



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



TRABAJO FINAL DE GRADO

*Benzodiacepinas en Uruguay: Biopolítica, Medicalización y
Anestesia Social en la Sociedad del Rendimiento.*

Estudiante: Mariana Sosa Oyarzábal
4.654.398-3

Tutor: Lic. Tit. Juan Fernández Romar

Montevideo, Uruguay
2025

Índice:

1. Introducción	3
2. La medicalización de lo cotidiano y las benzodiazepinas.....	5
3. Ansiedad y Benzodiazepinas	6
3.1 Ansