSICOLOGÍA (2020, junio 22). *Seminario Internacional «Aislamiento 'social' y salud mental»*. Recuperado de <https://psico.edu.uy/noticias/seminario-internacional-aislamiento-social-y-salud-mental>

FERNÁNDEZ-THEODULOZ, G., CHIRULLO, V., MONTERO, F., RUIZ, P., SELMA H., y PAZ, V. (2022). Longitudinal changes in depression and anxiety during COVID-19 crisis in Uruguay. *Curr Psychol.*, 43, 13841-13849. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03460-w>

GIACCHETTO, G., SANTORO, A., GONZÁLEZ, V., AMAYA, G., ZUNINO, C., y ARANA, M. (2023). Efectos del confinamiento sobre los hábitos saludables de adolescentes durante la pandemia de COVID-19. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 94(1), e203. Recuperado de <https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/view/467>

La ONU advierte del estrés y los problemas psicológicos provocados por el coronavirus (2020, mayo 14). *Actualidad*. Recuperado de <https://actualidad.com.uy/index.php/internacionales/3021-la-onu-advierte-del-estres-y-los-problemas-psicologicos-provocados-por-el-coronavirus>

LAGOS, L. (2020, abril 11). ¿Cómo afecta el aislamiento social en el consumo de drogas? *La Daria*. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/ciencia/articulo/2020/4/como-afecta-el-aislamiento-social-en-el-consumo-de-drogas/>

MAGNI, S. (2020, julio 14). La salud mental de los uruguayos en contextos de distanciamiento físico por el coronavirus. *Montevideo Portal*. Recuperado de <https://www.montevideo.com.uy/Salud/La-salud-mental-de-los-uruguayos-en-contextos-de-distanciamiento-fisico-por-el-coronavirus-uc758500>

METZL, J. (2010) Introduction: Why “Against Health”? En J. METZL y A. KIRKLAND (Eds.), *Against Health: How Health Became the New Morality* (pp. 1-11). Nueva York: New York University Press.

MURO, F. (2020, setiembre 4). La salud mental. Trastornos del alma. *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/domingo/la-salud-mental-entre-lo-banal-y-el-estigma>.

ORFILA, M. A. (2020, mayo 21). Secuelas psicológicas de la pandemia: ¿por qué es llamada la cuarta ola de la pandemia? *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/vida-actual/secuelas-psicologicas-de-la-pandemia-por-que-es-llamada-la-cuarta-ola-de-la-pandemia>

PASCALE, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19: implicancias toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica Uruguaya*, 36(3), 333-334. Recuperado de <https://www2.rmu.org.uojsrmu311/index.php/rmu/issue/view/50>

PAZ, V., CHIRULLO, V., MONTERO, F., RUIZ, P., SELMA, H., y FERNÁNDEZ-THEODULLOZ, G. (2021). Mental health during the COVID-19 outbreak in Uruguay: the impact of healthy lifestyle behaviors and sociodemographic factors. *Minerva Psychiatry*, 64(2), 203-213. <https://doi.org/10.23736/S2724-6612.21.02251-X>

RUIZ, P., SEMBLAT, F., y PAUTASSI, R. M. (2022). Change in Psychoactive Substance Consumption in Relation to Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic in Uruguay. *Sultan Qaboos University medical journal*, 22(2), 198i205. <https://doi.org/10.18295/squmj.5.2021.106>

TSENG, V. [VectorSting] (2020, marzo 30). As our friends and colleagues brave the front lines, we must also get ready for a series of aftershocks. It's very hard to plan this far ahead while we're in survival mode. We must prepare early and strategize our response to the collateral damage of #COVID19 [Tuit]. Recuperado de <https://twitter.com/VectorSting/status/1244671755781898241>

TORTEROLO, P., BENEDETTO, L., COPIZ, L., y PEYROU, S. (2023). Calidad de sueño en Uruguay al inicio de la pandemia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 10(2), e201. <https://doi.org/10.25184/anfamed2023v10n2a1>

TV CIUDAD (2020, agosto 27). *La letra chica. Salud mental: la otra pandemia* [Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Gv7TCM9UPPw>

URUGUAY (2020, marzo 23). Decreto n.º 93/2020. Declaración de estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el Virus COVID-19 (coronavirus). Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>

Uruguay y coronavirus: recluirse en el país de la depresión (2020). *France 24*. Recuperado de <https://www.france24.com/es/20200325-uruguay-y-coronavirus-recluirse-en-el-pa%C3%ADs-de-la-depresi%C3%B3n>

VARMA, P., JUNGE, M., MEAKLIM, H., y JACKSON, M. (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 109. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110236>

VERVOORT, D., LUC, J., PERCY, E., HIRJI, S., y LEE, R. (2020). Assessing the Collateral Damage of the Novel Coronavirus: A Call to Action for the Post-COVID-19 Era [Editorial]. *Annals of Thoracic Surgery*, 110(3), 757-760. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2020.04.015>

0800 1920: el teléfono para recibir apoyo emocional durante la pandemia (2020, abril 15). *La Diaria*. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2020/4/0800-1920-el-telefono-para-recibir-apoyo-emocional-durante-la-pandemia/>

EJE II

SÍNTOMAS Y DOLENCIAS MENTALES
DURANTE LA PANDEMIA

CAPÍTULO 3

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD MENTAL DE LAS Y LOS URUGUAYOS

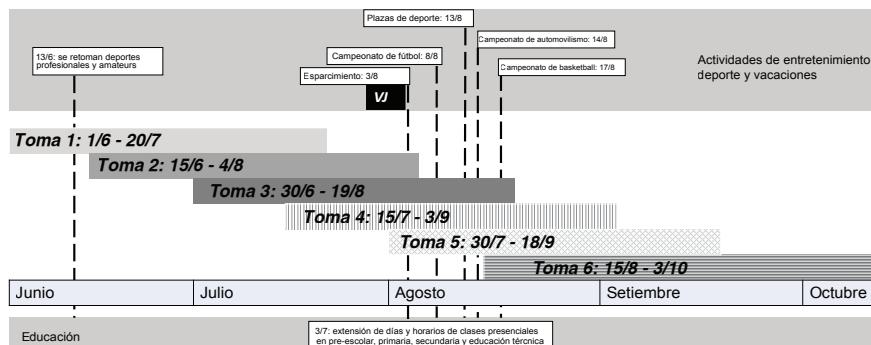
VALENTINA PAZ
GABRIELA FERNÁNDEZ THEODULOZ¹

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la infección por COVID-19 como una pandemia global, lo que generó un impacto generalizado en diferentes países. Hasta la fecha, se registraron más de 774 millones de casos y se documentaron más de 7 millones de fallecimientos en todo el mundo, según datos de la OMS de enero de 2024. La región de América Latina y el Caribe experimentó una carga significativa, con más de 157 millones de casos confirmados y más de 3 millones de muertes. El rápido aumento de la propagación del virus motivó la implementación de múltiples medidas de escala global con el propósito de contener su expansión. Estas acciones, sin embargo, generaron repercusiones en la salud mental de la población.

Uruguay se destacó en la gestión de la pandemia sin recurrir a confinamientos ni toques de queda. Hasta octubre de 2020, el país había registrado solo 2122 casos confirmados y 48 muertes acumuladas. Le atribuyó su éxito a la responsabilidad ciudadana y a las medidas tempranas, como el cierre de instituciones educativas y fronteras (Grupo Asesor Científico Honorario [GACH], 2021). A medida que la situación mejoraba, se permitió la apertura de actividades con protocolos (figura 1). A pesar de la ausencia de restricciones, era esperable que la duración y la incertidumbre de la crisis afectaran la salud psicológica de la población uruguaya como sucedió en todo el mundo.

¹ Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Figura 1. Línea de tiempo del estudio de las tomas de recolección de datos (toma 1 a toma 6) y fechas en las que los datos fueron recolectados.



Los eventos de apertura están marcados con línea punteada. Número de participantes que completaron la encuesta en cada toma de recolección de datos: toma 1 (n = 1051), toma 2 (n = 470), toma 3 (n = 340), toma 4 (n = 330), toma 5 (n = 278) y toma 6 (n = 232). Los eventos relacionados con actividades de entretenimiento, deportes y con las vacaciones de julio (vii) están indicados en la parte superior de la figura, mientras que los eventos de apertura en la educación se presentan en la parte inferior de la figura.

Fuente: elaboración propia a partir de Fernández-Theoduloz *et al.* (2022).

52

Tasas elevadas de síntomas de depresión y ansiedad se observaron en países con medidas restrictivas, mientras que en aquellos con enfoques menos estrictos como en Uruguay y también en países con control efectivo de la pandemia (Guo *et al.*, 2020; López Steinmetz *et al.*, 2022; Yamamoto *et al.*, 2020). En naciones con cuarentenas obligatorias, se observó un deterioro a lo largo del tiempo en la salud mental (Canet-Juric *et al.*, 2020). Asimismo, las investigaciones revelaron efectos en los síntomas de salud mental antes y después del confinamiento, con la mayoría de estos estudios centrados en Europa, Asia y América del Norte. A la fecha de preparación de este capítulo se habían llevado adelante varias investigaciones que abordaron los impactos en la salud mental en Uruguay. Los hallazgos muestran síntomas de ansiedad, tristeza, dificultades para conciliar el sueño, aumento del consumo de sustancias psicoactivas y emociones negativas.² La salud mental durante la pandemia de COVID-19 se vio influida por múltiples factores y la literatura destaca, en este sentido, que fueron relevantes el papel del sexo, del nivel socioeconómico y de la edad (Xiong *et al.*, 2020). Así, se observó que ser mujer aumenta el riesgo de experimentar síntomas

² Véanse Vásquez-Echeverría y Loose (2022), Ruiz *et al.* (2022), Castellano *et al.* (2023) y Ares *et al.* (2021).

vinculados a la salud mental. La juventud también se identificó como un factor influyente en estos síntomas y este efecto se corroboró en diferentes estudios durante la pandemia. Además, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo se asoció con un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos y de ansiedad (Guo *et al.*, 2020; López Steinmetz *et al.*, 2022). Es crucial destacar que la pandemia ha afectado de manera desproporcionada a individuos de nivel socioeconómico bajo y mujeres (ONU, 2021).

Además de estos factores sociodemográficos, los hábitos de vida emergieron como un elemento clave para comprender el impacto de la pandemia en la salud mental de la población. Se demostró que un estilo de vida sedentario durante el confinamiento se asociaba con síntomas elevados de depresión y ansiedad (Yamamoto *et al.*, 2020). Además, cambios negativos en los patrones de sueño se vincularon a un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés (Guo *et al.*, 2020). La limitada exposición al aire libre y a la luz solar también afectaron la salud mental, en tanto se evidenció una menor resiliencia psicológica entre aquellos con una baja exposición diaria (Killgore *et al.*, 2020) y mayores niveles de estrés entre aquellos que redujeron su tiempo al aire libre en comparación con los que lo aumentaron (Cindrich *et al.*, 2021). Por ello, la presencia generalizada de estos comportamientos durante la pandemia generó preocupación.

NUESTRO ESTUDIO

Considerando el vacío en la literatura científica acerca del impacto de la pandemia en la salud mental en países con confinamientos leves y baja circulación viral nos propusimos evaluar el impacto que tuvieron estas circunstancias en la salud mental de los uruguayos.³ Con este objetivo, investigamos el efecto de factores sociodemográficos, de hábitos de vida, del tiempo y de la movilidad sobre los síntomas depresivos y de ansiedad. Los resultados de este estudio fueron publicados en dos artículos científicos (Fernández-Theoduloz *et al.*, 2022; Paz *et al.*, 2022). Para este estudio, se convocó vía redes sociales y canales de difusión de la Universidad de la

³ El equipo fue conformado por investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Valentina Paz, Gabriela Fernández Theoduloz, Hugo Selma y Vicente Chirullo), de la Facultad de Veterinaria de la Universidad de la República (Paul Ruiz) y de la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (Federico Montero).

República a participar a personas de más de dieciocho años residentes de Uruguay (figura 2). A los interesados se les solicitaba que completaran una encuesta cada quince días en seis ocasiones (figura 1 para el detalle de la cantidad de personas que completaron la encuesta en cada ocasión). En esa encuesta se les preguntaba a los participantes su sexo, edad, el tipo de aislamiento que estaban cumpliendo y hace cuántos días, si tenían espacio al aire libre en sus hogares, el número de horas de actividad física que hacían por semana, si mantenían sus rutinas de sueño respecto al período anterior y si estaban expuestos a luz natural durante al menos treinta minutos al día. A su vez, se les pedía que completaran el índice de nivel socioeconómico (INSE). Este índice fue creado por representantes de la Cámara de Empresas de Investigación Social y de Mercado del Uruguay y busca clasificar a los hogares de acuerdo a su capacidad de consumo o gasto (Llambí y Piñeyro, 2012).

Figura 2. Cantidad de participantes encuestados por departamento

54



Fuente: elaboración propia a partir de los datos sociodemográficos extraídos del estudio.

Asimismo, se les pedía a los participantes que completaran el *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* (Sanz *et al.*, 2003). Este inventario se compone de veintiuna preguntas que evalúan la presencia y severidad de la sintomatología depresiva en las últimas dos semanas, en las que, a puntuaciones más altas, mayor severidad. Estas preguntas evalúan el nivel de tristeza, pesimismo y autocritica; la presencia de sentimientos de fracaso, culpa, inutilidad y castigo; la pérdida de placer; la insatisfacción con uno mismo; la presencia de llanto, agitación, indecisión, irritabilidad, cansancio o fatiga; la pérdida de energía y de interés; los cambios en el patrón de sueño y apetito; las dificultades de concentración, y los pensamientos o deseos de suicidio.

Por último, los participantes completaban la subescala *estado* del *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E)* (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011). Esta subescala evalúa el nivel actual de ansiedad mediante veinte frases que describen cómo se siente la persona al momento de informar, en las que, a puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. Algunas de las afirmaciones son «me siento tenso», «me siento nervioso», «me siento indeciso» y «me siento confundido». Al completar el inventario las personas deben indicar su nivel de acuerdo con estas afirmaciones.

Para evaluar la movilidad, se usaron los informes de movilidad comunitaria de COVID-19 de Google. Estos datos proporcionan estimaciones de cambios (en comparación con un valor de referencia a partir de un día determinado entre el 3 de enero y el 6 de febrero de 2020) en los patrones de movilidad debido a la pandemia en lugares como residencias, lugares de trabajo, lugares de comercio y recreación, parques, comercios (supermercados o farmacias) y centros de transporte.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN CONTEXTO DE PANDEMIA

Siguiendo los antecedentes de estudios llevados a cabo en países donde se aplicaron medidas poco restrictivas y considerando que al comienzo de nuestro estudio la mayoría de los participantes estaban en aislamiento parcial o habían regresado a su rutina normal, se podría esperar un impacto menos severo en su salud mental. Sin embargo, los participantes que completaron la primera encuesta reportaron síntomas depresivos leves a moderados y síntomas de ansiedad severos. A continuación, se discutirán algunos factores que se relacionaron con este aumento.

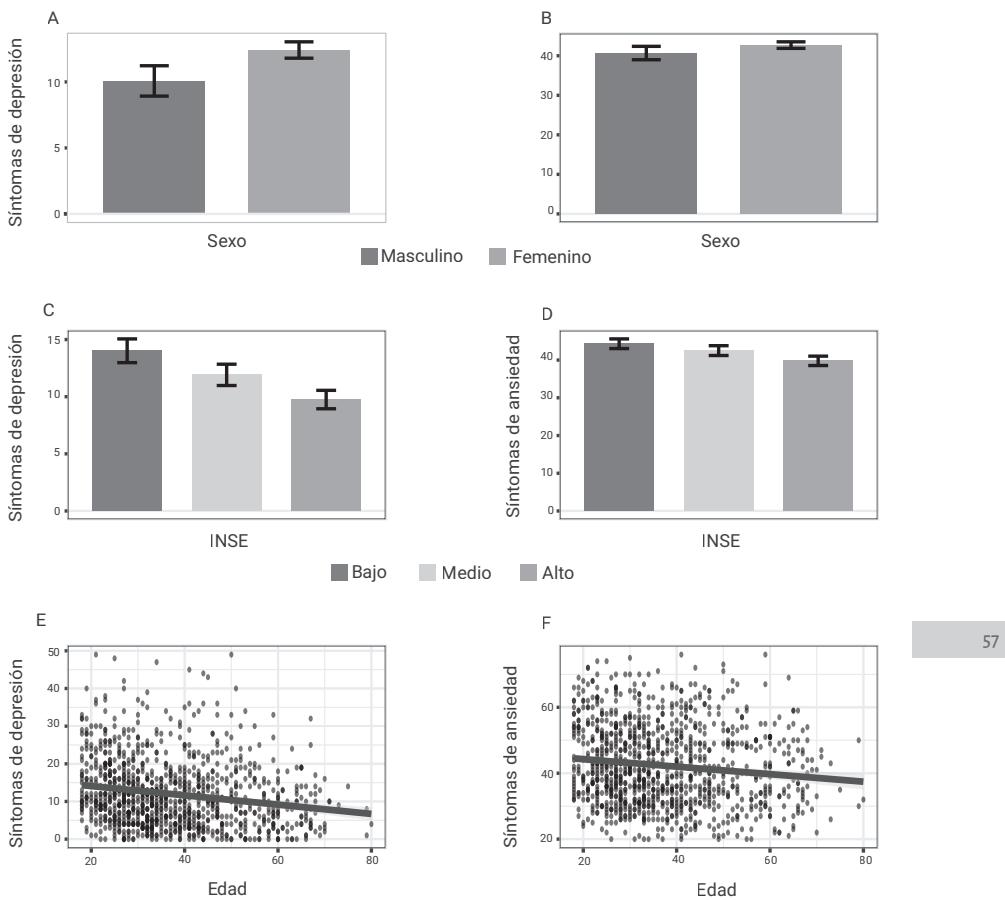
EFFECTO DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Los resultados de la primera encuesta mostraron que las mujeres presentaban más síntomas depresivos, aunque no de ansiedad, que los varones (figuras 3a y 3b). Concordante con este resultado, más del 70 % de las llamadas a la línea de ayuda psicológica en nuestro país fueron de mujeres. En primer lugar, es importante resaltar que este resultado no es sorprendente, dado que la depresión es el doble de frecuente en mujeres que en varones (Weinberger *et al.*, 2018). En segundo lugar, las mujeres suelen ser las cuidadoras principales dentro de la familia, por lo que las medidas de contención de la COVID-19, como el cierre de las escuelas, podrían haber aumentado su carga en el hogar, dificultado el cumplimiento de otras responsabilidades, limitado su tiempo de ocio e impactado en su salud mental (Rodríguez-Rey *et al.*, 2020). En tercer lugar, las mujeres representan un alto porcentaje de la fuerza laboral afectada por la pandemia (turismo, servicios, comercio minorista, trabajo doméstico remunerado y atención médica). En esta línea, se estima que más de veinte millones de mujeres han caído en la pobreza en América Latina y el Caribe durante 2020 (ONU y CEPAL, 2021).

También se encontró que los participantes de bajo nivel socioeconómico reportaron más síntomas depresivos y de ansiedad que aquellos de nivel alto (figuras 3c y 3d). Estos aumentos podrían deberse a las dificultades para procurar necesidades básicas (vivienda, medicamentos y alimentos), en particular en contexto de pandemia. La crisis de COVID-19 ha afectado a varias empresas e industrias y el desempleo ha aumentado en muchos países. Esto tiene un impacto importante en las personas de bajos ingresos, ya que las desigualdades para acceder a necesidades esenciales aumentan durante las crisis.

También ambos tipos de síntomas aumentaron a medida que disminuía la edad de los participantes (figuras 3e y 3f). Esto podría esperarse, ya que los jóvenes son más vulnerables a los problemas de salud mental (Weinberger *et al.*, 2018). Además, durante la crisis por COVID-19 los jóvenes podrían haber sufrido mayor incertidumbre con respecto a sus trabajos y preocupaciones financieras y a la necesidad de adaptarse rápido a nuevos entornos educativos, como las clases en línea. A su vez, el aislamiento podría tener un impacto en sus relaciones sociales e íntimas, lo cual es vital en esta etapa del desarrollo. Sin embargo, se debe observar que la mayoría de las llamadas a la línea de ayuda psicológica de nuestro país provinieron de personas de 41 a 70 años. Una posible explicación a este fenómeno es que, aunque los trastornos mentales son más prevalentes en los jóvenes, estos son reacios a buscar ayuda.

Figura 3. Síntomas de depresión y ansiedad por sexo (A, B), nivel socioeconómico (C, D) y edad (E, F)



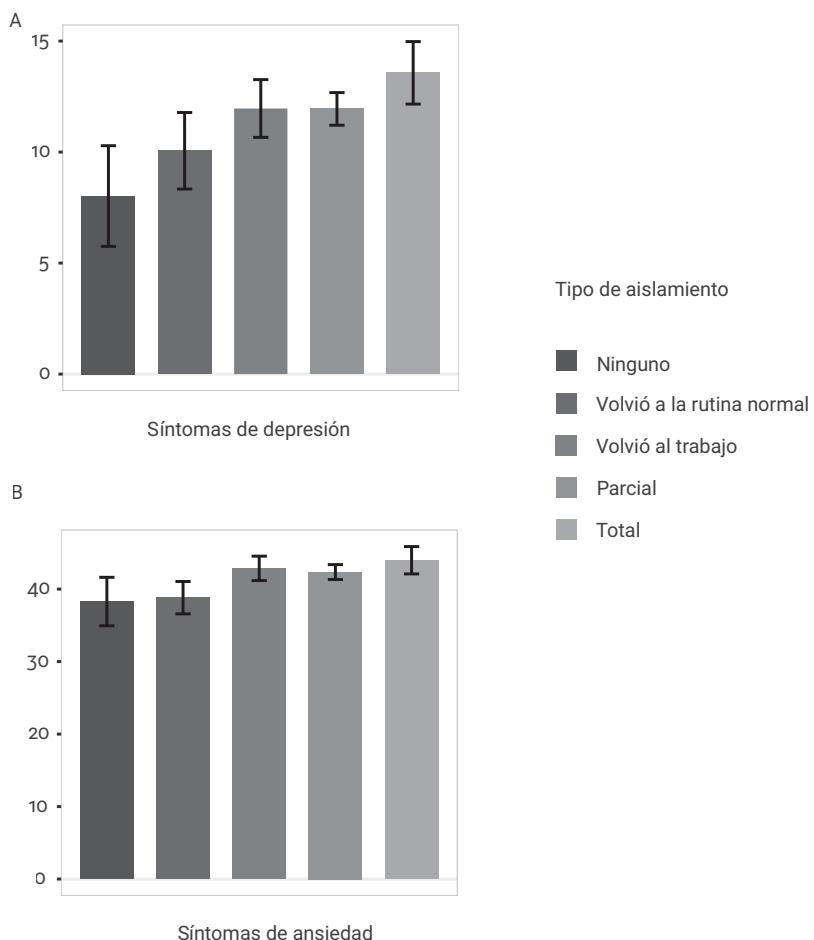
Fuente: elaboración propia a partir de Paz *et al.* (2023).

EFFECTO DE LOS HÁBITOS DE VIDA

Los hábitos de vida también influyeron en la sintomatología depresiva y de ansiedad reportada en la primera encuesta. Los participantes en aislamiento total reportaron más síntomas depresivos y de ansiedad que aquellos que no habían cumplido con el aislamiento y que aquellos que habían cumplido con el aislamiento, pero que habían regresado a su rutina normal (figuras 4a y 4b). Estudios anteriores en otros países demostraron

que quienes siguieron la recomendación de quedarse en casa y quienes fueron obligados a hacer cuarentena presentaron un mayor riesgo de sufrir depresión o ansiedad que los que no se aislaron (por ejemplo, Benke *et al.*, 2022; Xin *et al.*, 2020). Nuestros resultados también están en línea con estudios de epidemias anteriores que demuestran que el cumplimiento de cuarentenas aumenta los niveles de depresión y ansiedad, así como los síntomas de estrés postraumático (Brooks *et al.*, 2020).

Figura 4. Síntomas de depresión y ansiedad según el tipo de aislamiento



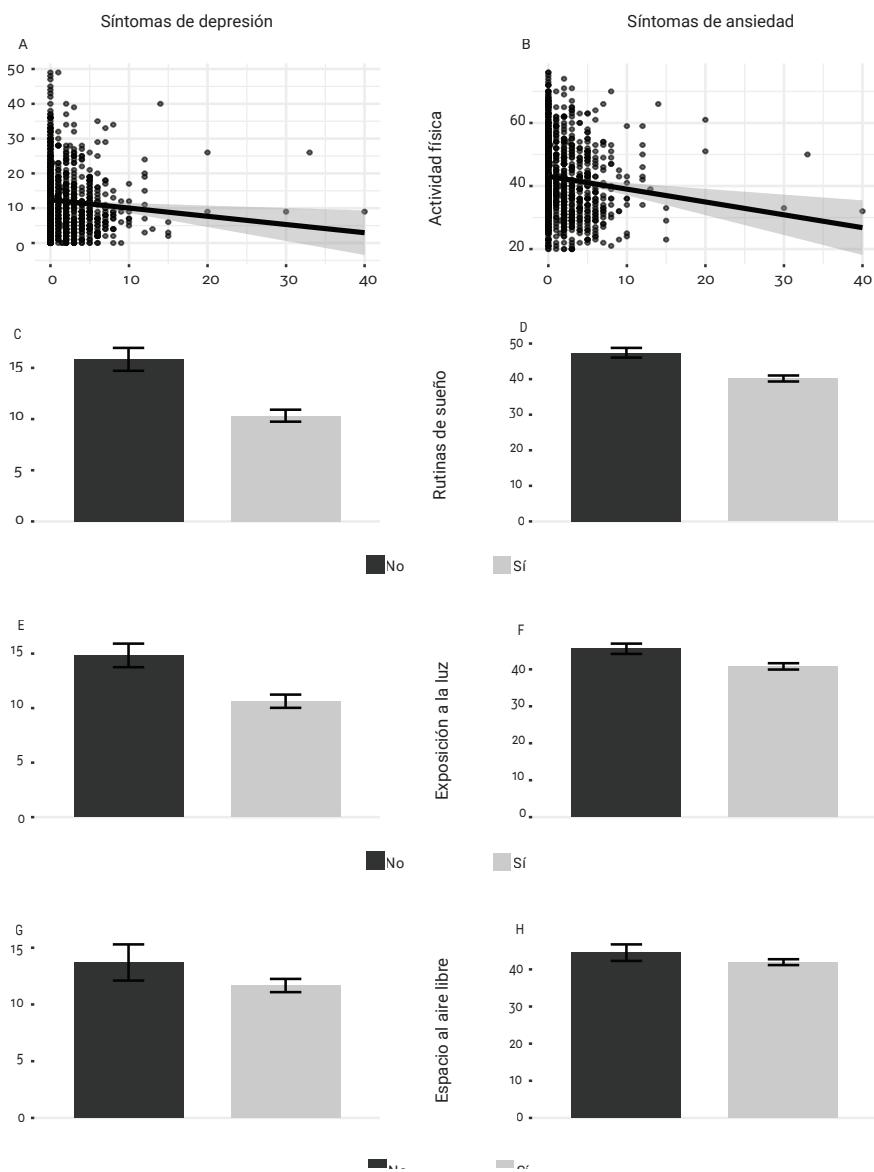
Fuente: elaboración propia a partir de Paz *et al.* (2023).

También se encontró que, a medida que aumentaban los días de aislamiento, también crecía la sintomatología de los participantes. Un estudio hecho en Argentina reportó que los períodos de cuarentena más prolongados se relacionaron con una menor percepción de bienestar, mayores niveles de depresión y ansiedad y un mayor riesgo suicida (López Steinmetz *et al.*, 2022). Es necesario recalcar que las cuarentenas están asociadas con la falta de suministros básicos adecuados, los problemas financieros y laborales y la separación de seres queridos, así como con mayores niveles de aburrimiento, lo que necesariamente afecta la salud mental de las personas aisladas.

Asimismo, los síntomas disminuyeron a medida que aumentaron las horas de actividad física (figuras 5a y 5b). Nuestros hallazgos son congruentes con estudios anteriores que demostraron que quienes hicieron ejercicio durante el aislamiento mostraron niveles reducidos de depresión y ansiedad (por ejemplo, Guo *et al.*, 2020; Rodríguez-Rey *et al.*, 2020). Esto sugiere que la actividad física activa podría haber actuado como un amortiguador para los problemas de salud mental durante el confinamiento. Una posible explicación de este efecto es que la actividad física desviaba la atención de la pandemia y que, a su vez, reducía los temores asociados a ella. Una hipótesis alternativa es que el ejercicio mejora la calidad del sueño. En este sentido, también encontramos que las personas que mantuvieron sus rutinas de sueño durante el brote de COVID-19 reportaron menos síntomas depresivos y de ansiedad que las que no lo hicieron (figuras 5c y 5d). Un estudio anterior demostró que los hábitos de sueño estables y saludables fueron un factor protector frente a la angustia psicológica durante la pandemia (Yamamoto *et al.*, 2020).

Otro hallazgo de nuestro estudio fue que quienes estaban expuestos a la luz natural al menos por treinta minutos al día (figuras 5e y 5f) y quienes disponían de espacio al aire libre en sus hogares (figuras 5g y 5h) reportaban menos sintomatología que quienes no. Como se mencionó antes, la mayoría de las personas que participaron de nuestro estudio cumplió algún tipo de aislamiento, lo que es probable que haya limitado su exposición a la luz natural y sus actividades al aire libre. Estos resultados siguen estudios anteriores de COVID-19 que mostraron que la exposición al aire libre aumentaba el bienestar y disminuía el estrés (por ejemplo, Cindrich *et al.*, 2021) y están de acuerdo con la vasta evidencia que demuestra que en general una baja exposición a la luz tiene un efecto negativo en el estado de ánimo (Blume *et al.*, 2019).

Figura 5. Síntomas de depresión y ansiedad por horas de actividad física (a y b), según rutinas de sueño (c y d), exposición a la luz (e y f) y espacio al aire libre (g y h)

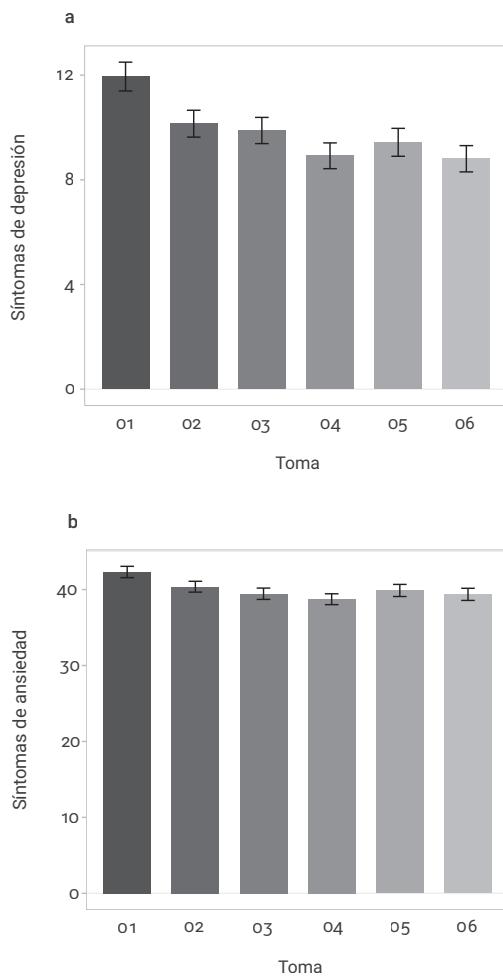


Fuente: elaboración propia a partir de Paz *et al.* (2023).

EFECTO DEL PASO DEL TIEMPO Y DE LA MOVILIDAD

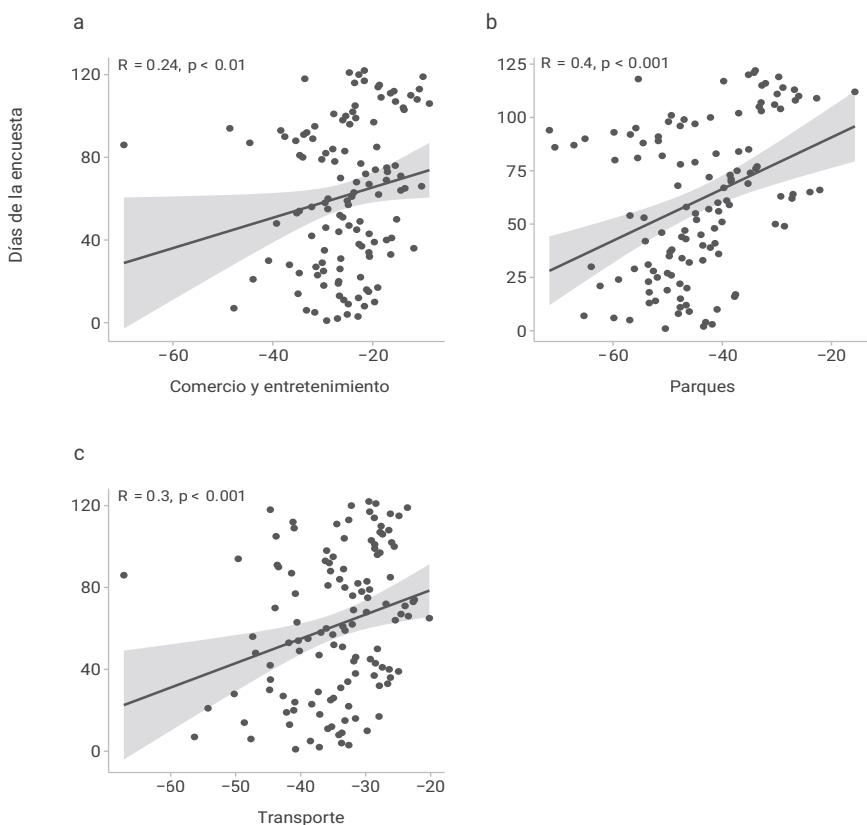
Los datos del análisis del paso del tiempo demostraron que los síntomas depresivos y de ansiedad fueron más severos al comienzo de la pandemia (figuras 6a y 6b). Estudios anteriores sobre el impacto de la crisis de COVID-19 en la salud mental en el mundo ya habían informado sobre una disminución en los síntomas de ansiedad y depresión a lo largo del tiempo (por ejemplo, Canet-Juric *et al.*, 2020; López Steinmetz *et al.*, 2022). En nuestro país, la reducción en los síntomas se podría asociar a una disminución en el miedo a la infección y a una menor incertidumbre sobre el futuro, porque varias actividades se reanudaron rápidamente (figura 1) y las autoridades nacionales comenzaron a resaltar el éxito de Uruguay en la lucha contra la COVID-19. Esta atmósfera optimista podía llevar a la idea de que la pandemia estaba bajo control y que se estaba restaurando la normalidad, lo que causó que las personas comenzaran a ocupar más tiempo con actividades de ocio. Curiosamente, corroboramos este efecto al encontrar que los síntomas de depresión disminuían a medida que aumentaba la movilidad hacia lugares de comercio y recreación, parques y centros de transporte (figura 7a y 7b).

Figura 6. Niveles de depresión (a) y ansiedad (b) a través de las tomas



Fuente: elaboración propia a partir de Fernández-Theoduloz *et al.* (2022).

Figura 7. Relación entre los días de nuestro estudio y la movilidad en comercio y recreación (a), parques (b) y transporte (c)

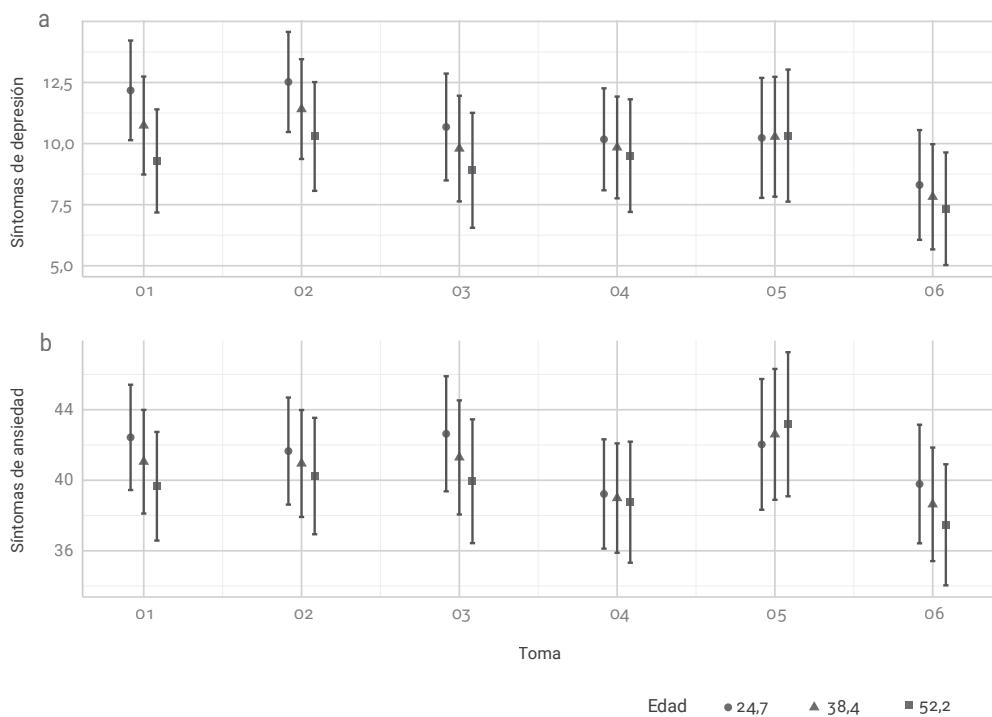


Fuente: elaboración propia a partir de Fernández-Theoduloz *et al.* (2022).

Asimismo, el efecto del tiempo en los síntomas depresivos y de ansiedad fue dependiente de la edad de los participantes (figuras 8a y 8b). Las diferencias en la sintomatología entre los grupos de edad fueron mayores al comienzo de la evaluación que en sucesivas evaluaciones, y fueron los más jóvenes quienes reportaron los síntomas más severos. La crisis de COVID-19 limitó en gran medida la interacción social en todos los grupos de edad, pero, considerando que el relacionamiento entre pares es vital en las personas más jóvenes y que la vulnerabilidad a problemas de salud mental es mayor en esta población (Weinberger *et al.*, 2018), no es sorprendente que estas hayan sido las más afectadas al comienzo de la pandemia.

La reapertura de eventos relacionados con el ocio y actividades deportivas (figura 1), así como la llegada del invierno y las recomendaciones de permanecer dentro de los hogares (en especial, para las personas mayores que tenían un mayor riesgo de infección) podría haber llevado a que las diferencias entre los grupos de edad se atenuaran con el paso del tiempo.

Figura 8. Síntomas de depresión y ansiedad a través del tiempo, por grupos de edad



Fuente: elaboración propia a partir de Fernández-Theoduloz *et al.* (2022).

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio indicaron que durante la pandemia de COVID-19 un segmento de la población uruguaya experimentó síntomas de depresión leves a moderados y de ansiedad severa. Estos síntomas se vieron influidos por varios factores, como el tipo y la duración del aislamiento, así como el sexo, la edad y el nivel socioeconómico de los encuestados. Además, el acceso a espacios al aire libre en el hogar y los hábitos de vida durante la pandemia también jugaron un papel relevante para explicar estos síntomas. Nuestros datos también mostraron una disminución en los síntomas a lo largo del tiempo que seguía un patrón dependiente de la edad y relacionado con la movilidad.

Consideramos que nuestros hallazgos subrayan la importancia de monitorear la salud mental de la población. Se debe prestar especial atención a grupos vulnerables, como las mujeres, las personas con bajos ingresos y los jóvenes. Además, es fundamental que se promueva un estilo de vida saludable que incluya actividad física, hábitos de sueño adecuados, exposición a la luz natural y tiempo al aire libre, entre otros. Por último, es crucial aumentar la disponibilidad de los servicios de atención en salud mental en nuestro país; implementar programas de educación y sensibilización sobre salud psicológica en la población, y crear entornos que fomenten el bienestar emocional en todos los aspectos de la vida.

REFERENCIAS

BENKE, C., AUTENRIETH, L. K., ASSELMANN, E., y PANÉ-FARRÉ, C. A. (2022). Stay-at-home orders due to the COVID-19 pandemic are associated with elevated depression and anxiety in younger, but not older adults: Results from a nationwide community sample of adults from Germany. *Psychological Medicine*, 52(15), 3739-3740. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003438>

BLUME, C., GARBAZZA, C., y SPITSCHAN, M. (2019). Effects of light on human circadian rhythms, sleep and mood. *Somnologie*, 23(3), 147-156. <https://doi.org/10.1007/s11818-019-00215-x>

BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBERG, N., y RUBIN, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

CANET-JURIC, L., ANDRÉS, M. L., DEL VALLE, M., LÓPEZ-MORALES, H., POÓ, F., GALLI, J. I.,... y URQUIJO, S. (2020). A Longitudinal Study on the Emotional Impact Cause by the COVID-19 Pandemic Quarantine on General Population. *Frontiers in Psychology*, 11, 565688. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.565688>

CINDRICH, S. L., LANSING, J. E., BROWER, C. S., McDOWELL, C. P., HERRING, M. P., y MEYER, J. D. (2021). Associations Between Change in Outside Time Pre- and Post-COVID-19 Public Health Restrictions and Mental Health: Brief Research Report. *Frontiers in Public Health*, 9, 619129. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.619129>

FERNÁNDEZ-THEODULOZ, G., CHIRULLO, V., MONTERO, F., RUIZ, P., SELMA, H., y PAZ, V. (2022). Longitudinal changes in depression and anxiety during COVID-19 crisis in Uruguay. *Current Psychology*, 43, 13841-13849. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03460-w>

GRUPO ASESOR CIENTÍFICO HONORARIO (GACH) (2021). *Ánalisis de situación de la Epidemia en Uruguay al 18 de enero*. Montevideo: Presidencia de la República. Recuperado de <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/publicaciones/grupo-modelos-ciencia-datos-analiza-periodos-pandemia-uruguay>

GUILLÉN-RIQUELME, A., y BUELA-CASAL, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(5), 510-515.

GUO, Y., CHENG, C., ZENG, Y., LI, Y., ZHU, M., YANG, W.,... y WU, S. (2020). Mental Health Disorders and Associated Risk Factors in Quarantined Adults During the COVID-19 Outbreak in China: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e20328. <https://doi.org/10.2196/20328>

KILLGORE, W. D. S., TAYLOR, E. C., CLOONAN, S. A., y DAILEY, N. S. (2020). Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Research*, 291, 113216. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113216>

LLAMBÍ, C., y PIÑEYRO, L. (2012). *Índice de nivel socioeconómico (INSE)*. Montevideo: CINVE. Recuperado de <https://cinve.org.uy/wp-content/uploads/2012/12/Indice-de-nivel-socioecon%C3%B3mico.pdf>

LÓPEZ STEINMETZ, L. C., DUTTO FLORIO, M. A., LEYES, C. A., FONG, S. B., RIGALLI, A., y GODOY, J. C. (2022). Levels and predictors of depression, anxiety, and suicidal risk during COVID-19 pandemic in Argentina: The impacts of quarantine extensions on mental health state. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 13-29. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1867318>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (2021). *The economic autonomy of women in a sustainable recovery with equality*. Recuperado de <https://www.cepal.org/en/publications/46634-economic-autonomy-women-sustainable-recovery-equality>

PAZ, V., CHIRULLO, V., MONTERO, F., RUIZ, P., SELMA, H., y FERNÁNDEZ THEODULOZ, G. (2022). Mental health during the COVID-19 outbreak in Uruguay: The impact of healthy lifestyle behaviors and sociodemographic factors. *Minerva Psychiatry*, 64(2), 203-213. <https://doi.org/10.23736/S2724-6612.21.02251-X>

RODRÍGUEZ-REY, R., GARRIDO-HERNANSAIZ, H., y COLLADO, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>

SANZ, J., PERDIGÓN, A. L., y VÁZQUEZ, C. (2003). Adaptación española del Inventory para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.ox?id=180617972001>

WEINBERGER, A. H., GBEDEMAH, M., MARTINEZ, A. M., NASH, D., GALEA, S., y GOODWIN, R. D. (2018). Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: Widening disparities in vulnerable groups. *Psychological Medicine*, 48(8), 1308-1315. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002781>

XIN, M., LUO, S., SHE, R., YU, Y., LI, L., WANG, S.,... y LAU, J. T. (2020). Negative cognitive and psychological correlates of mandatory quarantine during the initial COVID-19 outbreak in China. *American Psychologist*, 75(5), 607-617. <https://doi.org/10.1037/amp0000692>

XIONG, J., LIPSITZ, O., NASRI, F., LUI, L. M. W., GILL, H., PHAN, L.,... y MCINTYRE, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

YAMAMOTO, T., UCHIUMI, C., SUZUKI, N., YOSHIMOTO, J., y MURILLO-RODRIGUEZ, E. (2020). The Psychological Impact of 'Mild Lockdown' in Japan during the COVID-19 Pandemic: A Nationwide Survey under a Declared State of Emergency. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9382. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249382>

DISCURSOS SOBRE EL DUELO EN LA PANDEMIA

PILAR BACCI
ENZO NÚÑEZ
NANCY CALISTO⁴

INTRODUCCIÓN

La preocupación por el duelo estuvo presente desde el inicio de la emergencia sanitaria provocada por la propagación del virus SARS-CoV-2, como resultado de las muertes ocasionadas por este y a modo de adelanto de sus efectos a futuro.

El término *duelo* se aplica en sentido amplio a aquellos procesos psicológicos y sociales que se desencadenan a partir de la muerte de una persona afectivamente significativa. El luto acompaña al duelo y se entiende como la expresión pública del acontecimiento que se manifiesta en la comunidad a través de los rituales, las prácticas y las costumbres implementadas frente a la muerte. En el contexto de la pandemia algunas organizaciones sociales llegaron a establecer que el duelo es un derecho y, como tal, implica no solo una peripecia individual e íntima, sino también una experiencia colectiva que necesita ser acompañada.

Claramente, las medidas sanitarias y políticas implementadas para evitar la transmisión del virus provocaron cambios en la forma de morir e impusieron restricciones a las expresiones del duelo y el luto, ya experimentadas en epidemias anteriores y recordadas por los historiadores. El miedo al contagio y a la muerte, las restricciones a la movilidad, la soledad del aislamiento, el control de los cuerpos vivos y muertos por parte del Estado y la generación de estrategias de encuentro novedosas mediante la tecnología imprimieron transformaciones en las prácticas sociales en general y en el duelo en particular.

Con una preocupación manifiesta por el tema, ni bien iniciada la pandemia se fueron generando distintas perspectivas y discursos en torno

a lo que sucedería con el procesamiento de las múltiples pérdidas en los sobrevivientes. Una de estas perspectivas es fruto de las investigaciones desarrolladas mientras se transitaba la crisis sanitaria. A partir de ellas fue posible publicar artículos científicos y ensayos especializados que ofrecieron visiones académicas sobre lo que se consideró el problema de los duelos a causa de las muertes por COVID-19. También la prensa nacional se ocupó del tema dedicándole artículos, apartados y hasta secciones temáticas, con el objetivo de brindar información a partir de entrevistas a expertos y dar a conocer testimonios de personas que estaban pasando por la experiencia de perder a un ser querido en tales circunstancias.

Este trabajo invita a pensar algunos de los discursos y perspectivas académicas y periodísticas acerca del duelo que salieron a la luz en el escenario de la crisis sanitaria. Intenta reflejar algunos sentidos otorgados a lo que experimentamos en relación con las muertes y las pérdidas sucedidas en ese tiempo.

INVESTIGACIONES DEL DUELO EN LA PANDEMIA

70

A partir de 2020 y hasta hoy, en diferentes países del mundo, varios estudios científicos ponen el foco en distintos emergentes relacionados con las muertes durante la pandemia. Algunos los ubican como problema y otros como elementos a observar vinculados al universo de dificultades y efectos de las medidas de aislamiento. Si bien en nuestro país se han emprendido investigaciones académicas sobre el duelo en la pandemia, estas todavía no han finalizado y no contamos con estudios publicados. Por esta razón recurrimos a explorar investigaciones fuera de nuestra frontera en pro de colegir los discursos académicos que se difundieron en ese período.

Recién iniciada la crisis sanitaria, en España se llevó a cabo una investigación con 208 personas en duelo a causa de la muerte de familiares por la nueva enfermedad (Lacasta-Reverte *et al.*, 2020). En ella se señala que los fallecimientos por el virus se dan en un escenario peculiar caracterizado por la rapidez de los acontecimientos, la novedad de los protocolos sanitarios y la incertidumbre que estos generan. Además, se advierte sobre algunos elementos de carácter iatrogénico, por ejemplo, la escasez de procesos comunicativos que contengan la incertidumbre de los familiares y la carencia de formación académica de los profesionales sobre los procesos del final de la vida y la patologización del duelo. Como dato a señalar, este estudio encuentra que el 70 % de los participantes

desarrollaron un duelo catalogado como *normal*, lo que marca una igualdad con estudios de la situación prepandemia. Esto pone en entredicho los trabajos que incluyen previsiones alarmantes de aumento de duelos complicados enmarcados en una crisis de salud mental que afectaría a la población en su totalidad. La disonancia entre lo previsto por los expertos y lo constatado en las investigaciones instala un interrogante en torno a qué cuestiones fueron propias de la pandemia y cuáles han sido visibilizadas a través de ella, pero que, en sí, no son distintas a la situación anterior. Asimismo, otros estudios dan cuenta de esta observación y plantean que las investigaciones se basan en conocimientos anteriores y en la experiencia profesional al suponer consecuencias negativas o duelos con complicaciones en los sujetos que sufren la pérdida de un ser querido en esta circunstancia (Stroebe y Shut, 2020).

Situados en el estudio de las circunstancias propias de la pandemia, las investigaciones describen su gran impacto en la experiencia de la muerte y el duelo. En ellas se encuentra que la forma de morir, de manera repentina, sin la compañía de familiares en unidades de cuidados críticos, el manejo de los cuerpos luego de la muerte, el aislamiento y la imposibilidad de despedidas y rituales son elementos transformadores de la experiencia de pérdida. Vinculan esta situación con duelos marcados por la falta de soporte social, debido al estigma que se coloca en los sobrevivientes por el miedo al contagio, lo que, sumado a la supresión o al acortamiento de rituales, constituye una experiencia traumática (Cardoso *et al.*, 2020).

Otros trabajos encuentran que la ausencia de las prácticas de despedida habituales provoca un corte en la transmisión generacional de los ritos de pasaje entre la vida y la muerte, lo que imposibilita que los sobrevivientes lleven a cabo las tradiciones culturales, invisibiliza el cuerpo del muerto y altera los rituales familiares y comunitarios (Sayed, 2022). En este punto, varios estudios coinciden en observar que las personas en duelo no disponen de apoyo social para atravesar la experiencia y esto impacta en su salud mental (Araujo *et al.*, 2020).

Preocupados por caracterizar este tipo de duelos, Hernández y Meneses (2021) exploran las variables que afectaron el inicio del duelo en los familiares y la existencia de factores de riesgo asociados a este tipo de pérdida. Encuentran que la muerte súbita, la ausencia de un último adiós o la incertidumbre ocasionada por no saber cómo o dónde está el ser querido fueron elementos que provocaron sensaciones de incredulidad e irreabilidad y que, como consecuencia, dificultaron la asimilación de la muerte. También reportan que algunas familias pidieron a los médicos una prueba del fallecimiento, como una foto o un efecto personal,

el certificado de defunción, o que solicitaron detalles concretos sobre los últimos momentos de la vida del fallecido en el intento de construir una historia con secuencia lógica que les permitiera aceptar lo sucedido. Otras personas buscaron y recuperaron objetos pertenecientes a sus seres queridos muertos o mantuvieron el vínculo con amigos del fallecido. A modo de ejemplo, siguieron comunicados con la residencia de ancianos después de la muerte, continuaron hablando con el compañero de dormitorio o incluso llamando al teléfono del fallecido para escuchar su voz en el buzón de mensajes.

Tomando en cuenta lo anterior, algunos trabajos concluyen que no haber visto al ser querido morir o después de su muerte dificulta la aceptación de la pérdida y configura una sensación de incredulidad acerca del deceso que puede ocasionar complicaciones en el inicio del duelo (Imber-Black, 2020). En vinculación con estas ideas, desde la perspectiva de la psiquiatría, se ubican investigaciones que asocian el contexto sanitario con el desarrollo de duelos en riesgo o patológicos, frente a los cuales es necesaria la intervención profesional. Observan que la pandemia causa múltiples pérdidas relacionadas con la muerte misma y con la interrupción de las normas sociales, los rituales y las prácticas de duelo. También afecta la capacidad de los sujetos para conectarse con el difunto antes y después de la muerte, lo que puede aumentar el riesgo de un duelo complicado (Maylan *et al.*, 2020). Además de lo mencionado, se advierte que el duelo debido a las muertes provocadas por la COVID-19 muestra síntomas del diagnóstico psiquiátrico de duelo complicado y se dan recomendaciones y guías para superar esta situación (Briceño *et al.*, 2020; Selman *et al.*, 2022). También señalan que la COVID-19 ha sido una fuente de estrés para los familiares, que en muchos casos no pudieron despedirse ni realizar un duelo en condiciones habituales. Consideran esto como factor de riesgo que puede derivar en la cronificación del duelo, lo que aumenta el número de personas en riesgo de enfermedad psiquiátrica (González-Rodríguez y Labad, 2020). En varios estudios, el duelo se caracteriza como un conjunto único, tanto de características y circunstancias de pérdida como de vivencias de dolor, pena (Eisma y Tammelinga, 2022), culpa por haber abandonado a los seres queridos fallecidos y soledad por la imposibilidad de despedir según las tradiciones familiares o culturales (Patiño Lozano, 2022). Sobre este punto e investigando los cambios en los cuidados del fin de la vida en la pandemia. Crepaldi *et al.* (2020) sistematizan las experiencias reportadas en diferentes países acerca de los procesos de terminalidad, muerte y duelo. Encuentran que las expresiones de cariño, condolencias y espiritualidad sufren cambios en este escenario y resaltan la importancia de crear formas

alternativas de ritualizar los procesos de vida y muerte que aporten nuevos sentidos sobre la pérdida y la historia de los sobrevivientes.

PSICOFÁRMACOS Y NUEVOS RITUALES

Los problemas señalados, fueron enfrentados de diversas maneras por los sujetos cuyas experiencias fueron registradas. Uno de los estudios que se ocupa de esto es el trabajo de Alves *et al.* (2021), que da cuenta del aumento de prescripción de psicofármacos en Brasil y de las razones que se establecen para el uso de estos en pos de aplacar conflictos y situaciones estresantes generadas por la emergencia sanitaria. Además de este incremento del consumo encuentran una reconfiguración de la finalidad de los medicamentos psicoactivos, los cuales han pasado a ser vistos como «mediadores de conflictos» y «básicos para la gestión de cualquier signo de sufrimiento psicológico etiquetado como enfermedad, incluso si el dolor es coherente con el momento catastrófico...» (p. 2). Entienden que dicho contexto es propicio para la patologización del sufrimiento y justifica la prescripción frente a cualquier señal de padecimiento subjetivo, como es el caso del duelo, a pesar de que la pena es esperable por las pérdidas producidas por el virus. Al respecto de la prescripción de psicofármacos para mitigar las manifestaciones del duelo, entiende que se debe tanto a la falta de estudios y valoraciones acerca de los beneficios o riesgos relacionados al consumo como a la necesidad de intervenir y modular afectos y procesos de elaboración de la pérdida. Dejan planteada la idea de que el duelo se convierte en pandemia a largo plazo con efectos negativos en los grupos y en los individuos por la carencia de elaboración social de la situación vivida.

Otras investigaciones registran estrategias alternativas a la farmaceúticas de la experiencia de duelo. Recopilan experiencias colectivas de reconocimiento de los muertos en la comunidad, prácticas innovadoras tales como acciones de solidaridad, espacios seguros para escuchar y contener las narrativas del duelo, además de la circulación de recursos afectivos y financieros entre las personas (De Melo y Merlhy, 2020), la configuración de nuevos rituales, mediatizados por tecnologías de comunicación, a partir de los cuales los líderes religiosos bendicen a los fallecidos y consuelan a los deudos. Se implementaron también carpas al aire libre para velatorios colectivos en el interior de los cementerios, donde se reunían los familiares de varios fallecidos. También se desarrollaron políticas de memoria para recordar a las víctimas de la pandemia. Estas últimas van desde pequeños

homenajes domésticos hasta grupos en las redes sociales donde se comparten y se hacen públicos los sentimientos de duelo, la biografía de los muertos y las relaciones de estos con la comunidad, con lo que se reinventa el lazo social con nuevas construcciones y sentidos acerca de lo sucedido (Vicente da Silva *et al.*, 2021). Los medios digitales, además de oficiar como soporte para formas alternativas de ritualización, también permitieron proporcionar información a los familiares de las personas enfermas o fallecidas (Lo Bianco y Moura, 2020) o generar grupos de apoyo en línea en caso de duelo. Asimismo, plataformas como Facebook, Twitter o Instagram fueron espacios donde expresar los sentimientos por la pérdida de un ser querido durante la pandemia, lo que colectivizó la pena.

Pasada la situación más crítica de la pandemia, los académicos y profesionales siguen produciendo conocimiento a partir de la observación de los efectos o secuelas que ella ha dejado. En esa línea, Sandra Caponi (2022) enfoca su atención sobre la llamada *pandemia de trastornos mentales*, patrocinada por los medios de comunicación y por prestigiosas publicaciones científicas. Uno de los primeros efectos de este fenómeno es el retroceso en muchos de los logros obtenidos en el campo de la salud mental, como los trabajos en pos de la desmanicomialización o la despatologización. Sin subestimar o negar la singular situación que vive la sociedad a raíz de pandemia, Caponi (2022) advierte que debemos estar «atentos a la banalización de diagnósticos psiquiátricos ambiguos, a las internaciones evitables o innecesarias en espacios inadecuados para niñez, adolescentes y adultos, así como a la prescripción masiva de terapéuticas psicofarmacológicas con efectos colaterales graves...» (p. 145). La investigadora agrega que una de las enseñanzas que la pandemia le dio a la humanidad fue que todo ser humano es vulnerable a la enfermedad, la muerte o la locura. Esto hace que no sea un problema que atañe solo al otro, sino que todos los sujetos pueden ser proclives a esas experiencias. Propone que más que patologizar o biologizar el sufrimiento del otro, se lo debe considerar como un asunto social y político. Quizá el duelo también puede ser pensado desde estas consideraciones presentadas por la autora.

DUELO POR PANDEMIA EN LA PRENSA ESCRITA NACIONAL

La temática del duelo está presente en la prensa uruguaya con anterioridad a la pandemia de COVID-19. En las diferentes publicaciones nacionales es posible encontrar artículos anteriores a 2020 referidos al dolor que generan las pérdidas en el ser humano. Por lo general, se lo define y explica considerándolo como una experiencia propia de la esfera individual que suele tener efectos o repercusiones ya sea en la familia o en la comunidad. Además, en las notas se plantea cómo debe llevarse a cabo un duelo catalogado como *normal* y la necesidad de consultar al sistema de salud si no transcurre como se señala. Si bien los espacios donde tradicionalmente se encuentran estas notas suelen ser secciones definidas por temáticas como *salud, social, cultural y tecnología*, durante el tiempo que duró la pandemia, los artículos referidos al duelo pasaron a ser colocados sobre todo en la sección «Salud» o en secciones especiales, implementadas para la ocasión, donde se publicaron testimonios de ciudadanos afectados de alguna forma por el virus.

Las notas y artículos acerca del duelo durante la crisis sanitaria de manera reiterada presentan las voces de expertos en psiquiatría y psicología para definir al duelo, por una o varias muertes, y también se establece su duración y manifestaciones. Se informa que

75

acarrea un sufrimiento psicológico que requiere, para ser superado, un proceso, que es normal, con componentes del mundo interno, pero también muchos del entorno cultural, religioso y social. Puede durar mucho tiempo y cada persona lo ve y siente de manera diferente, con altibajos, y habitualmente requiere un año o más para lograr la etapa final de aceptación (Bespali, 2020).

Pero también, se lo compara con

un territorio oscuro, misterioso, casi inaccesible. Una conmoción que cambia nuestro entorno en un instante... todo se desmorona y por un tiempo nada tiene sentido. Algo se quiebra en nosotros, el mundo se derrumba y nos muestra su aspecto más cruel... (Domínguez, 2020)

Entre estas dos perspectivas, la de la oscuridad y derrumbe y la del sufrimiento y su superación, oscilan los discursos acerca del duelo por las

muertes de la pandemia. Cabe aclarar que estas miradas no son nuevas, estaban presentes antes de 2020 en los medios de prensa, pero, en este contexto, se retoman para advertir a las personas afectadas por el duelo y a las que todavía no lo están, acerca del riesgo que pueden llegar a correr si no atienden y controlan la experiencia. En las notas se ofrecen también consejos para el hacer un *buen duelo*, que ya se prodigaban antes de la pandemia. Conforman un conjunto de recetas para lograr el autocontrol y la autoobservación del propio duelo y generan alertas sobre expresiones no esperables del duelo que, si se atienden a tiempo, impedirían caer en el campo de la enfermedad mental (Orfila, 2020).

Además de definiciones de expertos, las notas están compuestas por testimonios de familias que perdieron a sus seres queridos por la enfermedad (Colman, 2021; Serra, 2023), médicos intensivistas (Mocoroa y Castillo, 2021) y personas que pasaron sus últimos días en establecimientos para ancianos (García, 2020). El periódico *El Observador* presenta una sección especial llamada «Vidas rotas por el COVID-19» donde se relatan historias de familias que perdieron a más de un ser querido en esta circunstancia o que nunca más volvieron a verlos luego de que fueran internados en cuidados intensivos (Colman, 2021; Fernández, 2021). En los relatos, el tema de la distancia, los afectos y los cuidados que no se pudieron brindar, ocupan un espacio considerable y el duelo por venir se presenta como una interrogante. Algunos expertos plantean que la muerte en pandemia y su falta de rituales producirán duelos traumáticos que deberán ser tratados y llenarán los consultorios de los especialistas (Domínguez, 2020). Otros llegan a comparar los duelos producidos por la guerra o los duelos de los desaparecidos con el duelo por muerte de coronavirus y afirman que todos estos son más graves a causa de la prohibición de contacto con el cuerpo del muerto. Según expresa el artículo, serán duelos plagados de culpa, abruptos, que se acompañarán de trastornos por estrés postraumático y depresión, lo cual constituirá un «desafío histórico para la salud mental de la humanidad....» (Silva, 2021, s. p.). Haciendo eco de lo anterior, otros especialistas entrevistados en ese artículo hacen foco en terapéuticas, algunas tradicionales y otras novedosas, que entienden pueden ayudar a tramitar estas vivencias.

Los movimientos de recolocación y agrupamiento del tema del duelo bajo la sección «Salud», o una sección especialmente armada para la ocasión imprimen una perspectiva particular a los artículos, reportajes y narrativas que presentan categorías, puntos de vista, percepciones a los lectores. Que las notas que hablan de duelo sean ubicadas en esas secciones expresa una mirada sobre el duelo, pero también un mensaje en sí mismo

que se transmite a la población: es un tema de salud del cual hablan los expertos o dan testimonio los afectados y es un problema que «rompe» vidas. Esta lógica utilizada para hablar del duelo no fue ajena a los discursos sobre el tema en tiempos de la pandemia. Tanto en los artículos de prensa como en investigaciones de psicología clínica o medicina concretadas en ese tiempo se imprimió en los duelos una inminente proclividad o riesgo de transformarse en un problema de salud mental. De esta manera, se puede promover la percepción de duelos con dificultades, complejos, no resueltos, imposibles, y se le agrega temor al tránsito por la vivencia y sensaciones de vulnerabilidad (Focás, 2020).

Dentro de ese universo de artículos en los que se sostienen visiones más bien del campo sanitario, una nota hace la diferencia. En ella se publica y difunde una iniciativa solidaria como alternativa a los duelos solitarios de la pandemia. La singular forma de hacer o de acompañar estos duelos consiste en donar algo o ayudar a otros en nombre del ser querido fallecido (Filosi, 2022). Lo que no se puede celebrar con el ritual tradicional por el distanciamiento social y el peligro de contagio se hace de esta forma, homenajeando al ser querido en la acción de reconocer a un otro social también afectado por la pérdida y enfermedad. De este modo, se comparte, al igual que en plataformas tecnológicas mediante la virtualidad, algo de la pena por la pérdida en el espacio social comunitario.

CONSIDERACIONES FINALES

En el recorrido realizado en este trabajo por algunas de las investigaciones académicas, las opiniones de los expertos y las publicaciones en prensa escrita llevadas a cabo en la pandemia, pueden observarse formas de comprender, definir y transmitir un modelo del duelo cercano a teorizaciones de la medicina, la psiquiatría y la psicología clínica. Desarrollado a partir de mediados del siglo XX, ese modelo sigue predominando en nuestros días y establece criterios de duelos *normales* o *saludables* que se diferencian de duelos *patológicos* o *no elaborados*.

Los estudios recopilados muestran esta tendencia, a partir de teorías previas que vinculan duelo y trauma y terminan configurando espacios de alerta aun en el escenario incierto generado por la nueva enfermedad, en los que serían esperables reacciones no previstas en la literatura sobre la cuestión. El contexto de restricciones sociales a causa del contagio, más

que oficiar de marco de excepción para valorar los duelos, parece justificar y aumentar la previsión del riesgo de duelo patológico.

Por su parte, las notas de prensa retoman este modelo, muchas veces difundiendo el resultado de las investigaciones llevadas a cabo bajo esta égida o replicando la voz de los expertos en el tema. Es de destacar que los testimonios de sujetos en duelo imprimen cierta novedad, en tanto recalcan un déficit a modo de marca de la experiencia, una fractura de las vidas de esos sujetos en relación con su experiencia de pérdida. Si bien el contenido de las notas posee tonalidades mayormente positivas, el nombre y los titulares que encabezan los artículos, destinados a captar la atención de los lectores, no deja de expresar una forma de entender la experiencia como inhabilitante. A través de la prensa se metabolizan ideas, experiencias y la palabra autorizada de expertos sobre qué es duilar y cómo se debe duilar. Los lectores absorben, asimilan y llegan a usar estos mensajes para observar su experiencia de duelo. Se trata de discursos académicos y periodísticos que delimitan vivencias humanas y que establecen activamente formas de ser, pensar y sentir la experiencia del dolor por la pérdida.

REFERENCIAS

ALVES, A. M., COUTO, S. B., SANTANA, M. P., BAGGIO, M. R. V., y GAZARINI, L. (2021). The medicalization of mourning: limits and perspectives in the management of suffering during the pandemic. *Cad Saude Publica*, 37(9):e00133221. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/YHWQpRrcnJxSSGYQstLHbGs/?format=pdf&lang=en>

ARAUJO, M., NAVARRO, S., y GARCÍA, E. (2020). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*, 31, 112-S116. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-abordaje-del-duelo-muerte-familiares-S1130862120303089>

BESPALI, Y. (2020, mayo 9). El duelo en tiempos de coronavirus. *La Diaria*. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/coronavirus/articulo/2020/5/el-duelo-en-tiempos-de-coronavirus/>

BRICEÑO, B., LEÓN, H., MEDINA, N., y GONZÁLEZ-DÍAZ, J. (2020). Anotaciones en torno al duelo durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 1(19), 6-12. Recuperado de https://www.webapal.org/docs/revista/revista_APAL_19.pdf

CAPONI, S. (2022). El mercado de psicofármacos y la gestión de las emociones en tiempos post-pandémicos. *Política & Sociedade*, 21(51), 143-157. <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2022.e91508>

CARDOSO, É., SILVA, B., SANTOS, J., LOTÉRIO, L., ACCORONI A., y SANTOS, M. (2020). The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Rev Lat Am Enfermagem*, 28, e3361. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>

COLMAN, C. (2021, marzo 11). Cinco se contagaron, pero dos no volvieron: Mary, Lidia y una familia unida ante una pandemia. *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/cinco-se-contagaron-pero-dos-no-volvieron-mary-lidia-y-una-familia-unida-ante-una-pandemia-20213211550>

CREPALDI, M., SCHMIDT, B., NOAL, D., BOLZE, S., y GABARRA, L. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: Demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Revista Estudos de Psicologia. Seção Temática: Contribuições da Psicologia no Contexto da Pandemia da COVID-19*, (37), e200090. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>

DE MELO, M., y MERLHY, M. (2020). Luto e não-violencia em tempos de pandemia: precariedade, saúde e otros modos outros de viver. *Psicología & Sociedad*, 32. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240329>

DOMÍNGUEZ, M. N. (2020, octubre 12). Rolón: «Salís de un duelo con algo menos, es decir que hay algo que ya no sos». *Montevideo Portal*. Recuperado de <https://www.montevideo.com.uy/Tiempo-libre/Rolon--Salis-de-un-duelo-con-algo-menos-es-decir-que-hay-algo-que-ya-no-sos--uc767299>

EISMA M., y TAMMINGA, A. (2022). COVID-19, natural, and unnatural bereavement: comprehensive comparisons of loss circumstances and grief severity. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 13(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2062998>

FERNÁNDEZ, S. (2021, diciembre 03). Coronavirus: la historia del abuelo que murió de covid-19, asintomático, solo y con miedo. *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/la-historia-del-abuelo-que-murió-por-covid-19-asintomatico-solo-y-con-miedo--20213125038>

FILOSI, A. (2022, noviembre 07). Dos iniciativas uruguayas ofrecen formas alternativas de acompañar el duelo. *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/vida-actual/iniciativas-uruguayas-ofrecen-formas-alternativas-acompanar-duelo.html>

FOCÁS, B. (2020, marzo 30). Las noticias en tiempos de cuarentena ¿Cuánta información somos capaces de soportar? *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/256408-cuanta-informacion-somos-capaces-de-soportar>

GARCÍA, D. (2020, noviembre 06). Acostumbrarse a morir. *Brecha*. Recuperado de <https://brecha.com.uy/acostumbrarse-a-morir/>

GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ, A., y LABAD, J. (2020). Mental health in times of COVID: Thoughts after the state of alarm. *Med Clin (Barc)*, 13,155(9), 392-394.

HERNÁNDEZ, C., y MENESES, C. (2021). I can't believe they are dead. Death and mourning in the absence of goodbyes during the COVID-19 pandemic. *Health Soc Care Community*, 30(4), 1220-1232.

IMBER-BLACK, E. (2020). Rituals in the Time of COVID-19: Imagination, responsiveness, and the Human Spirit. *Family Process*, 59(3), 912-920.

LACASTA-REVERTE, M., TORRIJOS ZARCERO, M., LÓPEZ-PÉREZ, Y., CARRACEDO SANCHIDRIÁN, D., PÉREZ MANRIQUE, T., CASADO SANMARTÍN, C.,... y MARTÍ-ESQUITINO, J. (2020). Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. *Med Paliat.*, 27(3), 201-208.

LO BIANCO, A., y MOURA, F. (2020). Covid-19: Luto, Morte e a Sustentação do Laço Social *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244103>

MAYLAN, C., HARDING, A., PRESTON, N., y PAYNE, S. (2020). Supporting Adults Bereaved Through covid-19: A Rapid Review of the Impact of Previous Pandemics on Grief and Bereavement. *J Pain Symptom Manage*, 60(2), 33-39.

MOCOROA, M., y CASTILLO, F. (2021, abril 22). Morir en tiempos de COVID-19: la soledad hasta el final de los días. *Búsqueda*. Recuperado de <https://www.búsqueda.com.uy/Secciones/Morir-en-tiempos-de-Covid-19-la-soledad-hasta-el-final-de-los-días-uc47449>

ORFILA, M. A. (2020, octubre 29). Entrevista a Gabriel Rolón sobre las pérdidas: «La pandemia es un tiempo de duelos». *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/vida-actual/gabriel-rolón-sobre-las-perdidas-la-pandemia-es-un-tiempo-de-duelos>

PATIÑO LOZANO, D. M. (2022) Duelo por pérdida de un familiar en tiempos de COVID-19: una narrativa de dos vivencias. *Revista Perspectiva*, 7(22).

SAYED, A. (2022). COVID-19: Searching for a Little Hope in Adversity – The Sub-Saharan Experience. *Journal of Pain and Symptom Management*, 3(63), 345-347.

SELMAN, L., FARRELL, D., LONGO, M., GOSS, S., TORRENS, A., SEDDON,... y HARROP, E. (2022). Levels of grief, support needs and risk factors among people bereaved during the COVID-19 pandemic: Baseline results from a longitudinal UK online survey. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 60(0), 1-28.

SERRA, M. (2023, febrero, 16). La necesidad de los velorios como forma de despedir a nuestros muertos. *Montevideo Portal*. Recuperado de <https://www.latidobeat.uy/Beat/Opinion--La-necesidad-de-los-velorios-como-forma-de-despedir-a-nuestros-muertos-uc846025>

SILVA, J. (2021, mayo 8). El duelo por covid-19 es más difícil que el duelo de guerra. *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/-el-duelo-por-covid-19-es-mas-dificil-que-el-duelo-de-guerra--20215721550>

STROEBE, M., y SHUT, H. (2020). Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 82(3), 500-522.

VICENTE DA SILVA, A., RODRIGUES, C., y AISENGART, R. (2021). Morte, ritos fúnebres e luto na pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista NUPEM Campo Mourão*, 13(30), 214-234.

EJE III

CONSUMO, PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE PSICOFÁRMACOS DURANTE LA PANDEMIA

CAPÍTULO 5

LA PANDEMIA ¿COMO EJEMPLO? DEL USO IRRACIONAL DE PSICOFÁRMACOS. EL CASO DE LAS BENZODIACEPINAS

NOELIA SPERANZA¹

Las benzodiacepinas son un grupo de psicofármacos de amplia prescripción tanto en el mundo como en Uruguay desde su aparición, hace más de cincuenta años, como una mejor opción a los barbitúricos. Como grupo, comparten el perfil de fármacos ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes y miorrelajantes, también su perfil de efectos adversos y tóxicos. Las principales diferencias entre ellos son de carácter farmacocinético. La vida media, la potencia, la latencia y la duración de acción modifican el efecto farmacológico predominante de una benzodiacepina sobre otra (Domínguez *et al.*, 2016; Jufe, 2001). La prescripción irracional de benzodiacepinas es una realidad creciente. Se las ha llevado a un uso indiscriminado y al aumento de riesgo de efectos adversos y tóxicos, lo que ha contribuido a la medicalización de la sociedad (Artagaveytia *et al.*, 2018).

85

¿HUBO UN CONTEXTO PANDÉMICO PARA EL USO DE PSICOFÁRMACOS?

Cabe la pregunta de si la pandemia fue y sigue siendo un factor contribuyente (y en qué medida) del aumento del uso y del uso irracional de psicofármacos. Asumiendo que los problemas de salud mental han aumentado como consecuencia de esta, sería posible asumir también que los tratamientos farmacológicos de estos problemas de salud también lo hicieron (Salari *et al.*, 2020). La mirada complementaria y necesaria para contextualizar esta pregunta (válida, por supuesto) es si los problemas con

¹ Unidad Académica Farmacología y Terapéutica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

el uso de psicofármacos no son endémicos y su racionalidad o irracionalidad trasciende al evento pandémico en sí mismo. A lo sumo, la pandemia de COVID-19, como en otros tantos ejemplos, visibilizó con mayor claridad y eventualmente potenció un problema ya existente. Sería difícil imaginar que en un contexto como el pasado hubiesen primado la medida y racionalidad con el uso de psicofármacos, menos aún considerando las vivencias experimentadas y las secuelas en la salud mental que aún hoy se están evidenciando y caracterizando en toda la población. El uso de los medicamentos, entre ellos los psicofármacos, puede entenderse y estudiarse desde varias perspectivas, algunas más cuantitativas o positivistas y otras más cualitativas: ¿aumentó la cantidad de consumo?, ¿se afectó el tipo y la calidad de la prescripción de psicofármacos?, ¿se afectó la percepción de los usuarios sobre el lugar y la utilidad de los psicofármacos? No es fácil dar respuesta a estas interrogantes y es probable que para su construcción sea necesaria una mirada interdisciplinaria que refleje la multiplicidad de factores que pueden estar implicados y que incluya datos pre, intra y pospandemia. Tampoco es posible pensar en los psicofármacos como un grupo homogéneo, en el que los cambios en el uso se dieran con el mismo perfil si se habla de antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos o estabilizadores del humor o antipsicóticos. ¿Cuáles fueron los que aumentaron o bajaron? Incluso la pandemia tampoco puede entenderse como un único momento. Los datos internacionales muestran que se vio un aumento del consumo de psicofármacos con la pandemia ya muy avanzada, a partir de lo cual algunos autores hablan de *inercia terapéutica* (Diez *et al.*, 2022), probablemente vinculado a problemas de acceso al sistema de salud por las restricciones de la movilidad salvo casos de máxima necesidad y disponibilidad de medicamentos.

¿CÓMO ERA EL CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN URUGUAY EN LA PREPANDEMIA?

El consumo de benzodiacepinas en Uruguay en la era prepandémica puede interpretarse como un problema de salud pública. Desde una mirada cuantitativa, analizando el consumo en la población uruguaya en la era prepandémica se evidencia un consumo elevado. En un estudio de uso de medicamentos llevado a cabo con datos de 2010 a 2012 de ocho instituciones de salud pública y privada del país (que representaban en número de usuarios a 65 % de la población de Uruguay) se evidenció que el consumo

global de benzodiacepinas fue de 74 DHD/1000 habitantes/día. Entre ellas, las más consumidas fueron alprazolam y flunitrazepam. Cuando en el análisis se incluye clonazepam, que es una benzodiacepina que en nuestro país se utiliza ampliamente como ansiolítico, si bien la OMS la clasifica en su categorización de medicamentos² como un anticonvulsivante, el número de DHD/1000 habitantes día aumentaba a 110 (Speranza *et al.*, 2015). Estos valores se pueden interpretar como el número de habitantes cada mil que consumen una dosis fija (dosis diaria definida) de una benzodiacepina. Es un cálculo estandarizado de la OMS que permite comparar el consumo de medicamentos en diferentes períodos y entre países o regiones. Si bien presenta algunas limitaciones ofrece esta ventaja de permitir análisis comparativos y medir impacto de cambios en la forma de uso, acceso, nuevas recomendaciones, entre otros factores (Laporte y Tognoni, 2007).

Si se toman los datos de consumo de este estudio como los representativos de Uruguay para 2012, sin considerar clonazepam como parte del análisis, el país, en comparación con otros países que tienen datos para ese mismo año, se encuentra a mitad de tabla entre Noruega y España y por encima de Italia y Dinamarca. Al incluir clonazepam, el país pasó al primer puesto entre los países de Europa comparados. Un estudio similar se desarrolló con datos de consumo de benzodiacepinas entre 2014 y 2018, en el que los datos globales muestran una tendencia al aumento en el consumo. Haciendo la comparación con países que tenían datos de 2018, Uruguay alcanza, una vez más, los primeros puestos. Un resumen de esta información se muestra en la tabla 1 y en la figura 1 (Barboza *et al.*, 2022).

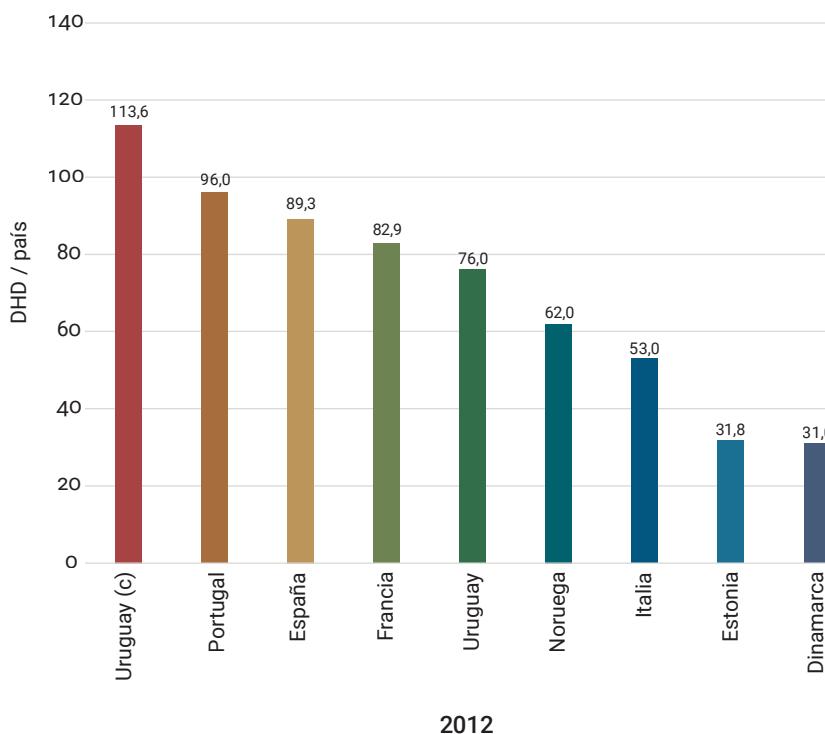
² En https://atcddd.fhi.no/atc_ddd_index/?code=No3AE01

Tabla 1. Consumo de benzodiacepinas, datos comparativos en Uruguay 2010-2012 y 2014-2018

	2010-2012	2014-2018
DHD/1000 habitantes/día, sin clonazepam	70	74
Benzodiacepina más consumida	alprazolam, flunitrazepam	alprazolam, flunitrazepam
DHD/1000 habitantes/día, con clonazepam	110	120
Benzodiacepina más consumida	clonazepam	clonazepam

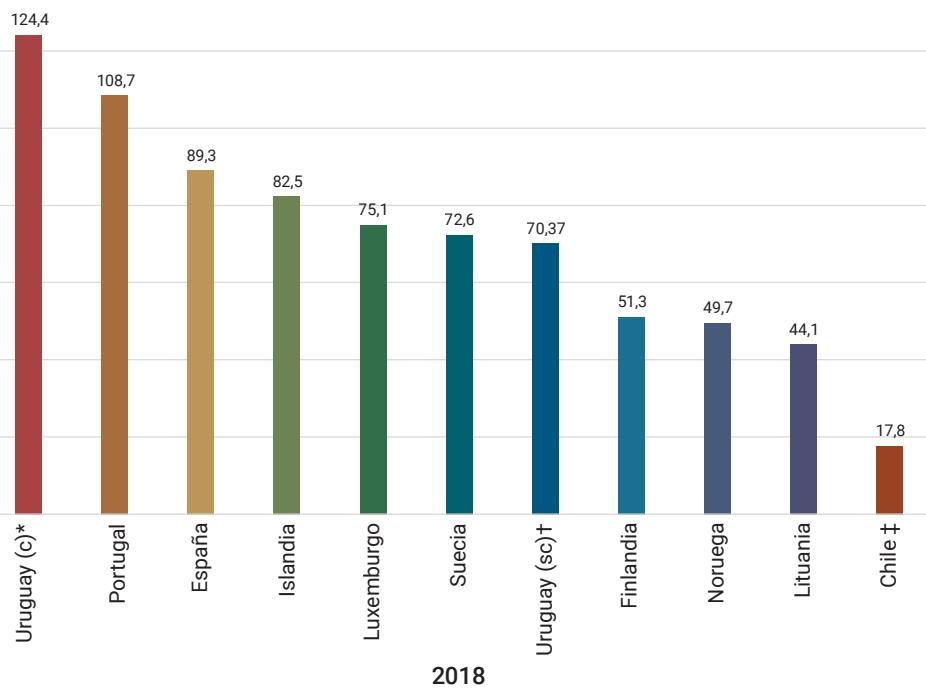
Fuente: Speranza *et al.* (2015).

Figura 1. Comparación de datos locales de consumo medidos de DHD/1000 hab. día con otros países, para los años 2012 y 2018



Nota: (c)* DHD/1000 habitantes/día con clonazepam.

Fuente: Barboza *et al.* (2022).



¿CÓMO FUE EL CONSUMO DE BENZODIACEPINAS Y OTROS PSICOFÁRMACOS EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL DURANTE LA PANDEMIA?

Es difícil, y quizás simplista, hablar de *datos pandémicos*, pues es necesario que el análisis de los datos de consumo informe en qué momento de la pandemia y en qué país o subregiones dentro de un país se midieron el tipo de medidas de control y restricciones vigentes, en qué personas (según su edad, comorbilidades, etc.) de disponibilidad y acceso a medicamentos en cada lugar y aún más considerando la posibilidad de acceder de forma adecuada a registros de calidad. En Estados Unidos, según datos de un estudio de dispensaciones entre 2018 y 2022 en farmacias de ese país, en los primeros meses de la pandemia se evidenció una disminución del uso de psicofármacos, pero luego hubo un aumento significativo en comparación con el período prepandémico, siendo cada vez más importante el papel que asumió como pagador el seguro público de salud (Medicaid) (Sanborn *et al.*, 2023).

Estudios en Brasil, Asturias, Canadá o Suecia no mostraron cambios significativos en el consumo de benzodiacepinas. Si bien en España, según el último informe disponible sobre consumo de ansiolíticos e hipnóticos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios se ve un aumento global de 6 DHD/1000 habitantes/día, entre 2019 y 2021 (pasando de 87,3 a 93,3); analizando datos de Asturias entre 2017 y 2020, se observó que las DHD medias preconfinamiento para benzodiacepinas fueron de 131,3 y 139,5 durante el confinamiento (diferencia estadísticamente significativa en el análisis crudo, pero que no se mantuvo significativa en el modelo al ajustarse por edad, sexo y zona básica de salud). Los autores concluyen que, si bien en algunos subgrupos se observó aumento, no se lo puede atribuir necesariamente al confinamiento por la pandemia (Diez *et al.*, 2022). Tanto en Suecia como en Canadá tampoco se observaron cambios significativos en la tendencia de la prescripción o dispensación de benzodiacepinas durante la pandemia (Uthayakumar *et al.*, 2022; Wolfschlag *et al.*, 2021). En Brasil, en el período 2014-2021 se evidenció un cambio no significativo para el consumo de benzodiacepinas como clonazepam, diazepam o bromazepam, si bien para otros psicofármacos como pregabalina, escitalopram, zolpidem, desvenlafaxina y quetiapina si se registró (Del Fiol *et al.*, 2023). Otro estudio similar, desarrollado con datos entre 2018 y 2020, mostró una tendencia similar con aumento en el consumo de antidepresivos, pero no benzodiacepinas durante el período de estudio (Escalante Saavedra *et al.*, 2022). Por tanto, es difícil, con los datos

de los estudios presentados, tener contundencia para afirmar un aumento del consumo. Es probable que una mirada meramente cuantitativista del tema no ayude a un adecuado análisis del fenómeno. En cualquier caso, la falta de aumento no constituiría un demérito para dejar de señalar al consumo, pandemia mediante, como un problema de salud a considerar, sobre todo con los ejemplos del uso irracional documentado (Catenaccio *et al.*, 2011; Domínguez *et al.*, 2016; Hirschtritt *et al.*, 2021).

¿CUÁN IRRACIONAL ES EL USO DE BENZODIACEPINAS?

El uso de benzodiacepinas está signado por su uso irracional, sobre todo vinculado a la duración de los tratamientos y a los efectos adversos a largo plazo, como el riesgo de deterioro cognitivo y caídas y fracturas, sobre todo en personas adultas mayores. Estos constituyen una población de riesgo debido a la mayor susceptibilidad receptorial y a los cambios en los parámetros farmacocinéticos que determinan una menor eliminación del fármaco del organismo, sumado a otras patologías concomitantes frecuentes en este grupo que pueden agravar estos riesgos.

Las caídas son la principal causa de accidentes en los y las adultas mayores, lo que afecta la salud y la calidad de vida de las personas. Múltiples estudios señalan el aumento del riesgo de caídas en este grupo etario, con valores de hasta 40 %. El riesgo de fracturas de cadera asociado al uso de benzodiacepinas ha sido reportado hasta en 8 %. En nuestro país, un estudio de casos y controles sugiere que el consumo de benzodiacepinas aumenta 4,5 veces el riesgo de sufrir una fractura de cadera. El riesgo de deterioro cognitivo, sobre todo en la atención y la memoria, se han asociado al uso de benzodiacepinas con valores de hasta 50 % de riesgo de demencia (Danza *et al.*, 2015; Domínguez *et al.*, 2016).

El uso prolongado y a dosis altas puede asociarse también a la tolerancia a los efectos de las benzodiacepinas. También pueden provocar dependencia tanto psíquica como física, con la producción de un síndrome de abstinencia caracterizado por síntomas como sudoración, palpitations, náuseas, anorexia, convulsiones y ataxia, que muchas veces es difícil distinguir de una crisis de ansiedad. La intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia se relaciona con mayores dosis y duración del tratamiento, vida media más corta y mayor potencia. La dependencia psíquica es más frecuente en pacientes que asocian abuso de sustancias y

enfermedades psiquiátricas, por lo que forman parte de otra población de riesgo (Danza *et al.*, 2009).

A estas consecuencias deletéreas del uso irracional se suma una naturalización y falta de percepción de riesgo del uso de estos psicofármacos. Como ejemplo de ello, en un estudio que recoge datos de intoxicaciones entre 2010 y 2011 de la base de datos del Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, mostró que la mitad de los medicamentos implicados en las intoxicaciones eran psicofármacos y que alrededor de un tercio eran benzodiacepinas, principalmente clonazepam. En el estudio se destaca que una proporción importante (24 %) de las personas involucradas eran menores de 18 años. Cabe la pregunta, sabiendo que no hay indicaciones frecuentes de benzodiacepinas a estas edades (excepto como parte del tratamiento de algunas epilepsias), ¿por qué motivo estuvieron expuestos a ellas? Una respuesta posible es que el acceso domiciliario, accidental, involuntario, a ellas es factible (Domínguez *et al.*, 2015).

Desde esta mirada toxicológica, Antonio Pascale, en una carta al editor de la *Revista Médica del Uruguay* resalta, además, el aspecto de la automedicación con benzodiacepinas, agravado por la pandemia y el distanciamiento social asociado. El consumo de estos psicofármacos puede darse asociado o no a la ingesta de alcohol favorecido por este contexto, así como el consumo problemático de otras sustancias. Este perfil de consumo no solo predispone a riesgos por sus efectos adversos y toxicológicos, sino que puede agravar o descompensar otras patologías de la esfera psiquiátrica o situaciones vinculares violentas (Pascale, 2020).

El uso más allá de las doce semanas consignado en la mayoría de los prospectos de benzodiacepinas determina que existan muchos usos fuera de prospecto (*off label*). Se entiende por esto el uso de un medicamento por fuera de las indicaciones para el que fue aprobado o su uso de una forma diferente. No solo incluye la indicación, sino también el uso por fuera de la dosis, duración o, en un grupo de pacientes determinado (sobre todo población pediátrica, anciana o con contraindicaciones de uso). La aprobación para la comercialización depende de las agencias reguladoras de medicamentos, en nuestro país, a cargo del Ministerio de Salud Pública. El uso fuera de prospecto es una conducta frecuente en la medicina y no necesariamente negativa, si bien es un factor de riesgo para el uso irracional, la falta de beneficio y el aumento de efectos adversos. Los psicofármacos están entre los medicamentos en que se da con mayor *frecuencia* este tipo de prescripción, sobre todo de antipsicóticos y benzodiacepinas. Es más, más del 80 % de los diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders IV (DSM-IV) de la Academia Americana de Psiquiatría no tienen un medicamento aprobado por la Food and Drug Administration (FDA), que es la agencia regulatoria de medicamentos de Estados Unidos. Es posible que la pandemia haya potenciado también esta forma de uso fuera de prospecto de los medicamentos (Lücke *et al.*, 2018; Nina-Estrella, 2017; Shakeel *et al.*, 2021; Shojaei y Salari, 2020).

¿CÓMO ABORDAR LA DESPRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS?

Debe tenerse presente que retirar las benzodiazepinas en usuarios luego de tratamientos prolongados puede llevar desde cuatro semanas hasta más de un año. Hay varias pautas que pueden seguirse para conseguir una retirada apropiada de las benzodiacepinas, si bien es un proceso que puede ser muy difícil y no en todos los casos se logra el objetivo buscado. Es imprescindible individualizar cada caso, incorporar estrategias terapéuticas alternativas y complementarias y adecuarse a las situaciones de los pacientes. De todas formas, la principal medida debería ser preventiva: evitar la prescripción innecesaria (Artagaveytia *et al.*, 2018). En un estudio enfocado en prescriptores (médicos internistas y psiquiatras) se identificaron como principales problemas el tiempo de uso y el éxito (o fracaso) en la implementación de planes de retirada: el 87 % de los encuestados manifestó haberse enfrentado con alguna situación clínica que lo motivó a prescribir una benzodiacepina por más de 4 meses y 7 % lo hizo por años. Tanto psiquiatras como internistas consideraron un problema importante la discontinuación de benzodiacepinas, ya que la mayoría, en algún momento del tratamiento, lo intentó, pero solo un tercio lo pudo realizar con éxito, lo que muestra que la dependencia es un gran problema del uso de estos medicamentos (Pagano *et al.*, 2017). Si bien existen muchas estrategias sobre planes de retiro de benzodiacepinas, son de difícil implementación y aceptación y de baja probabilidad de éxito, como se explicitó, en parte por lo que implica la dependencia y porque son procesos muchas veces muy largos. Por tanto, la instrumentación de políticas de salud vinculadas a la deshabituación debe atender a la multidimensionalidad del problema (Sánchez Serrano *et al.*, 2015).

¿FALTAN RECOMENDACIONES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS?

Cabe la pregunta de por qué es tan frecuente que se dé un uso más allá del recomendado y, en todo caso, si es suficiente con que existan recomendaciones para favorecer un uso apropiado. En una recopilación de la normativa y de la existencia de guías para el uso racional de benzodiacepinas en varios países de América Latina, se evidenció que el 60 % tenía y el 30 % no, y Uruguay estaba dentro de que no tiene una recomendación nacional (Speranza Mourine *et al.*, 2022). Si bien desde la Unidad Académica de Farmacología y Terapéutica se hicieron recomendaciones, son institucionales y no tienen alcance nacional (Facultad de Medicina, hospital Vilardebó y Programa de Salud Mental, 2016). Si bien es posible que no alcance con que existan recomendaciones, sí es necesario que estas formen parte de una política de salud pública nacional como primer paso para poder contribuir a un uso menos riesgoso, sobre todo en el inicio de nuevas prescripciones (considerando, además, que estas han sido adecuadamente analizadas y que serán monitorizadas de la misma manera por los y las prescriptoras). Por otro lado, es necesario fortalecer todas las estrategias para que el acceso a las benzodiacepinas sea por los canales apropiados dentro del sistema de salud y que con ello se evite la autoprescripción y la exposición innecesaria.

A MODO DE CIERRE

Conocer y caracterizar el uso de los medicamentos y contar con estrategias (educativas, normativas) para un uso racional y seguro son elementos clave para pensar en cómo mejorar la prescripción de las benzodiacepinas y otros psicofármacos. La pandemia y todas las situaciones de mayor vulnerabilidad que esta visibilizó solo sirven de ejemplo reforzador de la importancia de contar con todos estos insumos para una prescripción racional y segura. Las situaciones de más incertidumbre y vulnerabilidad, como la pandemia, deben ser momentos de especial cuidado en la selección y prescripción de medicamentos, pero, sobre todo, en la monitorización y seguimiento de los tratamientos. Los datos publicados por la Unidad Académica de Farmacología y Terapéutica sobre consumo de benzodiacepinas en dos períodos prepandemia, que muestran un problema de salud

pública a escala nacional y en comparación con otros países del mundo que generan información similar.

Este tipo de estudios de consumo no analizan causas ni consecuencias de los efectos de un problema de esta magnitud, pero sí ponen en evidencia de un modo fáctico que la exposición de la sociedad a las benzodiacepinas es alta. Lo mismo se pudo evidenciar en un estudio que midió el efecto de este grupo como causa de intoxicaciones. Cabe preguntarse también si la naturalización del uso y la falta de percepción de riesgo en toda la sociedad, incluidos los profesionales de la salud, son factores determinantes del uso masivo e irracional de este y otro grupo de psicofármacos. En este escenario, ¿qué contribución tuvo la pandemia a un hecho ya de por sí magnífico? Un factor más de riesgo de mal uso, conocido desde antes de la pandemia, pero que sin dudas se acrecentó durante esta, fue el uso de medicamentos fuera de prospecto, es decir, por fuera de las indicaciones para las cuales están aprobadas en el país. No solo los problemas de acceso, sino todas las sensaciones de vulnerabilidad e incertidumbre vividas durante el período pueden haber contribuido a este problema. Se requiere de abordajes inter y transdisciplinarios que pongan el tema sobre la mesa para caracterizar adecuadamente el problema al que estamos expuestos. Un mejor uso implica conocer nuestra realidad, entender los factores confluientes de cada uno de los actores de la cadena del medicamento para que se genere uso inapropiado, estrategias de educación y regulación de la prescripción más claras, recomendaciones nacionales, mejores sistemas de prescripción en sistemas sanitarios más sanos y centrados en los y las pacientes, comunicación adecuada de los riesgos, de lo que sí se sabe y lo que no con el uso crónico y *offlabel* de psicofármacos, entre los principales aspectos. Una sociedad medicalizada y medicamentalizada, con la prevalencia de enfermedades mentales y tasas de suicidio reportadas, difícilmente pueda comenzar a solucionar estos temas sin un abordaje inter y transdisciplinario en el que los medicamentos y su forma de uso ocupan un lugar importante (por su peso relativo actual). Desde esta disciplina, proponemos que el uso sea racional, es decir, utilizado (prescrito) solo cuando se precisa y a partir de las mejores pruebas y experiencia disponibles, al mínimo riesgo y costo posible para el paciente y la sociedad.

REFERENCIAS

ARTAGAVEYTIA, P., GOYRET, A., y TAMOSIUNAS, G. (2018). Desafío terapéutico: Desprescripción de benzodiazepinas. *Boletín Farmacológico*, 9(1). Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18378/1/desafio_terapeutico.pdf

BARBOZA, L., ARTAGAVEYTIA, P., SPERANZA, N., DOMÍNGUEZ, V., y TAMOSIUNAS, G. (2022). Segundo estudio de consumo de benzodiazepinas en una población uruguaya (2014-2018). *Revista Médica del Uruguay*, 38(2). <https://doi.org/10.29193/RMU.38.2.2>

CATENACCIO, V., SOSA, V., LÓPEZ, M., DANZA, Á., SPERANZA, N., y TAMOSIUNAS, G. (2011). Promoviendo una prescripción racional de las benzodiacepinas. *Boletín Farmacológico*, 2(4). Recuperado de https://www.boletinfarmacologia.hc.edu.uy/images/2011-4/Promoviendo_una_prescripcin_racional.pdf

DANZA, Á., CRISTIANI, F., y TAMOSIUNAS, G. (2009). Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas: Benzodiazepine-related risks. *Archivos de Medicina Interna*, 31(4), 103-108.

DANZA, Á., RODRÍGUEZ BRANCO, M., LÓPEZ PAMPÍN, M., AGORIO, D., CALERI, A., PATIÑO, I.,... CASAL, M., y DÍAZ, L. (2015). Benzodiazepinas y fractura de cadera: Estudio de casos y controles. *Revista Médica del Uruguay*, 31(2), 120-127. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000200006

DEL FIOL, F. DE S., BERGAMASCHI, C. DE C., LOPES, L. C., SILVA, M. T., y BARBERATO-FILHO, S. (2023). Sales trends of psychotropic drugs in the COVID-19 pandemic: A national database study in Brazil. *Frontiers in Pharmacology*, 14, 1131357. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1131357>

DIEZ, S., VALDÉS, M., VARELA, C., FERNANDEZ-MARTINEZ, P., SUÁREZ-GIL, P., y RODRÍGUEZ, Y. (2022). Impacto del confinamiento por COVID-19 en la prescripción de benzodiacepinas. *Atención Primaria*, 55, 102552. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102552>

DOMÍNGUEZ, V., COLLARES, M., ORMAECHEA, G., y TAMOSIUNAS, G. (2016). Uso racional de benzodiacepinas: Hacia una mejor prescripción. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 1(3), 14-24.

DOMÍNGUEZ, V., TORTORELLA, M. N., SPERANZA, N., AMIGO, C., LABORDE, A., GOYRET, A., y TAMOSIUNAS, G. (2015). Perfil epidemiológico de las intoxicaciones por benzodiazepinas recibidas en el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico uruguayo en el período 2010-2011. *Revista Médica del Uruguay*, 31(1), 32-38. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100005

ESCALANTE SAAVEDRA, P. A., GALATO, D., DE SOUZA SILVA, C. M., RODRIGUES DA SILVA, I. C., y DA SILVA, E. V. (2022). Dispensing of psychotropic drugs in the Brazilian capital city before and during the COVID-19 pandemic (2018-2020). *Frontiers in Pharmacology*, 13. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2022.1028233>

HIRSCHTRITT, M. E., OLFSON, M., y KROENKE, K. (2021). Balancing the Risks and Benefits of Benzodiazepines. *JAMA*, 325(4), 347-348. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.22106>

JUFE, G. (2001). Ansiolíticos e hipnóticos. En *Psicofarmacología práctica* (pp. 119-169). Buenos Aires: Polemos S. A.

LAPORTE, J., y TOGNONI, G. (2007). *Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia*. Barcelona: Masson Salvat. Recuperado de <https://bvs.minsa.gob.pe/local/contenido/5587.PDF>

LÜCKE, C., GSCHOSSMANN, J. M., GRÖMER, T. W., MOELLER, S., SCHNEIDER, C. E., ZIKIDI, A.,... y MÜLLER, H. H. O. (2018). Off-label prescription of psychiatric drugs by non-psychiatrist physicians in three general hospitals in Germany. *Annals of General Psychiatry*, 17(7). <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0176-4>

NINA-ESTRELLA, R. (2017). Update on Dementia. Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. DSM-IV versus DSM-V. En *Psychiatry and Neuroscience Update* (pp. 477-493). Berlín: Springer.

PAGANO, E., MARTÍNEZ, E., SPERANZA, N., y TAMOSIUNAS, G. (2017). Caracterización de la prescripción de benzodiazepinas. *Boletín Farmacológico*, 8(2). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/11047>

PASCALE, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica del Uruguay*, 36(3). Recuperado de <https://www2.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/566>

FACULTAD DE MEDICINA, HOSPITAL VILARDEBÓ Y PROGRAMA DE SALUD MENTAL (2016). *Recomendaciones prácticas para la prescripción de benzodiazepinas en Uruguay*. Recuperado de https://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/Recomendaciones_para_el_uso_de_benzodiazepinas_en_UY.pdf

SALARI, N., HOSSEINIAN-FAR, A., JALALI, R., VAISI-RAYGANI, A., RASOULPOOR, S., MOHAMMADI, M.,... y KHALEDI-PAVEH, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

SANBORN, M., ALI, M. M., y CREEDON, T. B. (2023). National trends in psychotropic medication prescribing before and during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 325, 115248. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115248>

SÁNCHEZ SERRANO, J., GONZÁLEZ ZARCA, M., y MUÑOZ CARRERAS, M. (2015). Deprescripción en el paciente polimedicado. *Boletín Farmacoterapéutica de Castilla-La Mancha*, 16(3). Recuperado de https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/boletin_3_2015.pdf

SHAKEEL, S., NESAR, S., REHMAN, H., JAMIL, K., MALICK, I. A., MUSTAFA, M. S., y JAMSHEDE, S. (2021). Patterns and Predictors of Off-Label Drug Prescribing in Psychiatric Practice: A Qualitative Study. *Pharmacy*, 9(4), 203. <https://doi.org/10.3390/pharmacy9040203>

SHOJAEI, A., y SALARI, P. (2020). COVID-19 and off label use of drugs: An ethical viewpoint. *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, 28(2), 789-793. <https://doi.org/10.1007/s40199-020-00351-y>

SPERANZA MOURINE, N., VIROGA ESPINO, S., NAEKO UEMA, S. A., PIMENTEL MONTERO, F., CALVO BARBADO, D. M., CAÑÁS, M., ALDUNATE, M. F., RAMÍREZ CAMACHO, M. A.,... y ESCALANTE SAAVEDRA, P. A. (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). <https://doi.org/10.29193/rmu.38.2.1>

SPERANZA, N., DOMÍNGUEZ, V., PAGANO, E., ARTAGAVEYTIA, P., OLMO, I., TOLEDO, M., y TAMOSIUNAS, G. (2015). Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: Un posible problema de salud pública. *Revista Médica del Uruguay*, 31(2), 112-119. Recuperado de <http://www2.rmu.org.uojsrmu311/index.php/rmu/article/view/213>

UTHAYAKUMAR, S., TADROUS, M., VIGOD, S. N., KITCHEN, S. A., y GOMES, T. (2022). The effects of COVID-19 on the dispensing rates of antidepressants and benzodiazepines in Canada. *Depression and Anxiety*, 39(2), 156-162. <https://doi.org/10.1002/da.23228>

AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (2019, octubre 11). *Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España*. Recuperado de <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>

WOLFSCHLAG, M., GRUDET, C., y HÅKANSSON, A. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on the General Mental Health in Sweden: No Observed Changes in the Dispensed Amount of Common Psychotropic Medications in the Region of Scania. *Frontiers in Psychiatry*, 12. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyg.2021.731297/full>

CAPÍTULO 6

EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN POBLACIÓN DE SALUD PÚBLICA DE MONTEVIDEO, 2018-2022, PANDEMIA MEDIANTE

CARLOS GONZALO GIRALDEZ GARCÍA³

LA COVID-19 Y SUS IMPLICANCIAS EN LA SALUD MENTAL Y EN EL USO DE PSICOFÁRMACOS

En ese devenir que trajo consigo una inesperada pandemia y desde ese lugar, se profundizó el diálogo de ciertas dimensiones, como la salud mental y el consumo de psicofármacos. En cuanto a la salud mental, ya en 2013 la OMS advertía sobre un deterioro global, para lo que consideraba aspectos como el área geográfica, los niveles de desarrollo, los recursos asignados y la disponibilidad de medicamentos para tratamiento. Propuso, a partir de ello, un plan para el período 2013-2020, en que la depresión, la ansiedad, el suicidio, los desplazamientos por guerras y catástrofes, el consumo y los trastornos mentales eran algunas de las problemáticas que, en función de modos de vida, posibilidades, sistemas económicos y dinámicas cotidianas, requerían de un abordaje urgente («Cada 40 segundos...», 2017; OMS, 2019; Calvo Soto, 2020; Goldstein, 2022). En ese sentido, distintos estudios señalan que la pandemia trajo consigo consecuencias psicológicas múltiples que van desde síntomas aislados hasta trastornos complejos, como estrés, miedo, ira, frustración, trastornos de ansiedad, trastornos de estrés postraumático, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y violencia, entre otros (Ferrer, 2020; Sandín *et al.*, 2020 y Riaz *et al.*, 2021 en Morfín López, 2021; Martínez Gómez *et al.*, (2020 y Mazza *et al.*, 2020).

Según Sarangi *et al.* (en García Diez, 2022), varios sondeos en Estados Unidos y Europa al inicio de la pandemia registraron tasas más altas de síntomas depresivos, de estrés y de ansiedad en comparación con años anteriores. Aspectos como el nivel socioeconómico, la edad, el sexo,

estilo y hábitos de vida se encontraron como parte de los factores que, según contextos, medidas implementadas y posibilidades de respuesta de los grupos poblacionales influían en un sentido u otro sobre la salud mental de las personas mientras transcurría la pandemia (Xiong *et al.*, 2020 y Yamamoto *et al.*, 2020). En lo que refiere a psicofármacos, distintos estudios llevados a cabo antes de la pandemia, tanto en lo internacional, regional y nacional, señalaban un aumento en la prescripción y consumo de psicofármacos, más precisamente en dos grupos: antidepresivos (ATD) (Ilyas y Moncrieff, 2012; AEM, 2015; Morkem *et al.*, 2015; Jirón *et al.*, 2008; Texeira *et al.*, 2015; Observatorio Uruguayo de Drogas [OUD], 2019; Pagano *et al.*, 2021; y Sempere Verdú *et al.*, 2014) y benzodiacepinas (BDZ) (Speranza *et al.*, 2015; González Gómez *et al.*, 2017; OND, 2019; Sempere Verdú *et al.*, 2014, Barboza *et al.*, 2022 y García Diez, 2022). Es necesario mencionar que para abordar las variaciones en el consumo de medicamentos se utiliza por lo general el indicador DHD (dosis por cada 1000 habitantes por día de un medicamento en un espacio geográfico dado o en poblaciones específicas). La cuestión se traslada, entonces, a ¿cómo la pandemia de COVID-19 pudo haber afectado dichas tendencias de prescripción y consumo en ambos grupos farmacológicos? Al respecto, García Diez (2022) considera que el deterioro de la salud mental de la población producto de la pandemia podría suponer que las tasas de dispensación de ATD y BDZ hubiesen aumentado. En ello, reconocer qué factores y de qué manera pudieron haber contribuido o no en la variación del consumo en este período es esencial a la vez que complejo. Se trata de un ejercicio nada sencillo que debería trascender y superar lo meramente cuantitativo y así lograr una comprensión más integral de la cuestión.

CONTEXTO

El presente trabajo comprendió la esfera de la salud pública en la ciudad de Montevideo, capital del Uruguay. A diciembre de 2018, según la Administración de Salud de Servicios del Estado (ASSE), más de 1,3 millones de usuarios estaban afiliados en ese sector, lo que representaba aproximadamente un 37 % de la población del país (ASSE, 2018). Presente en todo el territorio y con una atención según niveles, regiones y áreas asistenciales (826 servicios en el primer nivel; un segundo y tercer nivel con 28 y 11 hospitales, respectivamente, y 47 equipos comunitarios de salud

mental, entre otras prestaciones), se constituía como el mayor prestador de servicios de salud del país (ASSE, 2019; INE, 2020; Romano *et al.*, 2018).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Siendo una investigación de tipo exploratoria-descriptiva con diseño cuantitativo, el foco de este capítulo estará puesto en describir y analizar el consumo de ATD y BDZ, entre 2018 y 2022, en la población mayor de catorce años, usuaria de salud pública en Montevideo. Para ello se mencionarán resultados referidos a tres instancias del estudio:

1. variación de la población usuaria de salud pública de Montevideo en los cinco años de estudio;
2. variación del consumo según fármaco y grupos farmacológicos ATD y BDZ en dicho período, y
3. variación del consumo según ATD y BDZ en función del sexo.

La información estudiada fue solicitada a ASSE por medio de su Unidad de Transparencia en 2023.

Para determinar la variación del consumo se usó el indicador DHD ya mencionado:

$$N.º\ DHD = (n.º\ DDD / (365 * PR)) * 1000,$$

donde DDD es la dosis diaria definida, 365 son los días del año y PR es población de referencia, en este caso el número de afiliados de salud pública mayores a 14 años de la ciudad de Montevideo al final de cada año del período. En ese sentido, la DDD refiere a la dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento cuando se utiliza como indicación principal, por una vía de administración determinada según la OMS, resultados de investigación y estándares en adultos (tabla 1).

Tabla 1. DOSIS MEDIA DIARIA DE MANTENIMIENTO según fármaco

Grupo farmacológico (Vía oral)	Principio activo	DDD_mg
BDZ	Alprazolam	1
ATD	Amitriptilina	75
BDZ	Bromazepam	10
ATD	Bupropion	300
ATD	Citalopram	20
BDZ	Clobazam	20
ATD	Clomipramina	100
BDZ	Clonazepam	8
BDZ	Diazepam	10
ATD	Duloxetina	60
ATD	Escitalopram	10
BDZ	Flunitrazepam	1
ATD	Fluoxetina	20
ATD	Fluvoxamina	100
ATD	Imipramina	100
BDZ	Lorazepam	2,5
BDZ	Midazolam	15
ATD	Mirtazapina	30
ATD	Paroxetina	20
ATD	Sertralina	50
ATD	Venlafaxina	100

Fuente: ATT/DDD Index 2025.

El tratamiento de la información se realizó a partir de la construcción de matrices de datos, y se representa en tablas, barras simples y compuestas, y por medio de series temporales.

RESULTADOS

En cuanto a la población usuaria de ASSE mayor de catorce años en Montevideo, se observó un aumento entre 2018 y 2022 de 45.930 usuarios (15,9 %), dado por un 63,9 % (29.338) de hombres y un 36,1 % (16.592) de mujeres. A su vez, cotejar la variación porcentual de usuarios de cada año con el año anterior permitió identificar un crecimiento constante desde 2018 hasta 2021 y un retroceso en 2022. Las sugerencias gubernamentales de restricción a la movilidad hicieron que la actividad cayera significativamente, con una consecuente pérdida de empleo, lo que podría haber contribuido en el ingreso de nuevos afiliados en dicho sector sanitario público, pero que, a partir de la reducción de las medidas adoptadas, también podría haber contribuido en la disminución de usuarios, situación observada en 2022 respecto a 2021. Asimismo, la distribución de usuarios según sexo se inclina en favor de las mujeres en todos los años tratados, si bien la brecha se reduce hacia el final del período de estudio, que pasa de 6,4 puntos a 1,8 (tabla 2 y figura 1).

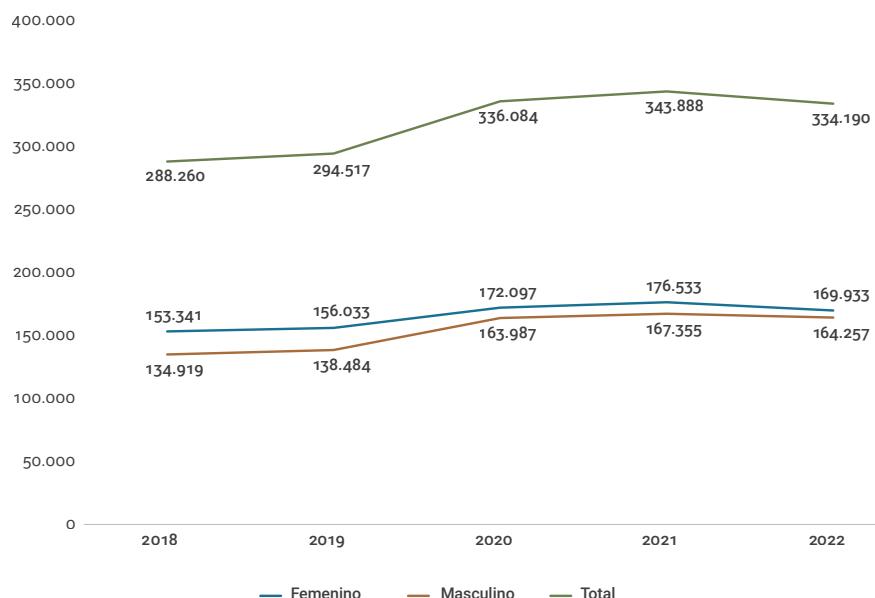
Tabla 2. Usuarios de Salud Pública mayores de 14 años en Montevideo, 2018-2022

103

Año	Femenino		Masculino		Total				
	Usuarios	Var % sobre 2018	Var % sobre cada año	Usuarios	Var % sobre 2018	Var % sobre cada año	Usuarios	Var % sobre 2018	Var % sobre cada año
2018	153.341 (53,2 %)	-	-	134.919 (46,8 %)	-	-	288.260 (100 %)	-	-
2019	156.033 (53 %)	+1,8	+1,8	138.484 (47 %)	+2,6	+2,6	294.517 (100 %)	+2,2	+2,2
2020	172.097 (51,2 %)	+12,2	+10,3	163.987 (48,8 %)	+21,5	+18,4	336.084 (100 %)	+16,6	+14,1
2021	176.533 (51,3 %)	+15,1	+2,6	167.355 (48,7 %)	+24	+2,1	343.888 (100 %)	+19,3	+2,3
2022	169.933 (50,8 %)	+10,8	-3,7	164.257 (49,2 %)	+21,7	-1,9	334.190 (100 %)	+15,9	-2,8
	+16.592			+29.338			+45.930		

Fuente: elaboración propia a partir de información aportada por ASSE.

Figura 1. Usuarios de salud pública mayores de 14 años en Montevideo, 2018-2022



Fuente: elaboración propia a partir de información aportada por ASSE.

Por otra parte, la información aportada por ASSE permitió determinar la variación del consumo según fármaco y grupo farmacológico ATD y BDZ, a partir de la DDD y el indicador DHD (tabla 3 y figura 2).

Tabla 3. Consumo de psicofármacos en población de salud pública mayores de 14 años de Montevideo, según DHD, 2018-2022

GF	PRINCIPIO ACTIVO	DDD 2018	DHD 2018	% DHD 2018	DDD 2019	DHD 2019	% DHD 2019	DDD 2020	DHD 2020	% DHD 2020	DDD 2021	DHD 2021	% DHD 2021	DDD 2022	DHD 2022	% DHD 2022
BDZ	Alprazolam	3096533	29,43	13,9	3099030	28,8	13,5	3096190	25,2	13,9	3288292	26,2	13,8	3468657	28,4	14,1
ATD	Amitriptilina	153765,3	1,46	0,7	160813,3	1,5	0,7	130881	1,1	0,6	180846	1,4	0,8	193788	1,6	0,8
BDZ	Bromazepam	799112,4	7,6	3,6	758332,8	7,1	3,3	713718,6	5,8	3,2	669165	5,3	2,8	624505,8	5,1	2,5
ATD	Buproprion	17670,5	0,17	0,1	21372	0,2	0,1	24336	0,2	0,1	23789	0,2	0,1	22736	0,2	0,1
ATD	Citalopram	45403	0,43	0,2	41949	0,4	0,2	43726	0,4	0,2	31953	0,3	0,1	25846	0,2	0,1
BDZ	Clobazam	1790	0,02	0,0	2150,5	0	0,0	2930,5	0	0,0	3610	0	0,0	2860	0	0,0
ATD	Clomipramina	13033,5	0,12	0,1	10654,5	0,1	0,0	10106,3	0,1	0,0	9718,5	0,1	0,0	8070	0,1	0,0
BDZ	Clonazepam	1269467,1	12,07	5,7	1292917,9	12	5,6	1323865	10,8	5,9	1470643,8	11,7	6,2	1565681	12,8	6,4
BDZ	Diazepam	2805153	26,66	12,6	2712481	25,2	11,8	2531109	20,6	11,3	2547425	20,3	10,7	2453862	20,1	10,0
ATD	Duloxetina	1856	0,02	0,0	2927	0	0,0	4813	0	0,0	10414	0,1	0,0	20289	0,2	0,1
ATD	Escitalopram	2132029	20,26	9,6	2558365	23,8	11,1	2539881	20,7	11,4	2934113	23,4	12,3	3194486	26,2	13,0
BDZ	Flunitrazepam	4862250	46,21	21,9	5223222	48,6	22,8	4997026	40,7	22,4	5291774	42,2	22,2	5389330	44,2	21,9
ATD	Fluoxetina	841801	8	3,8	786186	7,3	3,4	770418	6,3	3,4	822025	6,5	3,5	792652	6,5	3,2
ATD	Fluvoxamina	217251	2,06	1,0	206269	1,9	0,9	199261	1,6	0,9	192365	1,5	0,8	205559	1,7	0,8
ATD	Imipramina	2157,5	0,02	0,0	1990	0	0,0	1265	0	0,0	870	0	0,0	935	0	0,0
BDZ	Lorazepam	1034868	9,84	4,7	1003768,8	9,3	4,4	984736	8	4,4	992728,8	7,9	4,2	1022340,8	8,4	4,2
BDZ	Midazolam	3782	0,04	0,0	4136	0	0,0	3147	0	0,0	2521	0	0,0	4040	0	0,0
ATD	Mirtazapina	0	0	0,0	150	0	0,0	120	0	0,0	120	0	0,0	360	0	0,0
ATD	Paroxetina	154769	1,47	0,7	203775	1,9	0,9	239458	2	1,1	310271	2,5	1,3	352314	2,9	1,4
ATD	Sertralina	4049344	38,49	18,2	4049615	37,7	17,6	3910544	31,9	17,5	4158714	33,1	17,5	4319921	35,4	17,6
ATD	Venlafaxina	742370,25	7,06	3,3	808183,5	7,5	3,5	815244,8	6,6	3,6	849612,8	6,8	3,6	917942,3	7,5	3,7
Total general		22244399,61	211,42	100,0	22948288,3	213,5	100,0	22342776,1	182,1	100,0	23790970,8	189,5	100,0	24586174,9	201,6	100,0

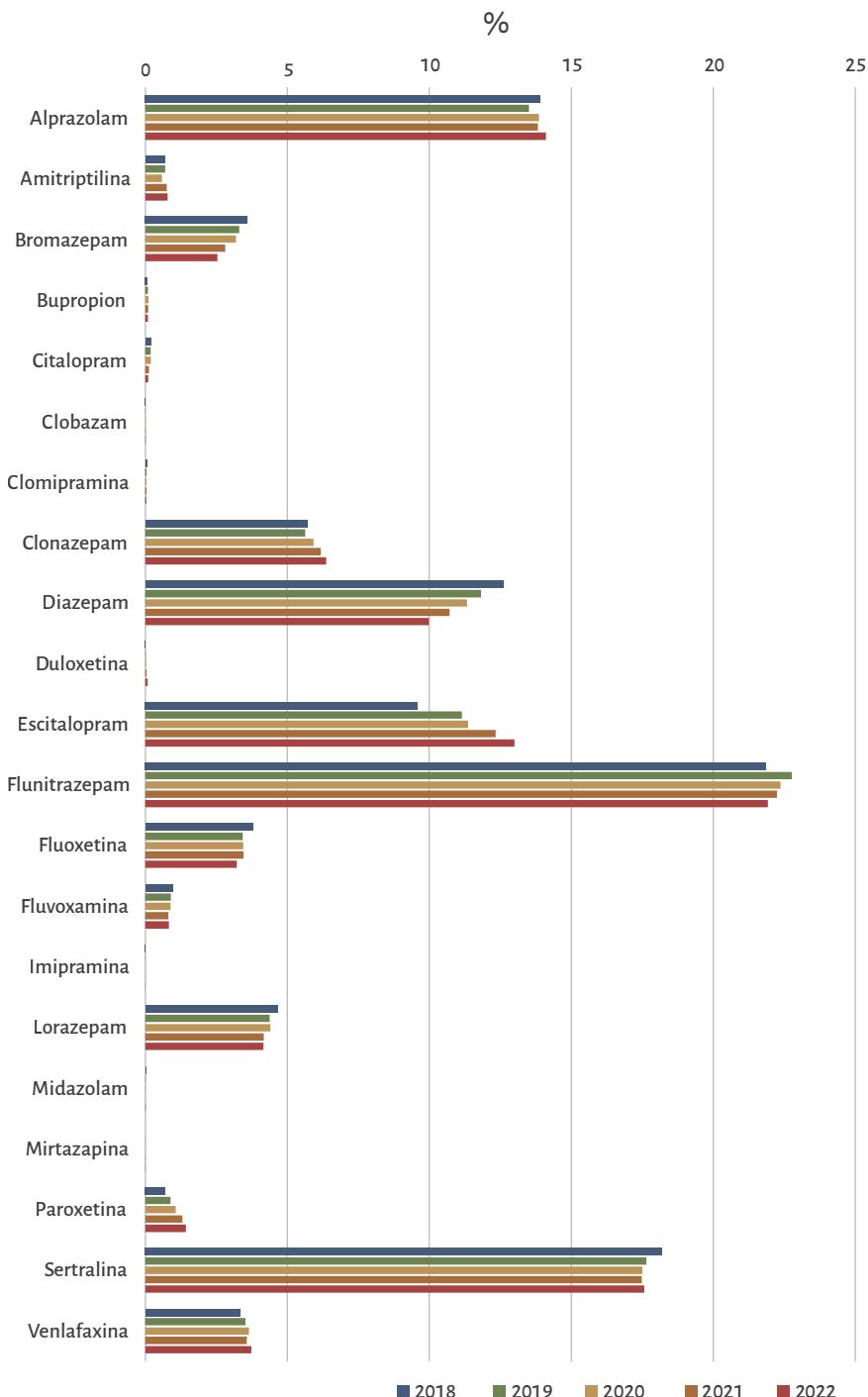
Fuente: elaboración propia a partir de información aportada por ASSE

Al considerar la variación del consumo en términos de DHD total por año, se observó un aumento hasta 2019, que cayó en 2020 y se recupera desde 2021 sin llegar en 2022 a los valores prepandemia (211,42 en 2018; 213,48 en 2019; 182,14 en 2020; 189,54 en 2021, y 201,56 en 2022), lo cual señala que, iniciada la pandemia y hasta 2022, el consumo disminuyó en términos de DHD. Al considerar 2022 en función de 2018, se observó una disminución del 4,6 %.

En cuanto a los psicofármacos, flunitrazepam (BDZ, promedio 22,2 %) y sertralina (ATD, promedio 17,7 %), fueron los más consumidos en el período considerado. En un segundo nivel de dispensación según porcentaje de DHD por año, alprazolam (BDZ), escitalopram (ATD), y diazepam (BDZ) conformaron un grupo de tres psicofármacos con valores porcentuales superiores al 10 % (13,8 %, 11,5 % y 11,3 %, respectivamente), con dinámicas propias: alprazolam mantuvo su tendencia con una oscilación menor (13,9 % en 2018 y 14,1 % en 2022), escitalopram pasó de 9,6 % en 2018 a 13 % en 2022 y diazepam, que presentó un decrecimiento mayor a dos puntos, pasó de 12,6 % a 10 % al considerar el inicio y el final del período. Otra situación refiere a paroxetina (ATD), cuyo promedio porcentual para el quinquenio fue de 1,1 % según DHD, pero cuya presencia relativa se duplicó su presencia relativa, al pasar de 0,7 % en 2018 a 1,4 % en 2022 (figura 2).

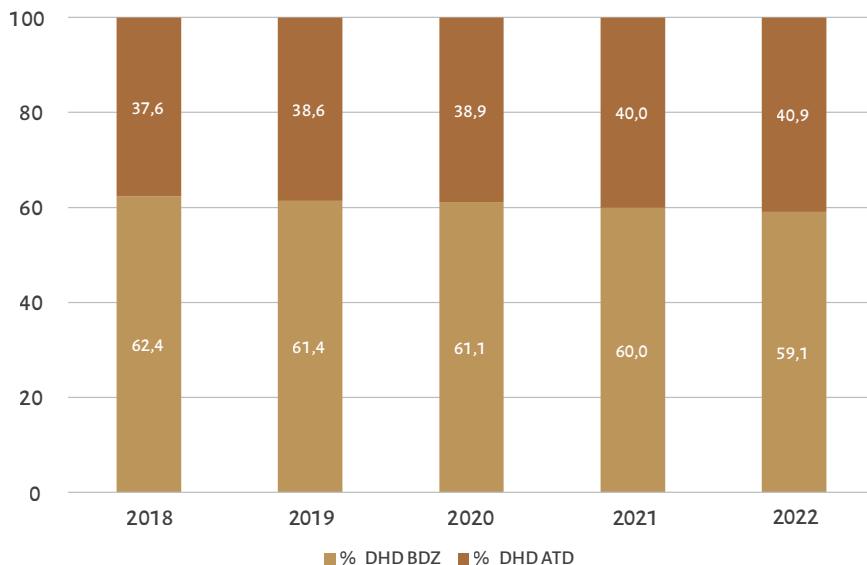
Al considerar el porcentaje de DHD por año según grupo farmacológico ATD y BDZ, pudo observarse hacia 2022 un aumento de los ATD y una disminución de las BDZ (en torno al 60 % en BDZ y 40 % en ATD, $\pm 2,5$) (figura 3).

Figura 2. Fármaco según porcentaje de DHD, 2018-2022



Fuente: elaboración propia.

Figura 3. BDZ y ATD según porcentaje de DHD, 2018-2022



108

Fuente: elaboración propia.

En el mismo sentido, y tomando 2018 y 2022 como referencia, se observó que las BDZ decrecieron en un 9,6 % y los ATD aumentaron un 3,6 % (tabla 4).

Tabla 4. BDZ y ATD según porcentaje de DHD, 2018-2022

Año	2018	2019	2020	2021	2022	Var % 2022-2018
DHD BDZ	131,85 (62,37 %)	131,13 (61,43 %)	111,30 (61,11 %)	113,66 (59,96 %)	119,13 (59,1 %)	-9,6 %
DHD ATD	79,57 (37,63 %)	82,35 (38,57 %)	70,84 (38,89 %)	75,88 (40,04 %)	82,43 (40,9 %)	+3,6 %
DHD Total	211,42 (100 %)	213,48 (100 %)	182,14 (100 %)	189,54 (100 %)	201,56 (100 %)	-4,7 %

Fuente: elaboración propia.

La evolución del indicador DHD según ATD y BDZ permitió observar también una reducción en cada caso hacia 2020 superior al 10 %, que bien se podría explicar por dos aspectos vinculados: el efecto pandemia y la reducción de la movilidad por el riesgo de contraer la enfermedad y/o el aumento de la población usuaria, lo que, en una mirada inicial y simplificada, devendría en un aumento del denominador poblacional, que tiene incidencia directa sobre el valor del indicador DHD (tabla 5).

Tabla 5. Variación anual de la DHD según ATD y BDZ, 2018-2022

	BDZ			ATD			Total		
	DHD	Var % sobre 2018	Var cada año	DHD	Var % sobre 2018	Var cada año	DHD	Var % sobre 2018	Var cada año
2018	131,85 (62,37 %)	-	-	79,57 (37,63 %)			211,42 (100 %)		
2019	131,13 (61,43 %)	-0,5	-0,5	82,35 (38,57 %)	+3,5	+3,5	213,48 (100 %)	+0,97	+0,97
2020	111,3 (61,11 %)	-15,6	-15,1	70,84 (38,89 %)	-11	-14	182,14 (100 %)	-13,8	-14,7
2021	113,66 (59,96 %)	-13,8	+2,1	75,88 (40,04 %)	-4,6	+7,1	189,54 (100 %)	-10,3	+4,1
2022	119,13 (59,1 %)	-9,6	+4,8	82,43 (40,9 %)	+3,6	+8,6	201,56 (100 %)	-4,7	+6,3

Fuente: elaboración propia.

También se observó que los valores en términos de DHD total, ATD y BDZ aumentaron superado el 2020 hacia el final del período. No obstante, cabe señalar que si bien para el DHD total y BDZ los valores en 2022 fueron menores que en 2018 (prepandemia), en ATD son mayores. A su vez, tomando en consideración los veintiún psicofármacos registrados según porcentaje de DHD (8 BDZ y 13 ATD), de los siete más dispensados, cinco fueron BDZ. Por último, la evolución del consumo según sexo en el período de estudio dejó entrever valores de DHD sensiblemente mayores en mujeres que en hombres. Teniendo en cuenta que el DHD total al final del período presentó un valor 4,6 % por debajo del observado en 2018, esta disminución se acentuó en hombres (8,4 %), mientras que en mujeres el valor de DHD en 2022 fue casi el mismo que en 2018 (-0,7 %), con evoluciones similares en

terminos de suba o baja, pero no en cuanto a valores absolutos o relativos (tabla 6).

Tabla 6. Variación de la DHD según sexo, 2018-2022

DHD según sexo / año	2018	2019	2020	2021	2022	Var % 2022-2018
Femenino	287,65	290,66	256,31	266,32	285,54	(-0,7 %)
Masculino	157,83	159,28	131,51	136,84	144,53	(-8,4 %)
DHD general	211,40	213,50	182,10	189,50	201,60	(-4,6 %)

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la evolución del consumo según sexo en función de ATD y BDZ, comparando 2022 y 2018, se constató una disminución del DHD en hombres, tanto para el dato agrupado como discriminado por grupo farmacológico, acentuándose esta reducción en BDZ (-11,7 %). En mujeres, en tanto, se observaron tres comportamientos: reducción del DHD para BDZ; aumento en ATD casi en 8 puntos, lo que no se alinea con la tendencia general, y un valor similar en el agrupado mencionado antes (-0,7 %). No obstante, al considerar año con año también aquí existe una baja en todos los casos hacia 2020 que incrementa luego (tabla 7).

110

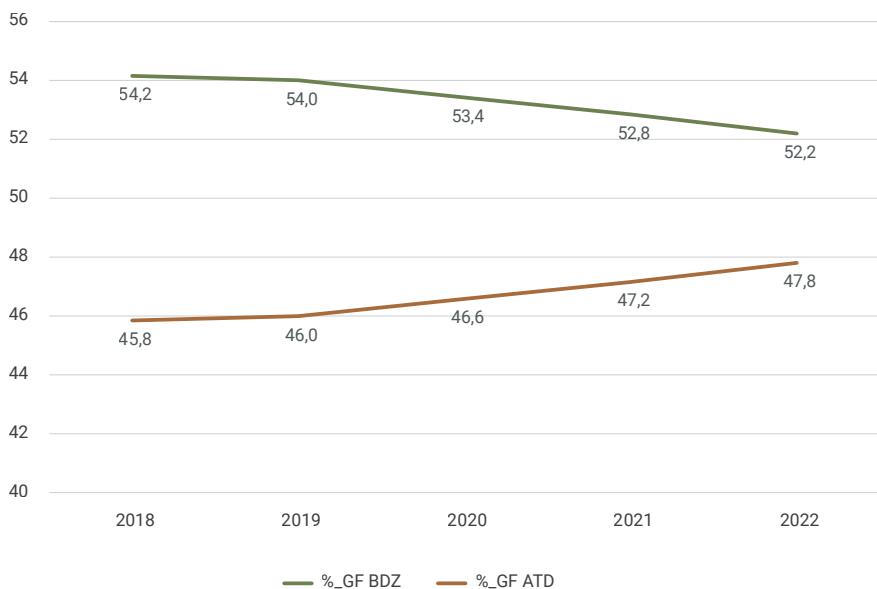
Tabla 7. DHD según sexo en función de ATD y BDZ, 2018-2022

		2018	2019	2020	2021	2022	Var % 2022-2018
Masculino	DHD BDZ	85,46	86,01	70,26	72,32	75,43	-11,7
	DHD ATD	72,36	73,27	61,26	64,52	69,09	-4,5
	Total DHD	157,83	159,28	131,51	136,84	144,53	-8,4
	Población	134.919	138.484	163.987	167.355	164.257	
Femenino	DHD BDZ	172,67	171,17	150,40	152,85	161,36	-6,6
	DHD ATD	114,98	119,49	105,91	113,47	124,18	+ 8,0
	Total DHD	287,65	290,66	256,31	266,32	285,54	-0,7
	Población	153.341	156.033	172.097	176.533	169.933	

Fuente: elaboración propia.

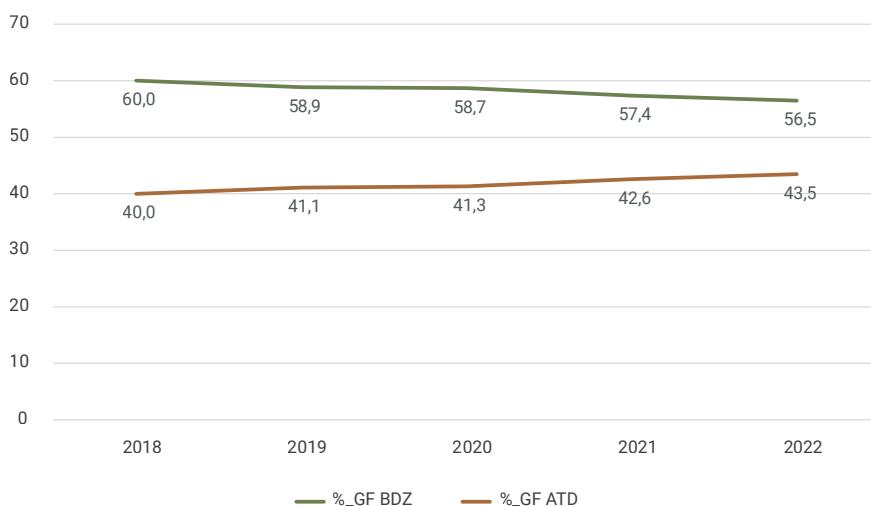
Lo anterior se puede representar en términos de la evolución del porcentaje de DHD según sexo en función del grupo farmacológico para cada año. Tanto en hombres como en mujeres se observa una reducción del peso relativo de las BDZ y un aumento de los ATD (figuras 4 y 5).

Figura 4. Porcentaje de DHD masculino en función de ATD y BDZ, 2018-2022



Fuente: elaboración propia.

Figura 5. Porcentaje de DHD femenino en función de ATD y BDZ, 2018-2022



Fuente: elaboración propia.

EN DIÁLOGO SOBRE LO OBSERVADO

Respecto a la información disponible, cabe señalar que, en un principio, el abordaje pretendía analizar la evolución del consumo de psicofármacos (ATD y BDZ) en población mayor a catorce años de salud pública de Montevideo, entre 2018 y 2022, en función del primer nivel de atención en centros de salud y el ámbito hospitalario. Ciertas limitaciones en la información recabada determinaron que el nivel de detalle y observación quedara asignado a la población general según sexo, fármaco y grupo farmacológico, sin que se pudiera observar desde la mencionada discriminación. Lo anterior también influyó en la posibilidad de realizar una lectura geográfica de la cuestión según áreas asistenciales de los centros de salud de Montevideo, por ejemplo. Por último, no contar, a su vez, con la información discriminada por mes impidió que se pudiera observar la evolución del consumo de psicofármacos en el período de estudio en función de la evolución de casos de COVID-19, lo que hubiese significado un nivel de comprensión más integral de la problemática abordada.

Como señalan García Diez *et al.* (2022) sobre las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas y que ello podría ser causal en que las tasas de dispensación de ATD y BDZ pudieron haber aumentado, emergen algunas preguntas al respecto: ¿de qué forma pudo haberse dado ese comportamiento en los distintos contextos nacionales?, ¿de qué manera las diferentes realidades locales pudieron haber contribuido en ello?, ¿cuánto es posible conocer de acuerdo a la información disponible?, ¿de qué manera los sistemas sanitarios locales abordaron la incipiente coyuntura pandémica? y, ¿si esa dinámica se manifestó de igual manera en toda la población?

De los resultados observados es posible identificar algunas situaciones que se destacan a partir de un patrón de consumo que aumenta hasta 2019, decrece en 2020 y crece desde 2021. Al comparar 2022 con 2018 se verificó una DHD total menor (4,6 %), una DHD para BDZ menor (9,8 %), una DHD para ATD mayor (3,8 %), una DHD en hombres menor (8,4 %) y una DHD en mujeres casi igual (-0,7 %). Los valores de DHD en mujeres fueron siempre sensiblemente mayores que en hombres. Estudios anteriores y llevados a cabo durante la pandemia comparten estas observaciones (Sanborn *et al.*, 2023; Escalante Saavedra *et al.*, 2022; OND, 2019).

Otro aspecto que es necesario mencionar refiere a que, en tanto la población usuaria de salud pública crece en el período un 15,9 %, en 2020, año con el mayor incremento de usuarios respecto del año anterior, es cuando los valores en términos de DHD en todas las situaciones disminuyen. ¿Es posible proponer sobre ello que es un tema meramente de denominador poblacional que reduce los valores del indicador? Creemos que tal reduccionismo no solo es arriesgado, sino que es incompleto, por sus posibles y complejas causalidades intervinientes. En ese sentido, retomando la pregunta que plantean García Diez *et al.* (2022) y en función de los resultados observados es posible plantear ciertas interrogantes que aporten a la discusión: ¿cómo pudieron haber afectado las estrategias de gobierno tendientes a la menor movilidad de la población en resguardo de las posibilidades de contagio, en la dinámica asistencial del sector sanitario público, un sector que, por lo general, brinda cobertura a población con notorias vulnerabilidades?, ¿en qué sentido pudo haber contribuido el aumento de afiliados en dicho sector la pérdida de empleo emergente por dicha coyuntura?, ¿y el hecho de que la teleconsulta en este ámbito no se materializara homogéneamente?, y, en consonancia con lo anterior, ¿todos los usuarios del sector público tenían posibilidades de acceder a la atención en esta modalidad a distancia? Por ende, cabe preguntarnos también e incorporar una nueva variable: ¿de qué forma las líneas telefónicas de

ayuda creadas pudieron haber contribuido en sostener distintas situaciones de no acceso a las consultas y medicamentos?, y finalmente, entre otras posibles preguntas, ¿quiénes no accedieron a los medicamentos por la vía formal, pudieron haberlo hecho por otras vías?

En definitiva, todo ello pudo transformarse en una representación con un denominador poblacional mayor, acompañado tal vez por una menor concurrencia al retiro de medicamentos por lo ya expuesto, hechos que se traducen en valores a la baja del indicador en términos de DHD sobre el consumo de psicofármacos. Es cierto que la tendencia en el consumo es creciente y de ello surge: ¿cómo este tramo de la vida en pandemia impactó y lo hará en la vida de las personas y en el uso de medicamentos?

Para observar los resultados obtenidos en cuanto al consumo de BDZ se consideraron estudios anteriores de nuestro país (Speranza *et al.*, 2015; Barboza *et al.*, 2022), de los períodos 2010-2012 (el 62 % de la población representada) y 2014-2018 (el 65 % de la población representada). En ambos trabajos se observa una tendencia creciente del consumo de BDZ, aunque con una disminución en 2014 (106,36 en 2010, 110,86 en 2011, 113,61 en 2012, sin datos en 2013, 116,05 en 2014, 114,36 en 2015, 117,32 en 2016, 131,17 en 2017 y 124,4 en 2018). Haciendo la salvedad de que la presente investigación comprende en promedio al 9 % de la población del Uruguay, los resultados que se obtuvieron parecieren alinearse con lo expresado en los trabajos mencionados en cuanto a la tendencia creciente del consumo, de lo que se destaca la similitud de los valores de 2017 en Barboza *et al.* (2022) y de 2018 y 2019 en la presente investigación, etapa prepandemia, que luego disminuyeron, como ya fue señalado.

Cabe mencionar que los estudios anteriores comprenden al sector público y privado en su conjunto. En cambio, este trabajo refiere solo al sector público y de Montevideo, lo que deja entrever que la dinámica referida a este grupo farmacológico, pandemia mediante, hubiese mantenido su tendencia creciente, la que se recupera a partir de 2021 y no llega en 2022 a los valores prepandemia, tanto en el dato general como en el consumo de hombres y mujeres. Al respecto, Speranza *et al.* (2015) aportan desde la discusión: «si bien no se pudo obtener un denominador total país, el dato global refleja un consumo elevado si se compara con otros países» (p. 115). En esa misma línea, Barboza *et al.* (2022) señalan: «tomando en cuenta los datos de 2010 y 2018, se evidencia un crecimiento en el consumo del 17 %; en donde, el problema persiste y posiblemente vaya en aumento, consolidándose como un problema de salud pública» (p. 5).

En consonancia, un estudio realizado en la Comunidad Valenciana entre 2000 y 2010 evidenció un aumento del consumo en BDZ del 11,1 %

(Sempere Verdú *et al.*, 2014). En cuanto a lo internacional, los valores de DHD observados en la presente investigación por año para BDZ (131,85 en 2018; 131,13 en 2019; 111,3 en 2020; 113,66 en 2021, y 119,13 en 2022), están alineados con el trabajo de García Diez *et al.* (2022), esencialmente en la etapa prepandemia, que señala una DHD media para BDZ de 131,3 para el primer nivel de Asturias, lo que se condice con los valores obtenidos en la presente investigación en 2018 y 2019.

Las diferencias podrían encontrarse en los valores obtenidos durante la pandemia, para los que los mismos autores refieren una media de 139,5, que representaría un valor mayor al observado en el presente trabajo. En ello jugarían múltiples factores a considerar. La mención a dicho trabajo conlleva nuevas interrogantes en cuanto a la amplitud de la problemática, su representación en distintas realidades y otras interrogantes a reconocer y abordar para identificar las distintas posibles aristas intervenientes.

En cuanto a los valores de DHD observados por año para ATD (79,57 en 2018; 82,35 en 2019; 70,84 en 2020; 75,88 en 2021, y 82,43 en 2022), la tendencia creciente del período 2018-2019 se retrae en 2020, pero en 2021 retoma su crecimiento, y en 2022 registra valores un 3,5 % por encima de lo observado en 2018 (prepandemia), situación que se acentúa en mujeres, con un 8 % mayor. En Uruguay, un estudio de Pagano *et al.* (2021), concerniente a 13 instituciones de salud y que comprende al 69 % de la población para el período 2010-2014, determinó valores de DHD menores a los observados en otros países (26,49 en 2010; 29,71 en 2011; 30,17 en 2012; 30,79 en 2013 y 32,55 en 2014), pero registró un aumento en ese período de casi el 23 %. Según estos autores, ese bajo consumo tendría varias razones: las dificultades en la disponibilidad de datos en el ámbito local, la escasa información sobre cuadros clínicos, el acceso a los tratamientos según la OMS y el no haber contabilizado la dispensación de farmacias comunitarias.

Otro estudio nacional también para el período 2010-2014, llevado a cabo en una institución sanitaria, el Hospital Policial de la ciudad de Montevideo, determinó un aumento del consumo en un 8 % que, en términos de DHD, pasó de 41,6 en 2010 a 45 en 2014 (Texeira *et al.*, 2015). No obstante, múltiples investigaciones señalan un aumento del consumo más acentuado en este grupo farmacológico que el observado por los autores para Uruguay: 81,1 % entre 2000 y 2010 en un trabajo llevado a cabo en la Comunidad Valenciana (Sempere Verdú *et al.*, 2014); un aumento del 100 % entre 1997 y 2005 en Nueva Zelanda (MyH, 2007), y un aumento del 470 % entre 1992 y 2004 en Chile (Jirón *et al.*, 2008). En ese sentido, los valores de consumo de ATD en el presente estudio estarían en una situación intermedia

entre los datos nacionales mencionados (con las precisiones enumeradas) y la bibliografía internacional. Por ejemplo, el trabajo de Pagano *et al.* (2021) menciona dos investigaciones que muestran el crecimiento del consumo en términos de DHD: en España pasó, según DHD, de 26,5 en 2000 a 79,5 en 2013 y en Portugal pasó de 18,7 en 1995 a 74,7 en 2009. Los últimos valores de cada caso se asemejan a los encontrados por la presente investigación en la etapa prepandemia (79,57 en 2018). La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2023), señalaba que, en 2015, el consumo en España ascendía a 73, mientras que en 2021 este era de 92, datos más cercanos a los observados en el presente trabajo sobre todo en 2019 y 2022 (82,35 y 82,43 respectivamente en términos de DHD). De todo ello surge la necesidad de insistir en nuevos estudios de mayor alcance, desde distintas realidades, contextos y sin vacíos temporales que permitan comprender de manera más integral la dinámica de esta problemática de acuerdo a su multifactorialidad.

A MODO DE COROLARIO

116

Si bien los datos internacionales y nacionales anteriores a la pandemia confirman la tendencia creciente en el consumo de psicofármacos, tanto en ATD y BDZ—aunque con dinámicas propias—, es preciso señalar que la información de la presente investigación no respalda la visión o presunción de un incremento en el uso de psicofármacos durante la pandemia, que incluso disminuyó a su inicio y recuperó la tendencia creciente hacia 2022. Es necesario considerar que tal vez esta dinámica fuese un fenómeno particular de la salud pública en Montevideo en función de la estructura asistencial y las características de los usuarios, en conjunción con las posibilidades y dificultades emergentes en ese momento. Otro aspecto involucrado podría ser que quizás la percepción en torno al aumento de la dispensación y el consumo durante la pandemia podría estar sostenida en torno a psicofármacos no estudiados en este trabajo, como los fármacos Z, somníferos, entre otras posibilidades, ampliamente utilizados.

Queda demostrado una vez más la importancia de poseer sistemas de información robustos a partir de series temporales continuas, detalladas y actualizadas en temáticas tan sensibles como es la dinámica detrás del consumo de psicofármacos, lo cual se halla sustancialmente implicado con nuestra salud mental, esencial para el desempeño tanto individual como colectivo de las personas, pilares en la evolución y desarrollo de las

sociedades. Es necesario monitorear como las personas vienen transitando esta etapa pospandemia desde sus múltiples dimensiones, cómo su diario vivir se ha modificado, de qué manera conciben lo que vendrá y si es que todo ello se ve representado de alguna manera en nuevas prácticas en cuanto al uso de medicamentos, en este caso psicofármacos.

REFERENCIAS

AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS (AEM) (2015). *Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el período 2000-2013*. Recuperado de <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO (ASSE) (2018). *Principal prestador sanitario del país. El 37 % de los uruguayos se atiende en la Administración de los Servicios de Salud del Estado*. Montevideo: ASSE. Recuperado de <https://www.asse.com.uy/contenido/El-37--de-los-uruguayos-se-atiende-en-la-Administracion-de-los-Servicios-de-Salud-del-Estado-1071>

——— (2019). *Construyendo Nueva Regionalización con Apoyo de la Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial*. Montevideo: ASSE. Recuperado de <https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-Construyendo-Nueva-Regionalizacion-con-Apoyo-de-la-Direccion-Nacional-de-Ordenamiento-Territorial-11766>

BARBOZA, L., ARTAGAVEYTIA, P., SPERANZA, N., DOMÍNGUEZ, V., Y TAMOSIUNAS, G. (2022). Segundo estudio de consumo de benzodiacepinas en una población uruguaya (2014-2018): el problema avanza. *Revista Médica del Uruguay*, 38(2), e202. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v38n2/1688-0390-rmu-38-02-e202.pdf>

Cada 40 segundos se suicida una persona (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>

118

CALVO SOTO, A. (2020). Salud mental en la actualidad. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 10(1), 6457-6457. Recuperado de https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rc_salud_ocupa/article/view/6457

ESCALANTE SAAVEDRA, P. A., GALATO, D., DE SOUZA SILVA, C. M., RODRIGUES DA SILVA, I. C.,..., DA SILVA, E. V. (2022). Dispensing of psychotropic drugs in the Brazilian capital city before and during the COVID-19 pandemic (2018-2020). *Frontiers in Pharmacology*, 13. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2022.1028233/full>

GARCÍA DIEZ, S., DE NICOLÁS VALDÉS, M., DIÉGUEZ VARELA, C., FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, P., SUÁREZ GIL, P., y NAVARRO Rodríguez, Y. (2023). Impacto del confinamiento por covid-19 en la prescripción de benzodiacepinas. *Revista Atención Primaria*, 55, 102552. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-impacto-del-confinamiento-por-covid-19-S0212656722002724>

GOLDSTEIN, E. (2022). *Carga mundial de los trastornos de salud mental Evolución pre-pandemia y efectos de la aparición de COVID-19*. Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile-Asesoría Técnica Parlamentaria. Recuperado de https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33592/2/BCN_Carga_mundial_de_Salud_Mental_FINAL_repos.pdf

GONZÁLEZ GÓMEZ, C., MARTÍNEZ GALDÁMEZ, M., CAMPELLO MÁRQUEZ, E., MARTÍN PACHECO, J., ÁLVAREZ GARCÍA, A., y ARAZO GUERRERO, O. (2017). Prevalencia de consumo de benzodiacepinas en un grupo de población militar. *Sanidad Militar*, 73(3), 184-186. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1887-85712017000300184

ILYAS, S., y MONCRIEFF, J. (2012). Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 393-398. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22442100/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE), (2020). *Anuario Estadístico Nacional*. Montevideo: INE. Recuperado de <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/publicaciones/anuario-estadistico-nacional-2020>

JIRÓN, M., MACHADO, M., y RUIZ, I. (2008). Consumo de antidepresivos en Chile entre 1992 y 2004. *Revista Médica de Chile*, 136(9), 1147-1154. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000900009

OBSERVATORIO URUGUAYO DE DROGAS (OND) (2019). *VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General Informe de Investigación*. Montevideo: Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la Repùblica. Recuperado de https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII_ENCUESTA_NACIONAL_DROGAS_POBLACION_GENERAL_2019.pdf

MARTÍNEZ GÓMEZ, J., BOLÍVAR SUÁREZ, Y., YANEZ-PEÑÚÑURI, L., y REY ANACONA, C. (2020). Tendencias de la investigación sobre síntomas de trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Medicina UPB*, 39(2), 24-33, Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/5336>

MAZZA, C., RICCI, E., BIONDI, S., COLASANTI, M., FERRACUTI, S., NAPOLI, C., y ROMA, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. Recuperado de <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/9/3165>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) (2023). *Informe epidemiológico. COVID 19*. Actualización a marzo de 2023. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/informe-epidemiologico-covid-19-actualizado-18-enero-2021>

MORFÍN LOPEZ, T., MANCILLAS BAZÁN, C., CAMACHO GUTIÉRREZ, E., POLANCO HERNÁNDEZ, G., y HERNÁNDEZ VIDRIO, M. (2021). Efecto de la pandemia en hábitos de vida y salud mental: comparación entre dos universidades en México. *Psicología Iberoamericana*, 29(3), e293338. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/1339/133968747004/html/>

MORKEM, R., BARBER, D., WILLIAMSON, T., y PATTEN, S. (2015). A Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network Study Evaluating Antidepressant Prescribing in Canada From 2006 to 2012. *Can J Psychiatry*, 60(12), 564-570. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26720825/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2013). *Plan de acción de salud mental 2013-2020*. Recuperado de https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789243506029_spa.pdf

— (2017). *World Health Statistics. Monitoring health for the Sustainable development goals*. Recuperado de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf?sequence=1>

PAGANO, E., DOMÍNGUEZ, V., SPERANZA, N., BARBOZA, L., y TAMOSIUNAS, G. (2021). Evaluación del consumo en antidepresivos en la población uruguaya entre 2010 y 2014. *Rev. Méd. Uruguay*, 37(3), e37304. Recuperado de <https://www2.rmu.org.ujosrmu311/index.php/rmu/article/view/741>

Patterns of Antidepressant Drug Prescribing and Intentional Self-harm Outcomes in New Zealand: An ecological study (2007). *Ministry of Health*. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Patterns-of-Antidepressant-Drug-Prescribing-and-in-Wren-Wright/6aa70202d2dcc9aae7c81d303b583oca852d343d>

ROMANO, S., PORTEIRO, M., NOVOA, M., LOPEZ MESA, G., BARRIOS, M., GARCIA RAMPA, M., y GARCÍA TROVERO, M. (2018). Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 82(1), 22-42. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/12/02_ASM_1.pdf

SALARI, N., HOSSEINIAN-FAR, A., JALALI, R., VAISI-RAYGANI, A., RASOULPOOR, S., MOHAMMADI, M., y KHALEDI-PAVEH, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*, 16(1), 57. Recuperado de <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-020-00589-w>

SANBORN, M., ALI, M., y CREEDON, T. B. (2023). National trends in psychotropic medication prescribing before and during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 325, 115248. Recuperado de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10165869/>

SEMPERE VERDÚ, E., SALAZAR FRAILE, J., PALOP LARREA, V., y VICENS CALDENTEY C. (2014). Evolución de la utilización de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana. Período 2000-2010. *Journal Sevier Aten Primaria*, 46(8), 416-425. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714000031?via%3Dihub>

SPERANZA, N., DOMÍNGUEZ, V., PAGANO, E., ARTAGAVEYTIA, P., OLMO, I., TOLEDO, M., y TAMOSIUNAS, G. (2015). Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública. *Revista Médica del Uruguay*, 31(2), 112-119. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000200005

TEIXEIRA, V., IMBRIAGO, Y., y SARRIES, S. (2015). Utilización de antidepresivos en pacientes ambulatorios del Hospital Policial. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(1), 39-48. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/08/04_TO.pdf

XIONG, J., LIPSITZ, O., NASRI, F., LUI, L. M. W., GILL, H., PHAN, L.,... y MCINTYRE, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord.*, 1, 277, 55-64. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32799105/>

YAMAMOTO, T., UCHIUMI, C., SUZUKI, N., YOSHIMOTO, J., y MURILLO-RODRIGUEZ, E. (2020). The Psychological Impact of 'Mild Lockdown' in Japan during the COVID-19 Pandemic: A Nationwide Survey under a Declared State of Emergency. *Int J Environ Res Public Health*, 17(24), 9382. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33333893/>

LA PANDEMIA EN EL HOSPITAL VILARDEBÓ: EL IMPACTO EN LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

ISMAEL OLMO
MAURICIO MATO⁴

LA FARMACOLOGÍA CLÍNICA

La farmacología clínica es una disciplina científica del campo biomédico. Estudia los efectos de los fármacos en el hombre para establecer la mejor relación beneficio/riesgo en el uso de la terapéutica (Atkinson *et al.*, 2012). La relevancia del desarrollo de la farmacología clínica en el ámbito hospitalario radica en que es un área del conocimiento de carácter híbrido entre la clínica y la metodología científica, con incidencia en la actividad clínica habitual. Una de las principales fuentes de información respecto a la tolerabilidad y seguridad de las drogas psicotrópicas emana de ensayos clínicos, no obstante, estos enfrentan limitaciones (Laporte y Tognoni, 1993). Tales restricciones derivan de la necesidad de recabar datos relativos a los efectos adversos, sobre todo cuando estos resultan infrecuentes o imprevistos.

Además, los ensayos clínicos reclutan sujetos que no son representativos de la población general que luego emplea los fármacos en el contexto clínico cotidiano, sino que se exponen a los participantes de manera análoga a un escenario idealizado (Laporte y Tognoni, 1993). La cohorte participante en estos estudios suele carecer de comorbilidades, tiende a ser joven y no muestra polifarmacia, una población ideal que difiere bastante de la población general. Cabe señalar la subrepresentación de ciertos grupos: individuos con múltiples patologías, varios medicamentos, ancianos, niños, mujeres embarazadas o en período de lactancia, así como minorías étnicas. La administración de medicamentos en el contexto de un ensayo

⁴ Unidad de Farmacología Clínica, Departamento de Farmacia, Hospital Vilardebó, ASSE.

clínico se caracteriza por un estricto control, con una adherencia al tratamiento muy elevada y dosis optimizadas. Por ende, el perfil de seguridad de un fármaco en la práctica clínica real resulta, en gran medida, desconocido, dada la mayor heterogeneidad de los pacientes, la posible falta de adherencia al tratamiento, la posibilidad de dosificaciones inadecuadas y la ocurrencia de potenciales interacciones con otros fármacos, productos herbales y alimentos (Laporte y Vallvé, 2001). Al momento de la comercialización de un fármaco, el conocimiento acerca de su tolerabilidad es limitado. Por consiguiente, el perfil de seguridad más completo de un medicamento recién lanzado al mercado debe ser explorado con el tiempo, conforme se emplea en la práctica clínica y bajo la influencia de las actividades de farmacovigilancia, las cuales identifican, informan y describen las reacciones adversas a medida que acontecen.

Por otro lado, la aplicación de métodos epidemiológicos emerge como una alternativa para ampliar el acervo de información disponible en relación con los medicamentos (Laporte y Tognoni, 1993). De esta manera, se busca integrar la información concerniente a los medicamentos en su uso habitual. Su principal objetivo es la promoción del uso racional de los medicamentos a través de la mejora terapéutica en términos de efectividad, seguridad y coste, tanto en cuanto hospital, a través de una adecuada política de medicamentos, como en cuanto al paciente, a través del seguimiento farmacoterapéutico (Laporte y Tognoni, 1993). En 1985, la OMS define al uso racional de medicamentos como las prácticas para que «los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un período adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad» (OMS, 2005, p. 1). De esta forma, la farmacología clínica puede ser una disciplina muy importante para colaborar en ese uso racional de medicamentos.

EL HOSPITAL VILARDEBÓ

El hospital Vilardebó, inaugurado en 1880, es una institución pública destacada y de referencia en el ámbito de la psiquiatría en Uruguay. Reconocido como un hospital monovalente, desempeña un papel relevante en la atención y el tratamiento de trastornos mentales para la población de todo el país. Con una dotación de 326 camas orientada a la hospitalización de pacientes agudos, brinda atención especializada y de cuidados integrales sobre una población que integra también alrededor de un 40 %

de internados con características judiciales, lo que otorga complejidad a la dinámica asistencial diaria. Dicho centro hospitalario tiene, a su vez, una puerta de Emergencia con 20 camas. Además de su función hospitalaria, dispone de una policlínica de consulta ambulatoria, que sobre una población de aproximadamente 3700 personas, atiende en promedio 1600 consultas mensuales. Ofrece una amplia gama de servicios, como medicina general, una policlínica especializada en diabetes y riesgo cardiom metabólico, un servicio de rehabilitación psicosocial, odontología, psicología, servicio social, fisiatría y electroencefalografía. Según un estudio publicado en 2022, el 55 % de los pacientes eran del sexo femenino y el promedio de edad era de 51 años (Olmos *et al.*, 2022).

Una de las características distintivas del hospital Vilardebó es su compromiso con la formación de recursos humanos en el campo de la salud mental. Contribuye en la formación profesional de psiquiatras, licenciados en Enfermería, auxiliares de Enfermería, químicos farmacéuticos, psicólogos, auxiliares de Farmacia y otros profesionales de la salud.

Por su parte, el Departamento de Farmacia dispensa los medicamentos para los pacientes internados, los pacientes ambulatorios de la policlínica y quienes concurren a la emergencia del hospital. Este centro cuenta con un amplio vademécum de medicamentos en psiquiatría, en el que se contemplan más del 90 % de las especialidades existentes en él.⁵

UNIDAD DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA

Desde 2013, el Vilardebó cuenta con una Unidad de Farmacología Clínica (UFC), cuyo objetivo es fomentar el uso racional del medicamento a través de tres ejes: formación, investigación y evaluación de los medicamentos. La componen los químicos farmacéuticos del Departamento de Farmacia, en colaboración con otros técnicos del hospital.

La información sobre medicamentos debe relacionarse con la formación continua del personal sanitario. En el modelo actual, la UFC busca asegurar la asistencia de calidad que requiere de la actualización permanente del personal sanitario. Durante los años de participación de la UFC en

⁵ Formulario terapéutico de medicamentos (FTM). Es la lista positiva de fármacos, grupos farmacológicos o formulaciones nutricionales, entre otros enunciados, con que los prestadores de salud configuran su propio vademécum (Ministerio de Salud Pública, 2012).

el hospital se desarrollaron múltiples jornadas de formación, entre las que se destacan la mesa redonda sobre Uso Racional de Psicofármacos (2018), Jornada de Actualización de Antipsicóticos (2018), Clozapina: Metabolismo y niveles plasmáticos (2020), Jornadas de Seguridad de Medicamentos (2021). Estas jornadas interdisciplinarias e interinstitucionales tuvieron la presencia de representantes de las facultades de Medicina y de Química de la Universidad de la República, del Ministerio de Salud Pública, de la Organización Panamericana de la Salud, de expertos internacionales y de psiquiatras del hospital Vilardebó.

Por otro lado, para la UFC los estudios fármaco-epidemiológicos son una herramienta fundamental para conocer el uso de los medicamentos y una manera de obtener datos sobre el beneficio y la seguridad en su uso en la práctica clínica diaria. Desde el comienzo del trabajo de la UFC se han hecho múltiples trabajos para conocer el consumo de antipsicóticos (típicos, atípicos y depósito), tanto para la hospitalización como en la policlínica. Asimismo, desde la UFC se ha participado en la evaluación de medicamentos y se ha colaborado con el Comité de Farmacia y Terapéutica del hospital para la toma de decisiones en función de criterios científicos para mejorar la eficiencia en el gasto de los recursos y la calidad de vida de los usuarios.

Una de las prácticas más extendidas en el hospital, que ha sido objeto de estudio por parte de la UFC, es la polifarmacia, en particular la polifarmacia de antipsicóticos. Los antipsicóticos, un grupo farmacológico de psicofármacos muy usado en psiquiatría, hasta los años setenta eran denominados tranquilizantes mayores o neurolépticos (Braslow y Marder, 2019). Los antipsicóticos se usan para tratar y controlar los síntomas de muchos trastornos mentales severos y persistentes, entre ellos: psicosis, trastornos del humor, alteraciones del comportamiento en la demencia, agitación geriátrica, depresión, trastornos alimentarios, trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, consumo de sustancias (Ameer y Saadabadi, 2023). Los antipsicóticos son un grupo heterogéneo con varios perfiles farmacológicos vinculados a su seguridad. Esto confiere diferentes relaciones entre el beneficio y el riesgo en su uso.

La gran mayoría de la evidencia disponible y las guías clínicas para tomar decisiones clinicoterapéuticas recomiendan la monoterapia antipsicótica tanto en el primer episodio psicótico como en el tratamiento de mantenimiento en esquizofrenia (Howes *et al.*, 2012; Stahl, 2013). Sin embargo, los datos respecto al uso de antipsicóticos indican que en la práctica clínica diaria hay un uso extendido de la polifarmacia antipsicótica

y algunos estudios y revisiones dan cuenta de que podrían tener algún lugar en la terapéutica (Toledo *et al.*, 2021). Los riesgos de la polifarmacia antipsicótica pueden ser el aumento de la incidencia y la gravedad de los efectos secundarios - como sedación, aumento de peso, disfunción cognitiva, problemas metabólicos como diabetes y dislipidemia- o efectos cardiovasculares adversos (Stroup y Gray, 2018). Cuantos más medicamentos se agreguen, mayor será la carga de efectos secundarios que el paciente podría experimentar. La polifarmacia antipsicótica aumenta en gran medida el riesgo de interacciones farmacológicas entre los diferentes medicamentos usados por los pacientes. Estas interacciones pueden potenciar o disminuir la efectividad de los antipsicóticos, aumentar su toxicidad o generar efectos secundarios no deseados (Hiemke y Pfuhlmann, 2012). Esto es especialmente relevante en pacientes que toman otros medicamentos además de los antipsicóticos para tratar condiciones médicas concurrentes. Del mismo modo, la complejidad de seguir múltiples regímenes de tratamiento puede dificultar la adherencia del paciente a su tratamiento terapéutico. Esto puede deberse a la confusión sobre qué medicamentos tomar, cuándo y en qué dosis, así como a la carga asociada con la administración de múltiples medicamentos. La falta de adherencia puede comprometer la efectividad del tratamiento (Barnes y Paton, 2011). Es importante también tener en cuenta que la polifarmacia antipsicótica puede resultar en costos mucho más altos para el sistema de atención médica en general (Zhu *et al.*, 2008).

Una de las preocupaciones de la UFC es el uso de más de dos antipsicóticos, dado que las guías internacionales no avalan esta práctica (Stahl, 2013), que se ha mantenido en el hospital a lo largo del tiempo y que la UFC ha intentado disminuir con algunas medidas, por ejemplo, solicitar autorización al Comité de Farmacia para la prescripción de dos o más antipsicóticos (el descenso fue notorio cuando esta reglamentación estuvo vigente; (Olmos, 2019); informar al cuerpo médico sobre cuáles pacientes están en situación de polifarmacia, e incentivar el uso de clozapina como una alternativa a la polifarmacia (Toledo *et al.*, 2018). La evidencia disponible indica que la clozapina es más eficaz que los demás antipsicóticos en reducir la agresividad, la hostilidad y la violencia (Stahl, 2014). Ha demostrado tener un efecto específico antisuicida, además de ser el antipsicótico con mejor perfil en la psicosis de la enfermedad de Parkinson, demencia por cuerpos de Lewy y en numerosas disquinesias tardías (Meltzer, 2012). Desde la UFC se considera que existe una mejora en la calidad de asistencia de los pacientes en tratamiento de más de dos antipsicóticos cuando reducen esa cantidad.

El 5 de abril de 2020, el hospital Vilardebó se convirtió en el primer foco de COVID-19 en un centro asistencial de Uruguay. Esta situación trajo consigo desafíos e incertidumbres sin precedentes y el personal de la institución se enfrentó a una nueva e inesperada realidad. Ante ello, el hospital demostró una gran capacidad de respuesta y adaptación ante la emergencia sanitaria naciente. Desde el punto de vista institucional, fue necesario tomar decisiones que cambiaron la dinámica habitual en el centro. Durante algunas semanas, la emergencia del hospital estuvo cerrada y no recibió nuevos ingresos. Esta medida se implementó para controlar la propagación del virus y garantizar la seguridad de las personas internadas y el personal médico y no médico de la institución.

Se implementaron protocolos de protección estrictos para el personal que incluía el uso de equipos de protección personal como mamelucos, zapatones, tapabocas N95, gorras, sobretúnica y guantes. Los egresos hospitalarios fueron suspendidos por más de un mes, mientras que las visitas a usuarios internados se interrumpieron por un largo período, más de un año. Las actividades de recreación y rehabilitación para los pacientes, así como las actividades académicas también se suspendieron temporalmente. Se generaron salas de aislamiento para casos sospechosos o confirmados de COVID-19. Estas salas permitieron el adecuado manejo de pacientes con la enfermedad y minimizaron el riesgo de contagio en otras áreas del hospital. Para los pacientes de la policlínica, se utilizó el recurso de la telemedicina para garantizar la continuidad de la atención médica y reducir la necesidad de visitas presenciales, en especial para pacientes que no requerían atención urgente. A pesar de las restricciones, el acceso a los tratamientos farmacológicos se mantuvo mediante el ingreso de los médicos al propio sistema informático del Departamento de Farmacia, lo que aseguró la disponibilidad de medicamentos. Se implementó un seguimiento activo desde la policlínica ambulatoria para contactar a los usuarios en tratamiento con medicación de depósito, en tratamiento con clozapina y otras situaciones con problemáticas complejas. Estas medidas garantizaron la continuidad en la atención y el cumplimiento de los tratamientos. A pesar de las dificultades, el hospital Vilardebó se mantuvo comprometido con la atención integral de aquella población necesitada de atención, internada o ambulatoria.

LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EN EL HOSPITAL VILARDEBÓ DURANTE LA PANDEMIA

La pandemia trajo algunos problemas de abastecimiento de medicamentos a escala nacional. Para el caso de los psicofármacos, uno de los problemas más importantes fue la escasez de midazolam inyectable, muy usado en el hospital para la excitación psicomotriz, que fue suplantado por otra benzodiacepina, como el diazepam inyectable. Si bien existía el posible inconveniente de una absorción más errática que el midazolam (Arcangeli *et al.*, 2005), varios de los clínicos comunicaron que este cambio no tuvo un impacto significativo en los tratamientos. Durante la pandemia hubo un cambio importante en el costo de midazolam inyectable, que pasó de \$U 18,5 a \$U 110 por ampolla, precio seis veces mayor. Se desconoce la razón de este cambio tan impactante luego de su escasez durante la pandemia, que no está vinculado a que sea un único proveedor, ya que nuestro medio tiene varias especialidades farmacéuticas de midazolam inyectable. Para 2024, el consumo de midazolam inyectable ha regresado a valores prepandemia y no se ha utilizado más diazepam inyectable, aunque su precio está en la mitad que el midazolam inyectable.

En cuanto a aspectos cuantitativos, el volumen de las dispensaciones de psicofármacos a pacientes ambulatorios en los años anteriores y posteriores a la pandemia no se encontraron diferencias significativas (en el entorno de los siete y ocho mil medicamentos en promedio mensual para 2019-2022). Ninguno de los psicofármacos más utilizados en el hospital —benzodiacepinas, antidepresivos y antipsicóticos—, tuvo un aumento de uso en el centro asistencial. Por otro lado, tampoco existió una disminución en el volumen dispensado que pueda ser atribuida a una interrupción de los tratamientos por una falta de adherencia a estos.

Para poder analizar aspectos cualitativos y conocer si la pandemia tuvo alguna incidencia en los tratamientos farmacológicos se evaluó si existió un cambio en el tipo de prescripción antipsicótica en el período. Dado que la UFC considera como una buena práctica disminuir la polifarmacia mayor a dos antipsicóticos, es interesante conocer si durante el transcurso de la pandemia existió algún cambio en esta práctica clínica. Se presenta a continuación información relativa a datos de hospitalización y usuarios ambulatorios pre y pospandemia.

LOS TRATAMIENTOS CON ANTISSICÓTICOS AL ALTA SANATORIAL

En 2012 se realizó un estudio del análisis de las prescripciones de los antipsicóticos en las altas sanatoriales entre abril y setiembre de ese año y se encontró que un 19 % de los pacientes tuvieron el egreso hospitalario con más de dos antipsicóticos (PFA > 2). En ese trabajo se concluía:

es elevado el uso de PFA (polifarmacia antipsicótica) al egreso hospitalario. Si bien para los pacientes con diagnóstico de F2X en muchos casos es un dilema optar por uno o dos antipsicóticos, la PFA con más de dos antipsicóticos es irracional. Tampoco parecería racional la PFA en los otros diagnósticos. Se deberían optimizar otras estrategias terapéuticas para disminuir la PFA. En algunas situaciones clínicas, el uso de clozapina estaría plenamente justificado. A su vez sería necesario generar guías clínicas adecuadas a nuestras realidades asistenciales e instancias de educación médica continua para su actualización (Toledo *et al.*, 2015, p. 37).

Teniendo en cuenta este estudio de 2012, se llevó a cabo una comparación con las altas sanatoriales del período abril-setiembre de 2022 (Olmos *et al.*, 2024). Se recopilaron datos de forma retrospectiva sobre la base de las dispensaciones de medicamentos en el Departamento de Farmacia, al egreso hospitalario y el diagnóstico al ingreso del paciente. Al momento de incluir los medicamentos prescriptos, en caso de más de un alta hospitalaria para un mismo paciente durante el período, se tomó la última dispensación como su tratamiento farmacológico. Se definió monoterapia antipsicótica (MTA) para aquellos pacientes que egresaron con un solo antipsicótico, independientemente del tipo y vía de administración, polifarmacia antipsicótica (PFA 2) para los que egresaron con dos antipsicóticos simultáneos y PFA > 2 para aquellos que egresaron con la prescripción de tres o más antipsicóticos.

En la tabla 1 se muestra una comparación entre las altas sanatoriales del período abril-setiembre de 2012 comparado con abril-setiembre de 2022.

Tabla 1. Tipo de PFA por año de tratamiento

Tipo de PFA	2012	2022
MTA	52 %	51 %
PFA	29 %	40 %
PFA>2	19 %	9 %

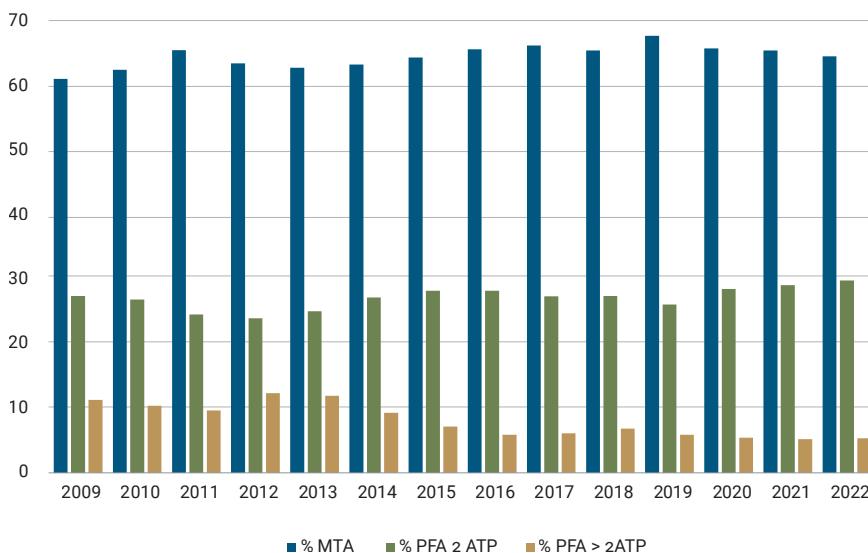
Fuente: elaboración propia.

Comparando ambos períodos, se ve un descenso en la prescripción de PFA > 2 de antipsicóticos, que pasó de 19 % en 2012 a 9 % en 2022. Por otro lado, en el período se destaca el aumento de uso de clozapina, que pasó de un 6 % en 2012 a un 9 % en 2022.

LOS TRATAMIENTOS CON ANTISSICÓTICOS AMBULATORIOS

La UFC cumple con una evaluación continua sobre la evolución de los tratamientos ambulatorios de la policlínica y hay datos desde 2009, en particular para los grupos de ATPS y BDZ, a partir de los registros de las dispensaciones en farmacia de las recetas de los médicos de la policlínica del hospital. La figura 1 muestra la evolución de los porcentajes de pacientes en MTA, PFA y PFA > 2 desde 2009 hasta 2022. La MTA pasó de 61,2 % a 64,7 %, mientras que la PFA 2 aumentó de 27,5 % a 29,9 %. La PFA > 2 disminuyó de 11,3 % a 5,4 %. A su vez, se observa que en los años de pandemia dichos valores permanecieron estables.

Figura 1. Porcentaje de pacientes con MTA, PFA 2ATP o PFA > 2ATP entre 2009 y 2022



Fuente: elaboración propia.

132

ANÁLISIS DE AMBOS NIVELES ASISTENCIALES

En los datos de los pacientes con alta sanatorial, para ambos períodos coincide que un poco más de la mitad de los pacientes luego del alta sanatorial estaba en MTA, no observándose un cambio significativo en los tratamientos. Para el caso de usuarios ambulatorios, más del 60 % estaban en MTA y se mantuvieron en la misma situación luego de la pandemia. Si bien la PFA es una práctica habitual tanto para pacientes ambulatorios como para el momento del alta sanatorial, la pandemia no trajo un cambio en el tipo de prescripción y el tratamiento de MTA, que se ha mantenido en valores similares.

La PFA 2 está recomendada en las guías internacionales luego de un fracaso con el tratamiento en MTA y con un análisis exhaustivo de factores farmacocinéticos y farmacodinámicos, y del perfil de seguridad de los dos antipsicóticos que se van a combinar (Buchanan *et al.*, 2010).

Es importante conocer el tipo de tratamiento antipsicótico, específicamente en esquizofrenia. Guinart y Correll (2020) destacan:

Los datos sobre la PFA indican que, en los ensayos clínicos controlados de alta calidad, las pruebas de una eficacia superior de la PFA 2 frente a la MTA son escasas. Además, aproximadamente 2 de cada 3 pacientes que reciben PFAs pueden ser convertidos de forma segura a MTA, pero un subgrupo de quizás 1 de cada 6 pacientes podría beneficiarse de la continuación de PFA 2 (pp. 1-2).

Para los tratamientos al alta sanatorial, si bien el uso de clozapina ha aumentado en el período, si se la considera una alternativa a la PFA avalada por profusa evidencia, se mantiene como un tratamiento subutilizado, quizás por la percepción de un desbalance entre el riesgo y el beneficio en su implementación de este tratamiento (Kelly *et al.*, 2018). Este bajo uso de clozapina es una situación de escala internacional; se calcula que la clozapina se usa en un 5 % de los pacientes esquizofrénicos, a pesar de que un 25 % a 40 % se beneficiarían con su uso (Kane, 2012).

Sobre la PFA, Toledo *et al.* (2021) describen que

133

En el caso que el juicio clínico nos oriente a una eventual combinación de antipsicóticos, se debe ser cauteloso a la hora de utilizar la polifarmacia antipsicótica. Es importante el vínculo con el paciente y su familia, y siguiendo la evolución clínica del mismo, se deben encarar los ajustes farmacológicos en el ámbito de la toma de decisiones compartida. El seguimiento clínico sistemático es fundamental para evaluar si realmente se produce el beneficio buscado en los plazos razonables, o si lo más aconsejable es un cambio de antipsicótico (p. 79).

Viendo uno de los aspectos que se considera una práctica de prescripción de psicofármacos poco racional, como es la PFA > 2, para ambos niveles asistenciales (internación y ambulatorio), se observa que sus valores han disminuido, algo para lo que la UFC ha planteado varias estrategias junto a las autoridades del hospital. De esta manera, inferimos que la pandemia no ha tenido una influencia en esta tendencia de disminución, con una consecuente mejora en la calidad de los tratamientos.

REFLEXIONES FINALES

La situación especial que sucedió con el midazolam inyectable (aumentó seis veces su precio luego de la pandemia) es preocupante. Tal vez, situaciones similares podrían necesitar la intervención estatal para evitar que decisiones comerciales influyan de manera significativa en los presupuestos asistenciales.

Luego del análisis de prescripción de psicofármacos, tanto para pacientes ambulatorios como en las altas sanatoriales, se observa que la pandemia no generó cambios significativos en los tratamientos con antipsicóticos en el hospital Vilardebó en los diferentes niveles de asistencia. Desde el punto de vista cuantitativo no existieron cambios en los tratamientos, lo mismo del punto de vista cualitativo, con el ejemplo de la terapia antipsicótica. Para las altas sanatoriales se destaca un aumento en el uso de clozapina, que está en consonancia a la disminución de la polifarmacia con más de dos antipsicóticos. La estabilidad observada y la disminución en la polifarmacia antipsicótica con más de dos antipsicóticos, puede atribuirse al constante trabajo desde la UFC, el Comité de Farmacia y Terapéutica y la Dirección del hospital, que fomenta el uso racional de los psicofármacos.

A pesar de los desafíos planteados durante la pandemia de COVID-19, con los importantes cambios en la rutina hospitalaria, los tratamientos con psicofármacos en el hospital Vilardebó se mantuvieron estables, sin un cambio significativo que pudiera afectar la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS

AMEER, M. A., y SAADABADI, A. (2023). *Neuroleptic medications*. Treasure Island: StatPearls Publishing. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459150/>

ARCANGELI, A., ANTONELLI, M., MIGNANI, V., y SANDRONI, C. (2005). Sedation in PACU: The Role of Benzodiazepines. *Current Drug Targets*, 6(7), 745-748. <https://doi.org/10.2174/138945005774574416>

ATKINSON JR., A. J., HUANG, S.-M., LERTORA, J. J., y MARKEY, S. P. (2012). *Principles of clinical pharmacology*. San Diego: Academic Press. Recuperado de https://books.google.com.uy/books?id=n_e6qhVEsocC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

BARNES, T. R., y PATON, C. (2011). Antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: Benefits and risks. *CNS Drugs*, 25, 383-399. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21476610/>

Braslow, J. T., y MARDER, S. R. (2019). History of psychopharmacology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 25-50. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30786241/>

BUCHANAN, R. W., KREYENBUHL, J., KELLY, D. L., NOEL, J. M., BOGGS, D. L., FISCHER, B. A.,... y SCHIZOPHRENIA PATIENT OUTCOMES RESEARCH TEAM (PORT) (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 71-93. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp116>

GUINART, D., y CORRELL, C. U. (2020). Antipsychotic Polypharmacy in Schizophrenia: Why Not? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3), 19ac13118. <https://doi.org/10.4088/JCP.19ac13118>

HIEMKE, C., y PFUHLMANN, B. (2012). Interactions and Monitoring of Antipsychotic Drugs. En G. GROSS y M. GEYER (Eds.), *Current Antipsychotics. Handbook of Experimental Pharmacology* (Vol. 212). Berlin: Springer.

HOWES, O. D., VERGUNST, F., GEE, S., MCGUIRE, P., KAPUR, S., y TAYLOR, D. (2012). Adherence to treatment guidelines in clinical practice: Study of antipsychotic treatment prior to clozapine initiation. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 481-485. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/1D1E57EE7E5F97AC21CFBA1A55008720/S0007125000237082a.pdf/adherence-to-treatment-guidelines-in-clinical-practice-study-of-antipsychotic-treatment-prior-to-clozapine-initiation.pdf>

KANE, J. M. (2012). Clozapine is underutilized. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 24(2), 114-115. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2012.02.008>

KELLY, D. L., FREUDENREICH, O., SAYER, M. A., y LOVE, R. C. (2018). Addressing Barriers to Clozapine Underutilization: A National Effort. *Psychiatric Services*, 69(2), 224-227. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700162>

136

LAPORTE, J. R., y TOGNONI, G. (1993). Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. *Principios de Epidemiología del Medicamento*, 2, 1-24. Recuperado de <https://www.med-informatica.com/TERAPEUTICA-STAR/EpidemiologiaMedicamentoPrincipios2007LaporteTognoni.pdf>

LAPORTE, J.-R., y VALLVÉ, C. (2001). *Principios básicos de investigación clínica*. Barcelona: AstraZéneca.

MELTZER, H. Y. (2012). Clozapine: Balancing safety with superior antipsychotic efficacy. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 6(3), 134-144. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23006238/>

OLMOS, I. (2019). *Evaluación y seguimiento del tratamiento con psicofármacos* (Tesis de doctorado, Universidad de la República, Montevideo). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/32143>

OLMOS, I., ANGULO, D., MATO, M., RICCIARDI, C., TOLEDO, M., y VÁZQUEZ, M. (2022). Seguridad del paciente: Análisis de la prescripción en adultos mayores de una policlínica de salud mental del Hospital Vilardebó, Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 38(4). Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902022000401203

OLMOS, I., MATO, M., TOLEDO, M., FRONTINI, M., RICCIARDI, C., VILLALBA, J., CARBALLAL, M., y GIRÁLDEZ, G. (2024). Prescripción de psicofármacos al egreso hospitalario durante el período abril-setiembre de 2022 en el Hospital Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 82(2), 75-87. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2025/01/02_TO.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2005). *Consejo Ejecutivo, 115. Uso racional de los medicamentos por prescriptores y pacientes: informe de la Secretaría*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/22288>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) (2012). *Formulario terapéutico de medicamentos* (Informe). Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/formulario-terapeutico-de-medicamentos-FTM>

STAHL, S. M. (2013). Emerging guidelines for the use of antipsychotic polypharmacy. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 6(3), 97-100. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2013.01.001>

——— (2014). Clozapine: Is now the time for more clinicians to adopt this orphan? *CNS Spectrums*, 19(4), 279-281. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25267329/>

STROUP, T. S., y GRAY, N. (2018). Management of common adverse effects of antipsychotic medications. *World Psychiatry*, 17(3), 341-356. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20567>

TOLEDO, M., MATO, M., OLMOS, I., FRONTINI, M. A., POERTEIRO, F., LABRAGA, P., y RICCIARDI, C. (2015). Prescripción de antipsicóticos al egreso hospitalario durante el período abril-setiembre de 2012 en el Hospital Vilardebó de Montevideo, Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(1), 29-38. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/08/03_TO.pdf

EJE IV

LAS TRAMAS EN LA PRESCRIPCIÓN Y EL USO DE PSICOFÁRMACOS

CAPÍTULO 8

LA TRAMA EN LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS. UNA MIRADA DIACRÓNICA SOBRE EL USO DE LOS ANTIDEPRESIVOS¹

MAURICIO TOLEDO²

MARÍA PENENGO³

JUAN PABLO GARCÍA⁴

GUSTAVO TAMOSIUNAS⁵

Si a mí se me acordara de hacer una redoma de bálsamo
de fierabrés que con una sola gota se ahorrarán tiempo
y medicinas. Qué redoma y qué redoma y qué bálsamo es ese,
dijo Sancho panza es un bálsamo, respondió Don Quijote,
de quien tengo la receta en la memoria, con el cual no hay
que tener temor a la muerte ni a pensar morir de ferida alguna

139

Don Quijote de la Mancha, capítulo 10

INTRODUCCIÓN

La pandemia que asoló el mundo en los últimos años caló hondo y dejó una huella en la historia. Puso en entredicho aspectos que considerábamos inamovibles y deja al desnudo algunas realidades. Clínicos e investigadores

1 Texto ampliado sobre la exposición en la jornada de veterinaria junio de 2023.

2 Facultad de Medicina, UCLAEH.

3 Facultad de Medicina, UCLAEH.

4 Facultad de Medicina, UCLAEH.

5 Unidad Académica Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

de todas las disciplinas médicas fuimos quedando, en alguna medida, interpelados. Es probable que la farmacología no estuviera preparada para semejante situación (Toledo *et al.*, 2023). En un artículo de opinión en la etapa primigenia e incierta de este fenómeno, fantaseábamos con un nuevo tiempo histórico: *AC* (*antes de la covid-19*) y *DC* (*después de la covid-19*) (Toledo *et al.*, 2021).

De alguna manera, la pandemia desnudó aspectos del sistema que nos hicieron reflexionar. Un ejemplo fue la búsqueda desmesurada de fármacos de manera irracional. En esos tiempos (y estos tiempos) de *furocurandis*, los psicofármacos entraron en el juego con la búsqueda de los efectos antivirales de la clorpromazina y los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) en el síndrome pos-COVID-19.

Estos fenómenos indican de forma velada que habitamos un mundo farmacológico que es imperfecto. Está en juego una trama compleja de interrelaciones que implican la génesis de evidencia, intereses comerciales, la estructura de asistencia sanitaria y la demanda de medicamentos por parte de la sociedad, entre otras. Todo ello incide en nuestros hábitos prescriptivos y, a su vez, nos hace vulnerables como sujetos prescriptores, así como sujetos plausibles de ser tratados.

En la primera edición de un tratado clásico de farmacología de 1941, *Las bases farmacológicas de la terapéutica*, Goodman y Gilman) definían el campo de la farmacología como «el tema de la farmacología es amplio y abarca el conocimiento de los orígenes, propiedades físicas y químicas, compuestos, acciones fisiológicas, absorción, destino, excreción y usos terapéuticos de los fármacos» (p. 1383). Hoy podemos pensarla como una disciplina híbrida y sistémica. Híbrida en el sentido de que se nutre de muchas disciplinas que van desde lo físico, químico y biológico hasta lo epidemiológico y social; sistémica en el sentido que destaca Mario Bunge (2012) en su libro *Filosofía para médicos*, es decir, «las cosas son sistemas o constituyentes de sistemas, los sistemas se agrupan en niveles de organización y un sistema está ubicado en el nivel inmediatamente superior al que ocupan sus componentes» (p. 120). Dadas estas características, podemos visualizar una farmacología que va desde lo fisicoquímico o molecular hasta lo económico, social y antropológico. Sin embargo, la perspectiva farmacológica que no podemos perder de vista es la de la clínica. Desde 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986) desarrolló el concepto de *uso racional de medicamentos*: «Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad». Cada vez que hablamos

de la sobreutilización de medicamentos retornamos a él. Sin embargo, atendiendo el devenir farmacológico de las últimas décadas, durante las que la sobreutilización de medicamentos ha ido incrementándose, nos preguntamos si este concepto no sería *el porvenir de una ilusión*.

El objetivo de este capítulo es intentar navegar por las diferentes tramas que hacen a la prescripción de los psicofármacos en general y de los antidepresivos (ATD) en particular. Siguiendo la trayectoria del uso de los ATD desde una perspectiva diacrónica (consumo de psicofármacos) intentaremos reflexionar sobre la farmacología en la contemporaneidad (la farmacología en un mundo farmacológicamente imperfecto), el paradigma que sostiene el contexto de la prescripción (¿bajo qué paradigma fomentamos el uso de la medicación?) y los trabajadores médicos y su papel en la indicación terapéutica mediante la prescripción (prescriptores vulnerables).

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Como se señala en los capítulos anteriores, el consumo de ATD viene en aumento sostenido en las últimas dos décadas. Si bien el indicador de consumo es un dato inespecífico y general, una de sus ventajas operativas es que permite comprar los consumos relativos en diferentes territorios y períodos de tiempo. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha observado un aumento muy importante del consumo de ATD en todos los países miembros en el período 2000-2014 (Skåland y Cieślak-Pobuda, 2019).

Datos específicos de cada territorio destacan que en Inglaterra la tendencia de prescripción se incrementó sustancialmente en las últimas décadas (Walker *et al.*, 2021). En España fue de un 200 % en el período 2000-2013, incremento que se correlaciona con el aumento de la prescripción de ISRS (AEMPS, 2015). Datos recientes de Suiza están en línea con el incremento en diferentes territorios europeos (Amrein, 2023). Sin embargo, este fenómeno no es regional de Europa, sino que se observa en casi todo el mundo. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en el primer nivel de atención en Canadá observó un incremento en su prevalencia entre 2006 y 2012 (Morkem *et al.*, 2015), al igual que en Nueva Zelanda, con un aumento del 100 % entre 1997 y 2005, también como expresión de predominancia del subgrupo de los ISRS (Ministry of Health, 2007). En China, también se observan incrementos en el consumo de antidepresivos con predominancia

de ISRS (Zhang *et al.*, 2022). En la región, un trabajo desarrollado en Chile señaló que el consumo de ATD entre 1992 y 2004 había crecido un 470 % (Jirón *et al.*, 2008).

En Uruguay, dos estudios abordan la problemática desde distintas miradas para el período 2010-2014. El primero, del Hospital Policial de la ciudad de Montevideo, identificó un incremento en el consumo de ATD del 8 % (Teixeira *et al.*, 2015). El segundo, que incluye varias instituciones del país, constató un aumento del consumo de ATD para el quinquenio de un 22,88 % y que los ISRS son el grupo de ATD más consumido, entre ellos, en particular la sertralina. El estudio concluye que el consumo de ATD en Uruguay en el período analizado fue inferior al observado en otros países, pero con una tendencia al aumento (Pagano *et al.*, 2021). A su vez, la séptima Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas publicada en 2019 (Observatorio Uruguayo de Drogas [OUD], 2019) dejó entrever que un 14 % de la población uruguaya ha consumido ATD alguna vez en la vida y un 6,8 % en los últimos 12 meses (alrededor de 120.000 personas). El aumento del uso de antidepresivos ocurrió sobre todo por ISRS como sertralina, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina. Por otro lado, un trabajo del Reino Unido observa un fenómeno particular: demuestra que la incidencia anual de nuevas prescripciones de ATD se mantiene sostenida, pero que, sin embargo, la prevalencia aumenta sistemáticamente (Mars *et al.*, 2017). A nuestro juicio, esto indica que, por distintas razones, los tratamientos con ATD no tienden a finalizar y que la prescripción se mantiene por tiempos prolongados.

Otro aspecto que se observa en algunos estudios y que vale la pena destacar es el mayor consumo relativo entre mujeres al compararlo con hombres, una especie de consumo feminizado. Los estudios de utilización de psicofármacos en pandemia destacan tendencias diferenciales en la prescripción entre ATD y ansiolíticos (Benistand *et al.*, 2022). Si bien hay una tendencia al aumento del uso de ATD, estos deben analizarse en la tendencia incremental de los últimos años. A su vez, los datos no tienen correlación diagnóstica, lo cual puede sesgar las interpretaciones de este tipo de estudio. También existen sesgos poblacionales y territoriales en los estudios de uso de psicofármacos en pandemia, ya que la mayoría fueron llevados a cabo en países de Europa y Norteamérica. Si bien en particular con el uso de ATD se observan consumos diferenciales en relación con los jóvenes y con el sexo femenino, se debe continuar explorando la tendencia de estos usos y del impacto de la pandemia.

Oldani (2014) denomina *paisaje psicotrópico* a los perfiles de prescripción que responden a distintos factores culturales e históricos en una

localidad geográfica. Estos pueden estar dominados por un fármaco en particular o estar caracterizados por la polifarmacia. La tendencia incremental observada en el uso de ATD se relaciona con el dominio del paisaje a expensas de la modulación serotoninérgica mediada por ISRS. El paisaje psicotrópico pospandémico aún se está configurando y se necesitan más datos globales para visualizar el fenómeno.

LA FARMACOLOGÍA EN UN MUNDO FARMACOLÓGICAMENTE IMPERFECTO

Etimológicamente, el término *fármaco* deriva del griego *pharmakon*, que puede ser tanto un remedio como un tóxico (Toledo *et al.*, 2020). Desde el origen del término, este induce a considerar los antagonismos o claroscuros que hacen al concepto en sí mismo. Goodman y Gilman destacaban en sus primeras ediciones del tratado de farmacología que esta consistía en el «conocimiento de los orígenes, propiedades físicas y químicas, compuestos, acciones fisiológicas, absorción, destino, excreción y usos terapéuticos de los fármacos» (Skåland y Cieślar-Pobuda, 2019). Hoy estos aspectos son lo que entendemos como *farmacología básica*, en la cual se estudian y destacan lo farmacocinético (absorción, metabolismo, distribución y excreción) y farmacodinámico (interacción fármaco-receptor, mecanismo de acción del fármaco). Estos modelos básicos de estudio, por más elegantes y explicativos que puedan ser, no contemplan todos los componentes implicados en la variabilidad intra e interindividual que ocurren en la clínica, la cual genera amplios abanicos de heterogeneidad en las respuestas farmacológicas. Farmacología básica y clínica no son mutuamente excluyentes, pero es importante destacar que por más que la plausibilidad biológica y las consideraciones desde el punto de vista básico respecto a un fármaco permitan hipotetizar que este será potencialmente eficaz, esto no garantiza su efectividad desde el punto de vista clínico. En particular en psicofarmacología, más allá de la mencionada variabilidad intra e interindividual en la respuesta, que impide anticiparla antes de hacer un ensayo terapéutico, existe un hiato epistemológico entre el mecanismo de acción de los psicofármacos y la respuesta clínica valorada sobre la base de escalas clínicas, lo cual confiere aún más complejidad.

Por otro lado, la farmacología clínica no debería ser tangencial a la clínica, como ha sido concebido durante mucho tiempo, sino que debería estar implicada, orientada y ser útil para la clínica. Para que la farmacología

resulte útil y operativa en la clínica, los aportes de evidencias que derivan de la investigación científica básica y clínica se le deben ofrecer al clínico de forma crítica para que las integre a su bagaje de experiencias personales y profesionales.

Vale la pena destacar algunos aspectos relativos a las variables que pueden incidir tanto en el uso como en la respuesta o incluso en la accesibilidad a los fármacos o medicamentos. De alguna manera, navegamos entre la impredecibilidad de la respuesta y los claroscuros de la génesis de la evidencia. A lo anterior también se le puede sumar la situación de vulnerabilidad del médico prescriptor, tal como desarrollaremos más adelante. Como señalábamos en la introducción, atendiendo el devenir farmacológico de las últimas décadas en el que la sobreutilización de medicamentos ha ido incrementando, nos preguntamos si el concepto de uso racional de medicamentos es posible o es, como formulamos, el porvenir de una ilusión.

Desde nuestra perspectiva, consideramos que no hay posibilidad de un uso racional de medicamentos, ya que muchas de nuestras decisiones como prescriptores no están ancladas en una toma de decisiones racional (Toledo *et al.*, 2020). Esas decisiones devienen de nuestra subjetividad como individuos en una trama compleja de interrelaciones que implican a la génesis de la evidencia, los intereses comerciales, la estructura de asistencia sanitaria y la demanda de medicamentos por parte de la sociedad, entre otras. Todo ello incide en nuestros hábitos prescriptivos y nos hace vulnerables como prescriptores. A su vez, hay un aspecto social de la farmacología con sus determinantes económicas respecto a los recursos de los medicamentos y a la accesibilidad de estos que son relevantes y forman parte de esta trama que hace a un mundo farmacológicamente imperfecto. En ese amplio abanico que va desde lo molecular a lo social hay una cantidad de intereses y procesos que inciden en la accesibilidad y luego en la interpretación y los usos de los medicamentos (Toledo *et al.*, 2023).

Ante lo que incide en la prescripción de los medicamentos y la imperfección del mundo farmacológico, la Ley de Salud Mental vigente en Uruguay desde 2017, n.º 19.529, en su artículo 6, sobre los derechos de los pacientes, destaca que «la persona usuaria de los servicios de salud mental tiene derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos» (Uruguay, 2017).

¿BAJO QUÉ PARADIGMA FOMENTAMOS EL USO DE LA MEDICACIÓN?

No se puede pensar la psicofarmacología y sus usos sin tener una perspectiva de su correlato disciplinario patológico, lo cual pertenece a la psiquiatría. A la psiquiatría, como disciplina médica, la medicina muchas veces la ve con recelo. A nuestro juicio, siguiendo a Berrios (2011), esta falta de comprensión de la disciplina por parte del *corpus* médico se explica por su carácter híbrido, ya que la psiquiatría es una disciplina que se da en la intersección entre lo natural y lo cultural. Esta apreciación no es menor, en tanto las dificultades epistemológicas que surgen de la disciplina justamente se deben a esta combinación. En el campo de la psiquiatría, los términos, conceptos y teorías se entrelazan, fluctúan y contextualizan en un sentido histórico que a su vez es discontinuo (Toledo *et al.*, 2018).

Lanteri usa el criterio paradigmático como criterio de periodización de la historia de la psiquiatría (Lanteri Laura, 2000), para lo que describe tres períodos en su análisis. Cada uno de ellos está caracterizado por la presencia de un paradigma predominante:

1. Paradigma de la alienación mental (hipótesis de la afección mental única, lo que da unidad al período). Se extendió aproximadamente desde finales del siglo XVIII hasta mediados del XIX.
2. Paradigma de las enfermedades mentales (distintas e irreductibles entre sí). Transcurrió hasta los inicios del siglo XX.
3. Paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas. Estuvo en desarrollo hasta finales de la década del setenta.

En la actualidad, estamos en un período de crisis paradigmática (Stagnaro, 2006). Es decir, el campo disciplinario de la psiquiatría está en una etapa en la que ningún metarrelato aglutinaría a la disciplina. Es como que el continente y el contenido están fusionados, indiferenciados, como lo normal y lo patológico se desdibujarían.

Según Healy (2002), la historia moderna de los fármacos y de la «locura» comienza con la década del cincuenta con la síntesis de la clorpromazina. El desarrollo de los antidepresivos en esa época fue producto de la serendipia (del inglés *serendipity*), es decir, un descubrimiento inesperado o casual cuando se intentaba desarrollar fármacos antituberculosos. El mecanismo de acción de estas moléculas dio lugar al desarrollo de la hipótesis monoaminérgica de la depresión. El desarrollo actual de antidepresivos de síntesis parte de dianas moleculares específicas y selectivas, como la inhibición de la recaptación de serotonina.

Sin embargo, hay cuestiones y preguntas desde esa época que aún no hemos podido resolver. Dan Stein (2008) aborda algunas preguntas generales y relevantes para el estudio de la psicofarmacología. Hace énfasis en tres grandes líneas a considerar: unas de orden conceptual o metafísico sobre categorías relevantes en psicofarmacología, otras de corte explicativo o epistemológico que intentan abordar el conocimiento del funcionamiento de los psicofármacos y otras de índole ética, respecto a cómo y cuándo se deberían usar.

Es relevante destacar que la depresión es una de las patologías más prevalentes, con una elevada morbilidad en el plano comunitario. A su vez, el grupo farmacológico conformado por los antidepresivos es de los más prescriptos, sobre todo debido al uso de los ISRS, lo cual también se aprecia en nuestro país. Usamos antidepresivos que tienen, sobre todo, modulación del sistema serotoninérgico, pero ¿qué entendemos por *depresión*? Como clínicos, aquí entramos en un terreno árido, ya que es necesario navegar por conjeturas de corte en esencia epistemológico. Kendler (2016) se pregunta qué clase de fenómeno es un trastorno psiquiátrico. Este autor considera que hay tres perspectivas filosóficas fundamentales a la hora de intentar explicar la naturaleza de estos fenómenos: el realismo, el pragmatismo y el constructivismo. El realismo presupone que el contenido de la ciencia es real e independiente de las actividades humanas y distingue dos diferentes aspectos, uno con base en la química, cuyo ejemplo paradigmático son los elementos de la tabla periódica, y otro con base en la biología, en que el paradigma es la *especie*. Por otro lado, el enfoque pragmático de los trastornos psiquiátricos solo busca categorías que funcionen bien en el mundo, no tiene ningún postulado sobre la realidad de estos trastornos. Por último, el constructivismo se ha relacionado con la construcción social de la enfermedad y admite que las fuerzas sociales desempeñan un papel en la creación de nuestros diagnósticos, lo mismo que en muchas ciencias. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos socialmente construidos son infrecuentes.

¿CÓMO PODEMOS ENTENDER LA DEPRESIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA?

Se puede definir como un estado de ánimo disminuido, expresado en un síndrome que involucra dominios como el humor y la afectividad, el pensamiento y otros, como dominios cognitivos y vegetativos, donde adquieren protagonismo los síntomas como la tristeza, la anhedonia, la fatigabilidad y las alteraciones en los patrones de sueño y apetito, cuya expresión tiene distintos matices de gravedad y riesgo y que se solapa con otras condiciones clínicas. La depresión no es solo un desbalance del sistema serotoninérgico, sino que en ella también pueden incidir la constitución de los ritmos biológicos y su sincronización con el entorno, la reactividad homeostática al estrés, la susceptibilidad a procesos inflamatorios crónicos, la desregulación del eje hipotálamo-hipofisoadrenal y tiroideo, entre otros fenómenos.

Una de las cuestiones que en las últimas décadas ha ido quedando más clara es la dificultad metodológica inherente al abordaje de los estudios relacionados con el sistema nervioso central y los procesos mórbidos psiquiátricos. De alguna manera, la máxima de Henry Ey, y respecto a *l'écart, gap* o el hiato entre la somatosis y el síntoma psicopatológico, mantiene toda su vigencia, con lo que deja de manifiesto las dificultades para establecer relaciones de causalidad o correlaciones rígidas. Con certeza, un médico crítico e informado difícilmente adhiera de forma plena a la hipótesis de la depleción serotoninérgica como causante de la depresión. Así, los efectos terapéuticos no estarían mediados en exclusividad por la singularidad del mecanismo de acción.

Otro fenómeno asociado con el uso de ADT va más allá de la depresión. Este fenómeno está ligado al uso de los psicofármacos en diferentes procesos mórbidos o trastornos, los usos transdiagnósticos frecuentes en psicofarmacología. Aquí nos planteamos una de las preguntas de Ghaemi: ¿los psicofármacos actuales son modificadores de procesos mórbidos o tienen efecto sintomático (Kendler, 2016).

En la actualidad, estamos bajo el paradigma de la medicina con base en la evidencia. La fuerza del nivel de evidencia está determinada por el método y el diseño en la evaluación de la intervención clínica. El ensayo clínico controlado y el metaanálisis son las herramientas metodológicas que más evidencia aportan. Sin embargo, el beneficio de un fármaco en un ensayo clínico controlado (eficacia) no necesariamente significa que este tenga un claro beneficio en la práctica clínica diaria (efectividad), ya que, en muchas ocasiones, sobrepasar el umbral de la significación estadística

no alcanza para tener una respuesta clínica adecuada y, a su vez, suele haber dificultades para trasladar esa evidencia a la clínica. En psicofarmacología muchas veces puede ser difícil obtener evidencia porque el tamaño del efecto puede ser modesto, sobre todo a corto plazo.

¿CÓMO ES EL MECANISMO DE LA GÉNESIS DE LA EVIDENCIA?

La construcción de evidencia es dinámica y aún hay aspectos metodológicos que están en desarrollo. Esto genera contradicciones en torno a la evidencia, más allá de ensayos clínicos explicativos o pragmáticos, con sus diferencias en la validez interna y externa. En los últimos años se han publicado distintos metaanálisis de red, de los cuales los antidepresivos no han quedado excluidos. El metaanálisis en red evalúa múltiples tratamientos en un solo análisis e incluye evidencia directa e indirecta que puede ser difícil de interpretar y aplicar a la práctica clínica diaria (Ghaemi, 2022). Si bien son datos interesantes, este tipo de estudios puede alejarnos de la realidad clínica de los individuos (Toledo *et al.*, 2020b). Klerman (1972) destaca la encrucijada en la que estamos. Identifica cuatro cuestiones tanto de índole moral como social: el derecho al tratamiento, los dilemas del tratamiento involuntario en los trastornos mentales por drogas u otras técnicas, las nuevas formas de discapacidad social y cronicidad para pacientes mentales en la comunidad; y la controversia sobre si nos estamos convirtiendo o no en sociedades medicadas en exceso, lo que introduce las ideas de *calvinismo farmacológico* y *hedonismo psicotrópico*. La visión calvinista de la farmacológica involucra una desconfianza general acerca de los medicamentos utilizados para propósitos no terapéuticos y una convicción de que si una sustancia *hace sentir bien, debe ser moralmente mala*. El hedonismo es la contracara del calvinismo farmacológico. Evidentemente, los datos de consumo de antidepresivos parecen situarnos en un contexto hedonista de la ingesta de psicofármacos. Estas son cuestiones difíciles de resolver y tal vez no haya una sola respuesta, ya que la trama de la prescripción presupone una visión paradigmática de los fenómenos en la cual, en alguna medida, estamos navegando a la deriva.

PRESCRIPTORES VULNERABLES

El médico prescriptor está sujeto a tramas que lo afectan en su toma de decisiones. La decisión de prescribir es un proceso complejo que involucra determinantes multifactoriales. Se pueden adoptar varias estrategias al tomar las decisiones prescriptivas, sin embargo, a pesar de que se han formulado diferentes hipótesis acerca de los factores que inciden en la toma de decisiones de los médicos, ninguna de las teorías puede explicar por sí sola el comportamiento de prescripción (Murshid y Mohaidin, 2017). Algunos autores plantean que ciertos factores emocionales inciden en los hábitos prescriptivos (Murshid y Mohaidin, 2017; Kozlowski *et al.*, 2017; Figueras, 2011) y que nuestras conductas prescriptivas pueden estar sujetas a emociones positivas o negativas, condicionadas o no por campañas de marketing, tales como las que pone en juego la industria farmacéutica.

Por lo tanto, algunos factores relevantes al prescribir un fármaco están condicionados por el movimiento de la medicina con base en la evidencia, el marketing de la industria farmacéutica, la organización asistencial del sistema de salud y el factor emocional del prescriptor en el ámbito de atención clínica, es decir, la incidencia de la toma de decisiones racional o emocional. Como prescriptores, de alguna manera, estamos vulnerables. ¿Por qué? Porque trabajamos en un sistema, una determinada lógica y trama en el que el movimiento de la medicina con base en la evidencia incide en el marco normativo de lo que es plausible de prescribir, avalado por la evidencia y autorizado por las agencias regulatorias. Este estatus es deseable, ya que da un marco de garantías respecto al potencial beneficio y a la seguridad del fármaco, siempre y cuando podamos entender y comprender los sesgos inherentes al desarrollo de la evidencia y las dificultades que en muchas ocasiones existen al trasladar la evidencia a la práctica clínica diaria. Sin embargo, este marco normativo es el que permite el acceso del medicamento al mercado y el que lo deja sujeto a su mano invisible, capaz de extenderse a sus usos fuera de indicación (*off-label*) luego de que se instala en el ámbito de la comercialización. La industria farmacéutica y su marketing poseen varias capas. Una significativa es la incidencia de los cursos de formación financiados por esta, lo cual aumenta la probabilidad de prescribir el fármaco que se auspicia de forma velada en los cursos de educación médica o en congresos con agendas con el aval de la industria farmacéutica.

A su vez, la organización del sistema asistencial en el que no se fomenta la educación médica permanente con una agenda que incida en la formación crítica y actualizada de los clínicos y el escaso tiempo del que se dispone para cada consulta inciden en el médico prescriptor. Por otro

lado, prevalecen las dificultades en el acceso a herramientas terapéuticas no farmacológicas. El *burnout* del médico prescriptor y la sobreagenda dificultan la relación entre el médico y el paciente, lo que también afecta su dinámica. Se ha descripto, por ejemplo, que existe correlación entre las emociones negativas por parte del prescriptor y la polifarmacia (Murshid y Mohaidin, 2017; Kozlowski *et al.*, 2017).

Estas variables y vulnerabilidades son relevantes, en tanto tienen incidencia tanto en la potencial sobreutilización como en la infrautilización de medicamentos. Es evidente que impactan en lo sanitario y en lo económico. En cuanto a lo sanitario, esto se refleja en el desbalance de la relación beneficio-riesgo del propio medicamento, que se torna inadecuada. En lo económico, el costo innecesario de la sobreutilización como el de la infrautilización se traduce en ineficiencias del sistema.

Como prescriptores atravesados por una trama compleja que determina nuestros actos, si pretendemos hacer un uso prudente, responsable o en última instancia intentar aproximarnos a la racionalidad, consideramos necesario pensar en los aspectos que inciden en nuestra prescripción. ¿Bajo qué paradigma de atención fomentaremos el uso de los medicamentos y los psicofármacos en particular? ¿Seremos capaces de ser menos vulnerables? Es difícil responder esta última pregunta. Sin embargo, podemos hacer un ejercicio crítico para intentar no caer ni en el calvinismo ni en el hedonismo farmacológico. Creemos que debemos comenzar, en la medida de lo posible, a incentivar la participación de los individuos en la toma de decisiones. Nuestra clínica debe tener la mejor información disponible y manejar la incertidumbre que conlleva. Consideramos que el ámbito de la prescripción compartida es una buena estrategia que permite forjar una relación, empoderar y promover el cumplimiento terapéutico en el contexto de la Ley de Salud Mental (Toledo *et al.*, 2020). Volviendo al epígrafe del Quijote, nos preguntamos: ¿qué bálsamo estamos prescribiendo? Evidentemente, no es el bálsamo de Fierabrás.

REFERENCIAS

AMREIN, M. A., HENGARTNER, M. P., NÄPFLIN, M., FARCHER, R., y HUBER, C. A. (2023). Prevalence, trends, and individual patterns of long-term antidepressant medication use in the adult Swiss general population. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 79(11), 1505-1513.

BENISTAND, P., VORILHON, P., LAPORTE, C., BOUILLON-MINOIS, J.-B., BROUSSE, G., BAGHERI, R., y DUTHEIL, F. (2022). Effect of the COVID-19 pandemic on psychotropic drug consumption. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1020023. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1020023>

BERRÍOS, G. E. (2011). *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos.

BUNGE, M. (2012). *Filosofía para médicos*. Barcelona: Gedisa.

FIGUERAS, A. (2011). The use of drugs is not as rational as we believe... but it can't be! The emotional roots of prescribing. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67(5), 433-435. <https://doi.org/10.1007/s00228-011-1024-5>

GHAEMI, S. N. (2022). Symptomatic versus disease-modifying effects of psychiatric drugs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(3), 251-257. <https://doi.org/10.1111/acps.13459>

GOODMAN, L. S., y GILMAN, A. (1941). *The pharmacological basis of therapeutics*. Nueva York: McGrawHill. Recuperado de <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3191#276122875>

HEALY, D. (2002). *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge: Harvard University Press.

JIRÓN, M., MACHADO, M., y RUIZ, I. (2008). Consumo de antidepresivos en Chile entre 1992 y 2004. *Revista Médica de Chile*, 136(9), 1147-1154. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000900009

KENDLER, K. S. (2016). The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 15, 5-12. <https://doi.org/10.1002/wps.20292>

KLERMAN, G. L. (1972). Psychotropic Hedonism vs. Pharmacological Calvinism. *The Hastings Center Report*, 2(4).1-3.

KOZLOWSKI, D., HUTCHINSON, M., HURLEY, J., ROWLEY, J., y SUTHERLAND, J. (2017). The role of emotion in clinical decision making: An integrative literature review. *BMC Medical Education*, 17(1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1089-7>

LANTERI L. G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Editorial Triacastela.

MARS, B., HERON, J., KESSLER, D., DAVIES, N. M., MARTIN, R. M., THOMAS, K. H., y GUNNELL, D. (2017). Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(2), 193-200. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1306-4>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (2015). *Informe de Utilización de Medicamentos U/AD/V1/14012015: Utilización de medicamentos*

antidepresivos en España durante el período 2000-2013. Recuperado de <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>

OBSERVATORIO URUGUAYO DE DROGAS (OUD) (2019). *vII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General: Informe de Investigación.* Montevideo: Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República. Recuperado de https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/vII_ENCUESTA_NACIONAL_DROGAS_POBLACION_GENERAL_2019.pdf

Patterns of Antidepressant Drug Prescribing and Intentional Self-harm Outcomes in New Zealand: An ecological study (2007). [internet]. 1-42. Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/patterns-antidepressant-drug-prescribing-v1.pdf>

MORKEM, R., BARBER, D., WILLIAMSON, T., y PATTEN, S. (2015). A Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network Study Evaluating Antidepressant Prescribing in Canada From 2006 to 2012. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(12), 564-570. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4679165/pdf/cjp-2015-vol60-dec2015-564-570.pdf>

MURSHID, M. A., y MOHAIDIN, Z. (2017). Models and theories of prescribing decisions: A review and suggested a new model. *Pharmacy Practice*, 15(2), 990.

OLDANI, M. (2014). Deep pharma: psychiatry, anthropology, and pharmaceutical detox. *Cultual Medicine and Psychiatry*, 38(2), 255-278. <https://doi.org/10.1007/s11013-014-9369-8>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1986). *Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos.* Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985. <https://iris.who.int/handle/10665/37403>

PAGANO, E., DOMÍNGUEZ, V., SPERANZA, N., BARBOZA, L., y TAMOSIUNAS, G. (2021). Evaluación del consumo de antidepresivos en la población uruguaya entre 2010 y 2014. *Revista Médica del Uruguay*, 37(3), e37304. Recuperado de <https://revista.rmu.org.uy/index.php/rmu/article/view/741>

SKÅNLAND, S. S., y CIEŚLAR-POBUDA, A. (2019). Off-label uses of drugs for depression. *European Journal of Pharmacology*, 865, 172732. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2019.172732>

STAGNARO, J. C. (2006). Elementos para pensar una psiquiatría dinámica hoy. *Psicoanálisis AP de BA*, 28(1), 171-187. Recuperado de <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/10/Stagnaro.pdf>

STEIN, D. J. (2008). *Philosophy of Psychopharmacology: Smart Pills, Happy Pills, and Pep Pills.* Nueva York: Cambridge University Press.

TEIXEIRA, V., IMBRIAGO, Y., y SARRIES, S. (2015). Utilización de antidepresivos en pacientes ambulatorios del Hospital Policial. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(1), 39-48. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/08/04_TO.pdf

TOLEDO, M., ALMADA, R., y VILLABA, L. (2018). Paradigmas psiquiátricos y psicofarmacología. ¿Relevancia del órgano-dinamismo de Henry Ey?

Psicología, Conocimiento y Sociedad, 8(2), 258-281. <https://doi.org/10.26864/pcs.v8.n2.12>

TOLEDO, M., GARCÍA, J. P., y PENENGO, M. (2020). *Farmacovigilancia en tiempos de pandemia*. Montevideo: Equipo de Farmacología, Facultad de Medicina, UCLAEH. Recuperado de <https://www.humamed.info/aportes-uclaeh-2>

TOLEDO, M., LOZANO, F., PENENGO, M., OLmos, I., y GARCÍA, J. P. (2021). *Los medicamentos en una nueva realidad*. Montevideo: Equipo de Farmacología, Facultad de Medicina, UCLAEH. Recuperado de <https://www.humamed.info/post/los-medicamentos-en-una-nueva-realidad>

TOLEDO, M., PENENGO, M., y GARCÍA, J. P. (2020b). Psiquiatría y evidencia: lecciones de la pandemia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 84(2), 130-132. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2021/01/05_CAE01.pdf

TOLEDO, M., PENENGO, M., GARCÍA, J. P., PERÍN, F., y GRAJALES, S. (2023). La farmacología en el contexto de la epidemia por COVID-19: Desafíos y experiencias del Área de Farmacología UCLAEH. *Revista Médica CLAEH*, 1(II), 37-43. Recuperado de https://biblio.claeh.edu.uy/pmbCлаeh/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=28670

TOLEDO, M., PENENGO, M., OLmos, I., y GARCÍA, J. P. (2023). La vulnerabilidad del prescriptor. *Psicofarmacología*, 20, 4-6. Recuperado de <https://universidad.claeh.edu.uy/medicina/wp-content/uploads/sites/5/2023/07/Psicofarmacolog%C3%ADA-Uruguay-20-n10.pdf>

URUGUAY (2017). Ley n.º 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.imo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>.

WALKER, A. J., CROKER, R., CURTIS, H. J., MACKENNA, B., y GOLDACRE, B. (2021). Trends in antidepressant prescribing in England. *The Lancet Psychiatry*, 8(4), 278-279.

ZHANG, X., HU, X., ZHAO, Y., LU, C. Y., NIE, X., y SHI, L. (2022). Trends in the utilization of psychotropic medications in China from 2018 to 2021. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 967826.

YO SOY, YO SOMOS: UNA ETERNA ESPIRAL

GUSTAVO TAMOSIUNAS⁶

Vemos el proceso de medicalización y medicamentación-farmaceuticalización de la sociedad como una espiral eterna a la que en cada vuelta se le va sumando nuevos elementos que interactúan, así vemos este proceso de medicalización y medicamentación-farmaceuticalización de la sociedad (Meneu, 2018). Esto nos interpela y nos cuestiona como individuos. Este capítulo también se desarrollará como una espiral que no se detiene. Quizás este proceso del que mucho hemos y se ha hablado ejemplifica lo que queremos reflexionar en este capítulo. De alguna forma, este largo proceso de medicalizar a la sociedad con su más fuerte dispositivo, el medicamento, nos muestra hasta dónde prescribimos por elección individual o por imposición social. Esto afecta al paciente, al familiar, al médico, a la institución y, en fin, a la sociedad toda. Esta danza entre el individuo y la sociedad es cada vez más *somos* que *soy* mucha más interacción y el problema es cómo se construyen esas interacciones que van moldeando nuestros intereses, gustos y actitudes, sobre todo cuando se trata de los procesos salud enfermedad y el *ab-uso necesario* de medicamentos para enfrentar cada vez más nuestros problemas cotidianos que para sanarnos.

Hace tiempo comenzamos a incursionar en el pensamiento sistémico y la ecología profunda (Capra, 1996, 1998), la teoría general de los sistemas (Bertalanffy, 1976). Más adelante nos internamos en el pensamiento complejo de Edgar Morin (1990, 1999, 2022) y sus aportes a la revolución de la educación porque creemos que es una perspectiva que se ajusta más a la realidad. El pensamiento lineal, mecanicista y biologicista que sostiene el modelo biomédico actual —aunque espero que por poco tiempo más— ha permitido un adelanto en el entendimiento de los problemas de la salud y comenzó a dar soluciones, aunque parciales, especializadas, a veces acertadas en diferentes disciplinas como la cardiología, la infectología, la endocrinología, la neurología y la psiquiatría entre otras. Avanzamos, en

⁶ Unidad Académica Farmacología y Terapéutica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

especial, si comparamos el estado de la cuestión en el siglo XIX y observamos el transcurso del siglo XX.

Sin embargo, las soluciones no vinieron solo desde la medicina, sino que también fue relevante el aporte desde otras áreas del conocimiento, que llevó a mejorar las condiciones de vida de la población. De la reflexión de estas otras innovaciones es que comenzó nuestro peregrinaje, pero sobre todo nace de la desilusión. Sí, de la desilusión de la evidencia científica, tal como se nos presenta en la actualidad, tan sesgada, tan opaca y llena de conflictos de interés. Al tiempo que se desarrolla la epidemiología clínica, la bioestadística y la moderna farmacología, industria mediante, con sus ensayos clínicos controlados, surge la noción o modelo de *medicina basada en la evidencia* (MBE). Esto significó un avance conceptual que auguró el camino a seguir, guiado por el pensamiento científico.

En este escenario nació la psicofarmacología moderna, con el uso del litio a mediados del siglo XX aunque los barbitúricos ya habían comenzado a usarse cuando los ensayos clínicos aún no aparecían con tanta claridad en el escenario clínico. Por esa época aparecieron las fenotiacinas, les siguieron los antidepresivos, las benzodiacepinas. En cuanto al desarrollo y uso de psicofármacos, la MBE recién daba sus primeros pasos. La psicofarmacología moderna, entonces, comenzó casi sin evidencia. Hoy, en esas condiciones, difícilmente se aprobarían por las agencias regulatorias. No obstante, aunque con falta de evidencia sólida, avanzaron generación tras generación (de moléculas y pacientes) sin retractarse de lo ocurrido.

Este ejemplo histórico vale en el sentido que venimos exponiendo. Más allá de la evidencia y mientras se iba desarrollando la hipótesis amílica, otro grupo de actores sociales buscaba más indicaciones para el potencial mercado que se iba vislumbrando. Como la clásica obra de Pirandello, me refiero a seis personajes en busca de un autor. La obra sería sobre medicamentos en busca de una indicación, y ¡vaya si la encontraron!

El tema resultaba interesante no solo por los conceptos sistémicos, sino por la desilusión de que aquel movimiento de la MBE que, a poco andar y mostrar sus frutos, comenzó a derrumbarse, comenzó a desvirtuarse y a corromperse. Me pregunté qué estaba pasando y afloró casi como una serendipia lo sistémico, el pensamiento de Maturana y Varela con el concepto de *nicho ecológico* y la ubicación de la *mente* fuera del sistema nervioso central (Capra, 1998; Garabito, 2016). Me preocupaba frente a estos y otros pensadores y autores de investigación en la salud, cómo la hipótesis amílica de las enfermedades mentales avanzaba y se iba imponiendo la idea de que un desequilibrio de neurotransmisión cerebral en los enfermos

requería de su restablecimiento a través del mecanismo de modulación de dichos trasmisores por los psicofármacos modernos. La industria y algunos expertos aún mantienen ese paradigma, sin embargo, y sin evidencia firme (Gøtszche, 2016). Nuestro punto inicial desde el que comenzamos a ver desde otro lugar los procesos biológicos —en realidad, biopsicosociales— es a partir de la biología y el concepto nuevo de *holobiontes* lugar de *individuo*, que tanto tiempo sostuvimos (Benavídez, 2021). Si somos desde nuestra individualidad holobiontes coevolucionando, también seguramente lo venimos haciendo ecosistémicamente y, por tanto, el *yo soy* está dando paso al *yo somos*, como evolución hacia un nuevo paradigma.

Como dije, si bien el paradigma biomédico permitió avances, está llevando a una situación insostenible en la actualidad por los daños que está generando en distintos ámbitos que escapan a este capítulo. Solo basta mencionar la mortalidad que surge del uso de antibióticos que, según la OMS, en pocas décadas será una de las principales causas de muerte en todo el mundo o, quizás mejor, exemplifique la mortalidad por medicamentos como una de las principales causas de mortalidad mundial. No discutiremos la ecofarmacología (González, 2011), que muestra el cambio ambiental que estamos produciendo por el uso de medicamentos. Estos ejemplos se deben a la altísima exposición a medicamentos, pero tiene que ver con paradigmas y modos de concebir la salud sin importar demasiado las consecuencias globales, sistémicas. Durante todo este tiempo de la MBE hemos desarrollado o, mejor, privilegiado el análisis por sobre la síntesis; las especialidades han ido separando al ser humano en partes y hemos ido perdiendo algo de nuestra esencia poco a poco. Por eso estas reflexiones pretenden mostrar que el aumento del consumo de psicofármacos no se inició con la pandemia y son, además, una faceta de la actual crisis de paradigma que vivimos.

Yo soy, yo somos. Entre la individualidad y lo colectivo venimos transitando nuestras decisiones. ¿Qué tanto soy?, ¿qué tanto somos? Estas son interrogantes que nos acompañan desde hace tiempo, pero no hemos reparado, quizás, hasta qué punto este dilema gobierna nuestras vidas. No estamos inventando la sociología de la salud ni la psicología social, sino solo reflexionando a propósito de los actores que han participado y participan en el consumo de medicamentos, en particular, los psicofármacos: ¿hasta qué punto somos individuos libres, hasta qué punto somos interacción (pasible de dominación) y, por tanto, cómo podemos explicar y salir del problema que nos reúne, el creciente abuso de psicofármacos durante la pandemia? ¿El aumento del uso de psicofármacos durante la pandemia es un epifenómeno coyuntural o forma parte de algo que viene *in crescendo*

desde hace tiempo y, por ende, es más estructural? Pretendemos mostrar desde esta perspectiva del somos o, mejor, del vamos siendo, que en realidad venimos transitando este camino desde hace tiempo. El problema que estamos considerando del aumento de consumo de psicofármacos en pandemia, es un aspecto de un problema mayor: el uso del medicamento. Es decir que, para resolver el problema del medicamento, quizás no es entrando por el psicofármaco en pandemia nada más. El problema no es de los psicofármacos ni de los analgésicos, los antibióticos o los antidiabéticos, sino de cómo están siendo concebidos. Por supuesto que, a su vez, hay aspectos singulares y específicos en el uso de cada uno de ellos.

Vemos diferentes formas del *yo soy, yo somos*, por ejemplo, en el pensamiento de Ortega y Gasset cuando nos dice *yo soy yo y mi circunstancia*; en Maturana (1990) cuando explica que somos un nicho ecológico, o en Morin con su noción de *autoecoorganización*. Desde esta perspectiva, nuestro comportamiento no puede estar descontextualizado: no soy yo con el medicamento, sino nosotros en contexto los que consumimos estos psicofármacos, y, sus efectos también estarán dentro de ese contexto. Trataremos de explicar este punto. Al analizar el medicamento en contexto, nos orientamos hacia una posible solución al problema, ya que no son los psicofármacos en sí mismos, sino la manera en la que los venimos concibiendo, es decir su contexto. Ahora bien, cuando hablamos de esto hablamos de intereses, y son ellos los que se ponen en juego para generar la situación en la que nos encontramos en la actualidad.

Para comprender lo que acabamos de mencionar y hacia dónde va esta reflexión, es necesario volver a contextualizar el problema de los medicamentos desde una perspectiva histórica. Los medicamentos tienen hoy un papel importante en sociedad, pero esto no fue siempre así. Poco a poco fue creciendo y ampliándose su uso, se expandieron hacia lugares antes insospechados. No tenemos que ir mucho más allá del siglo pasado. El desarrollo de la ciencia a partir del siglo XVIII, con los diferentes descubrimientos en la microbiología, la óptica (permitió ver hacia lo más profundo del cuerpo), la penicilina en la Segunda Guerra Mundial, el nacimiento de la moderna psicofarmacología de los sesenta y de las medidas de higiene llevaron a un proceso de medicalización de la sociedad. Naturalizamos el uso de medicamentos y medicalizamos casi todo y los medicamentos se convirtieron en un dispositivo fundamental. Si bien los ejemplos y la discusión que daremos aquí se dirigen en particular a los psicofármacos, debe quedar claro que los trasciende como grupo, es decir, se trata de un caso particular de un problema general a todos los medicamentos, de alguna manera. A su vez, trasciende, además, al medicamento, ya que involucra áreas mayores

de la sociedad. Se trata de repensar qué salud tenemos y cuál queremos, que sociedad tenemos y cuál queremos. Se relaciona, en fin, con nuestra forma de desarrollo. Nos proponemos, entonces, salir, escapar del clásico binomio médico-paciente, así como de la prescripción irracional de medicamentos, de la que mucho se ha hablado —y a ello suscribimos—.

Al salir del binomio médico-paciente, al descentrarnos de la prescripción estricta y tomar distancia, comprobamos que el uso actual de psicofármacos (y medicamentos) va mucho más allá del consultorio, con su compleja problemática. Debemos considerar otros actores que están involucrados de forma más o menos consciente, pero que le imprimen una fuerza de cambio, no en el mejor sentido de la palabra, muchas veces, o según de que sector estemos hablando, será hacia donde se dirijan los sistemas involucrados. ¿Qué quiero decir con esto? Pensemos otra vez de manera sistémica, recordemos que el todo es más que la suma de las partes y que el todo tiende a un fin. La dirección será el resultado de las fuerzas interretrodependientes. Por tanto, al considerar una de las partes, por ejemplo, el binomio médico-paciente (sirve el ejemplo para otros binomios del mismo tipo, como psicólogo-paciente), no estaremos viendo el todo ni cómo está funcionando el sistema. Nos encontramos en un contexto que se interrelaciona con otros más abarcativos. Qué lejos está el paciente cuando las políticas de medicamentos en relación con qué se investiga, cómo se distribuye, dónde se comercializa, en qué revista arbitrada se publica, cuáles Estados pueden comprar el medicamento (vacunas, psicofármacos o tratamiento para la obesidad) se definen en los tratados de libre comercio, por ejemplo, según la Organización Mundial de Comercio y tienen más que ver con nuevas realidades económicas que con el sufrimiento humano (Félix Lobo, 1997). A pesar de que hagamos el máximo esfuerzo por mejorar el uso desde la prescripción, al no ver el todo, nuestras fuerzas pueden disiparse, digamos, en un mero efecto Joule. Las propiedades que emergen de los sistemas son las que hacen andar dichos sistemas y los mecanismos de autorregulación de autoorganización se encargan de los ajustes necesarios para que el sistema siga andando. A su vez, se trata de un sistema funciona en una red de sistemas (suprasistemas y subsistemas) en permanente dinamismo. Para nuestro ejemplo, aquel microsistema (o microcontexto) médico-paciente se articula con otros como el institucional del servicio de salud y otro más arriba constituido por el sistema de salud, y así, sucesiva y progresivamente, nos vamos ecoorganizando.

Entonces, la cuestión es el medicamento en contexto, el medicamento y los intereses que circulan a su alrededor. Es necesario entonces, entender al medicamento desde sus diferentes perspectivas y considerando los

actores sociales que participan y le imprimen fuerzas que redireccionan al sistema. Un caso reciente que muestra esto es el del Ministerio de Salud Pública, que decidió dar antidepresivos gratis (sertralina, por ejemplo) y, con ello, le dio una dirección al sistema en un sentido que no se acompaña ni con la evidencia científica ni con la concepción actual sobre salud mental, depresión y suicidio. Mas allá de la prescripción, ese anuncio valida la hipótesis amílica de las enfermedades mentales y deslizar que hay una respuesta mágica, unilateral, lineal, más allá del anacronismo de mantener una hipótesis —que fue siempre débil, por otra parte— que hoy por hoy no es reconocida como válida para explicar el (supuesto) efecto antidepresivo de los antidepresivos («Gobierno presentó plan», 2023). Acá no estamos apelando al marketing de la industria, sino a un sistema de creencias que se nos impone y que contextualiza desde arriba el binomio médico-paciente inicial. No alcanzamos a ver la industria aquí, no es necesario porque ya está, *a priori*, desde un proceso histórico que venimos transitando como ya se explicó.

El uso de psicofármacos ha ido en aumento desde mediados del siglo pasado y de forma muy significativa, no siempre ajustado a la evidencia científica. Nuestra hipótesis es que, si bien ha crecido durante la pandemia, lo viene haciendo de tiempo atrás, décadas atrás, por un modelo que se ha ido imponiendo lento, pero sin pausa. Tan lento es el movimiento de los sistemas que su percepción es para nada evidente o, al menos, tan evidente como para tomar acciones. El otro punto es que los diferentes actores involucrados forman parte importante del sistema, lo integran y no son meros factores para considerar. A estos actores nos referimos al principio con los intereses, al poder de los intereses en juego como propiedades emergentes.

Yo soy, yo somos en el uso de medicamentos significa también ver el problema desde una perspectiva sistémica que nos permita entender o aproximarnos a una dimensión no siempre considerada en estos temas. El medicamento se puede concebir como pura tecnología, como herramienta terapéutica, como abordaje al conocimiento del funcionamiento del organismo y sus alteraciones, como bien social, como factor desequilibrante de los sistemas sanitarios y económicos de un país, como tecnología al servicio del paciente, la sociedad o las empresas e incluso como dispositivo de control de manipulación o de dominio, entre otras tantas perspectivas. Estas perspectivas involucran diferentes actores sociales que interactúan a modo de bucle de retroalimentación, es decir, se van autorregulando entre los diferentes sistemas involucrados. El concepto de *actor social* aquí es, a nuestro entender, mucho más amplio de lo que entendemos como tal habitualmente.

En la actualidad, el problema de los medicamentos nos atraviesa a todos y todas. Por un lado, no podemos negar el impacto que tienen los medicamentos a escala mundial o nacional. En la salud, son una herramienta ineludible para prevenir, aliviar sufrimiento, evitar complicaciones, mejorar calidad de vida y, en algunos casos, incluso para incidir en la mortalidad de una enfermedad. Hoy es difícil que un paciente que llegue a la consulta con el médico no salga con algún medicamento prescripto, que, lamentablemente, será uno más en la lista de los que está usando, en la mayoría de los casos. Sin embargo, nos referimos a la alta exposición, por ejemplo, y nos preguntamos cómo hemos llegado hasta este punto, hasta dónde son tan necesarios para nuestra vida. Somos, a nuestro entender, una sociedad farmacocentrista, para bien o para mal. En realidad, la sociedad acepta a los medicamentos porque *funcionan*, pero también funcionan porque la sociedad cree en ellos. Funcionan o creemos que lo hacen, y por esto los aceptamos y compramos todo lo que se nos dice al respecto de sus bondades. Estas reflexiones tienen un significado diferente en el momento que lo consideramos desde la perspectiva sistémica y no solo desde el individuo o la persona. A esto apuntamos cuando hablamos de *¿yo soy o yo somos?* Ahora bien, si esto ocurre en general para los medicamentos, para el caso de los psicofármacos es escandaloso, ya que pasamos a confundir estados de ánimo con trastornos, y situaciones cotidianas, medicalización mediante, llevan al *ab-uso* de psicofármacos como conclusión necesaria, porque forma parte de aquella propiedad emergente del sistema que venimos analizando.

Con el título de este capítulo, una vez más, pretendemos reflexionar sobre aspectos profundos del uso y, por qué no, del efecto de los medicamentos. Se lo contextualiza dentro de aquellas palabras de Einstein (1985) en relación con que es la teoría lo que nos permite ver lo que vemos. Vemos las cosas de alguna manera desde nuestras creencias o, más científicamente, estamos viendo desde un paradigma.

Kuhn (1970) se refirió a esto al estudiar la estructura de las revoluciones científicas. En el caso que nos ocupa podríamos atrevernos a interpretar lo anterior como: todo dentro del paradigma y nada fuera de él. A veces, al no detenernos a pensar en esto, creemos que las cosas son de una manera y no reparamos en que vamos construyendo nuestra realidad y que esto ocurre dentro de un sistema de creencias admitido como válido dentro de determinado tiempo y espacio. Llevó tiempo cambiar y reconocer que algunas enfermedades eran producidas por microorganismos y que, en realidad, eran contagiosas y, hasta que no dispusimos de los primeros antibióticos, gracias a Fleming y sus colegas, las curaciones se

debían más al azar y al curso natural que a las terapéuticas reinantes. La cuarentena era, a veces, la única opción, pero para evitar la diseminación más que para cuidar y curar al enfermo. Nuestras vidas cambiaron y la teoría microbiológica llevó al desarrollo de numerosos antibióticos y a avanzar en el reconocimiento de la patogenia, la evolución y las complicaciones de las enfermedades infectocontagiosas que dejaron de ser un enigma y la principal causa de mortalidad en la sociedad. Hoy parecen preocuparnos más las enfermedades no trasmisibles.

Sin embargo, y continuando con Kuhn, debemos señalar el contexto histórico en que se articulan estos paradigmas, es decir, en qué etapa estamos. En la etapa de normalidad, el paradigma reina y lucha para conseguir más adeptos y ganar más territorios que lo legitimen. En su etapa de crisis, este reina menos y lucha más por sobrevivir y tratar de imponerse de cualquier forma para permanecer, hasta que un nuevo paradigma triunfe y se repita el ciclo.

¿Hasta qué punto puede influir en el uso de medicamentos en general y muy especialmente en la psicofarmacología la visión o la perspectiva en que nos paremos para observar un fenómeno? Se sabe que nuestro sistema de creencias tiene un efecto y un impacto sobre nuestra salud, pero no siempre hemos reparado en que estos conceptos se derraman a los medicamentos. Miramos al medicamento (y, por tanto, a su consumo, abuso, efectos, etc.) desde el paradigma reinante. Ahora bien, ¿nos encontramos en una fase de normalidad o de crisis? El paradigma biomédico, biológico lineal, reduccionista imperante hasta hace no mucho tiempo está, a nuestro entender, en crisis, y los diferentes actores sociales que lo sustentan luchan por mantenerlo, pese a la acumulación de evidencias en otro sentido. Aún vemos el medicamento con esa mirada simplista, individualista (en el sentido de *individuo*) y eso puede estar incidiendo en nuestro consumo. ¿Si no lo veo no lo creo o si no lo creo no lo veo? Esa es una pregunta esencial e invisible a nuestros ojos.

Nuestro objetivo es mostrar en qué medida los efectos de los medicamentos dependen de forma determinante de muchos otros factores que tienen un papel mucho más complejo en el consumo de medicamentos y sus consecuencias biopsicosociales. Para *complejo* nos remitimos a la acepción que marca Morin (1990) en el sentido de *complexus*, es decir, muchos factores entremezclados, pero formando una unidad. La unidad compleja es interacción dinámica ecológica y no es posible aislarla, es decir en sus partes o fuera del contexto, porque se pierden por el camino propiedades esenciales que hacen a esa unidad. El estudio que nos propone Morin es profundizar en la interacción y no tanto detenernos en cada eslabón

particular, porque el funcionamiento del sistema requiere la unión de las partes: el todo es más que la suma de las partes. Si analizamos el *ab-uso* de psicofármacos desde la prescripción o desde la dispensación, nos quedaremos con una aproximación superficial al asunto. Lo que queremos decir es que los diferentes actores sociales cobran gran importancia y, de una u otra forma, interactúan promoviendo este uso irracional e irresponsable. *Yo soy, yo somos* pretende generar la reflexión de hasta qué punto somos individuos libres y hasta qué punto dependemos de la interacción de los múltiples individuos que nos constituyen e imponen, casi sin que nos demos cuenta, sus intereses.

Hemos hablado más de una vez sobre el papel de los medicamentos como bien social a alcanzar, pero esto está muy lejos de cumplirse, dada la situación actual. Las reglas del juego no parecen apuntar a mejorar el aspecto social por encima del empresarial. De esta manera, la lucha entre ambas fuerzas (tensión del medicamento como bien de consumo y como bien social) viene siendo bastante injusta y despareja, dado el crecimiento de la industria y, sobre todo, dado su impacto en diferentes ámbitos de la sociedad. Esta sociedad, a la vez que medicalizada, ha «comprendido» que sin medicamentos no es posible una salud adecuada. Nosotros vamos por otro camino y pensamos que la noción *una salud* de IOMS es útil para definir a qué debemos prestarle atención y dedicarle esfuerzos. De alguna manera, *yo soy*, desde el paradigma biológico, supone una individualidad, con interacciones, sí, pero con determinantes pautados por mis genes, mis neurotransmisores, mi biología. *Yo somos*, en cambio, se constituye desde el paradigma biopsicosocial, en interacción permanente a través de bucles de interretroacción. Nos autoorganizamos, pero desde la interacción, como diría Morin (1990), autoecoorganización en el nicho ecológico de Maturana y Varela (1980). ¿Qué significa esto y qué consecuencias nos trae? Dejamos de ser individuos para ser holobiontes en interacción social.

Que queremos significar con *soy* y *somos*, en realidad, alude a lo que la biología nos enseña hoy (y desde hace unos cuantos años) sobre que cada vez se nos hace más difícil pensarnos como seres individuales, independientes. Por el contrario, más que una individualidad somos un sinnúmero de individualidades desde lo más profundo de nuestro organismo hasta el plano social. En este sentido, ya en el siglo pasado, Morin (2002) hacía referencia a una educación planetaria y ecológica en su clásico pensamiento complejo. Lo que sucede aquí y ahora se interconecta en todo el mundo y no lo digo solo en un sentido geopolítico, sino también biológico: somos interdependientes interactuantes en un

sentido más profundo al que le hemos dado hasta ahora. La palabra *holobionte* hace referencia a la multiplicidad de organismos que habitamos o nos habitan para ser lo que somos. Dependemos de una microbiota o un microbioma para subsistir, para sobrevivir y para ser lo que somos. Se ha dicho que los medicamentos tienen efecto porque creemos en ellos, pero, a la vez, creemos en ellos porque tienen efecto. Es una forma circular de expresar lo difícil y a veces indisoluble que es deslindar diferentes componentes del efecto farmacológico o terapéutico. Es probable que esto que estamos comentando esté relacionado también con el efecto placebo, que tiene muchos componentes que tan difícil se nos hace para explicar el efecto terapéutico propio del fármaco.

Somos lo que somos de nuestra interacción que modula aspectos tan importantes como el acceso, el patrón de uso e incluso el efecto de los medicamentos. Insistimos en esto porque la aproximación farmacológica en experimentación preclínica se nos hace cada vez más alejada de la realidad terapéutica, más lejana del verdadero impacto de los medicamentos en la sociedad y, mientras no veamos estos aspectos sociales (micro y macro) vamos a estar mirando el problema desde una perspectiva simplicista. Quizás el último sistema sea el que Morin (1991) anunció hace ya varios años, la noosfera. Es decir, la capa que nos rodea nos une y nos integra. No lo pensaba desde el lugar que podemos hacerlo hoy, pero se refería a la noosfera como aquella capa que, una vez echada a andar, cobra vida propia, la capa de las ideas y el conocimiento. Estos están a nuestro alrededor, nos desbordan y, casi sin que nos demos cuenta, producen movimientos sobre nuestra idea de salud acerca de lo que debe preocuparnos. Como consecuencia, como lo venimos desarrollando, también esta noosfera, muchas veces *a priori*, nos lleva a desear ese medicamento que solucionará esos problemas. Es una capa virtual, es una dimensión dinámica en constante cambio que se va adaptando y va creciendo, generando interés, búsqueda de consumo y de satisfacción, más allá de la evidencia, más allá de los pilares básicos de la farmacología y de la medicina de la (pseudo)evidencia.

Ahora, quizás con el desarrollo de la virtualidad y la conectividad, sea internet, plataformas, inteligencia artificial, nos resulte más sencillo entender el concepto de *noosfera*, de alguna manera es un supracontexto del cual es difícil salir. Se van metiendo cada vez más entre nosotros los algoritmos, la inteligencia artificial, que se desarrolla a medida que la usamos y decodifica nuestras costumbres, pensamientos, intereses, gustos, etc. No bien hacemos una pregunta en un buscador sobre un tema específico, comienzan a llegar poco a poco otros con una tendencia, un sesgo y, cuando

queremos darnos cuenta, los algoritmos van decidiendo y van buscando y encontrando aquello que *estamos buscando* y van quedando menos visibles otros aspectos que no coinciden con *nuestras* preferencias. *Yo soy, yo somos* también es y será un dilema de la virtualidad que nos acecha y que desdibuja nuestra propia individualidad de una forma menos tangible. Byung-Chul Han (2021) le da otro nombre a la noosfera, habla del terreno de las *no cosas* y, por sus características, se hace más difícil su percepción y, por tanto, defendernos de ellas. Somos holobiontes que vamos coevolucionando en ecosistemas cada vez más líquidos, como diría Baumann o, mejor, cada vez más virtualmente líquidos. Esto es una cuestión que escapa al presente capítulo y que dejaremos para otra instancia de reflexión.

REFERENCIAS

BENAVÍDEZ, A. (2021). *El holobionte humano*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.13300.88968>

BERTALANFFY, L. V. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

HAN, B.-Ch. (2021). *No-cosas: Quiebras del mundo de hoy*. Madrid: Taurus.

CAPRA, F. (1996). *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los seres vivos*. Madrid: Anagrama.

——— (1998). *El punto crucial. Ciencia sociedad y cultura naciente*. Buenos Aires: Editorial Estaciones.

GARAVITO GÓMEZ, M. C., y VILLAMIL LOZANO, A. F. (2017). Vida, cognición y sociedad: La Teoría de la Autopoiesis de Maturana y Varela. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 43-53. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10205>

EINSTEIN, A. (1985). *El significado de la relatividad*. Barcelona: Planeta-Agostini.

Gobierno presentó plan integral con foco en salud mental y adicciones (2023, junio 26). *Presidencia Uruguay*. Recuperado de <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/gobierno-presento-plan-integral-foco-salud-mental-adicciones>

GONZÁLEZ, J., ORERO, A., OLMO, V., MARTÍNEZ, D., PRIETO, J., BAHLSSEN, J. A., y HONORATO, J. (2011). Farmaecología. *Revista Española de Quimioterapia*, 24(2), 67-73.

GÖTSZCHE, P. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Barcelona: Los Libros del Lince.

KUHN, Th. (1970). *La estructura de las revoluciones científicas*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

LOBO, F., y VELÁSQUEZ, G. (1997). *Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas*. Madrid: Civitas.

MATURANA, H. R., y VARELA, F. J. (1980). *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living* (Boston Studies in the Philosophy of Science, vol. 42). Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. Recuperado de https://monoskop.org/images/3/35/Maturana_Humberto_Varela_Francisco_Autopoiesis_and_Congition_The_Realization_of_the_Living.pdf

MENEU, R. (2018). La medicalización de la vida y la reciente emergencia de la «medicamentalización». *Farmacia Hospitalaria*, 42(4), 174-179. <https://doi.org/10.7399/fh.11064>

MORIN, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

——— (1991). *El Método IV: Las ideas. Su hábitat, su vida, sus costumbres, su organización*. Madrid: Cátedra

——— (1999). *La cabeza bien puesta: repensar la reforma reformar el pensamiento*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

MORIN, E. (2002). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. París: Santillana-Unesco. Recuperado de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000117740_spa

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2020, julio 31). *Resistencia a los antibióticos* (Informe). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>



La pandemia de covid-19 dejó marcas profundas en todos los aspectos de la vida contemporánea. No solo fue una crisis sanitaria global sin precedentes, sino también un fenómeno social y emocional de gran escala. El confinamiento, el distanciamiento físico y la incertidumbre colectiva generaron una fuerte preocupación por la salud mental. Muy pronto, surgieron estudios que advertían sobre un incremento en los síntomas de ansiedad, depresión, insomnio, estrés y en el uso de psicofármacos.

Este libro nace a partir de la necesidad de responder a algunas interrogantes: ¿el consumo de psicofármacos realmente aumentó durante la pandemia, o simplemente cambió nuestra percepción del problema? ¿Qué relación hay entre la experiencia pandémica y las formas contemporáneas de malestar psíquico? ¿Cómo se configura este fenómeno en el contexto uruguayo? Así, invita a pensar más allá de los diagnósticos rápidos, explorando críticamente los régimenfarmacológicos actuales y sus implicancias subjetivas y sociales.

La Ley Orgánica de la Universidad de la República define en su artículo 2, entre sus fines, el de «contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública». Apuntando a este cometido se ha creado el Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, con el objetivo de financiar proyectos de difusión en torno a temas de relevancia nacional.

Se trata de un programa que busca promover el estudio de temas relevantes y polémicos a través del financiamiento de proyectos realizados por grupos interdisciplinarios de profesionales universitarios, para su posterior publicación y presentación pública, poniendo a disposición de la ciudadanía toda la información generada sobre el tema de trabajo.

La Colección Artículo 2 reúne los resultados obtenidos por las propuestas financiadas.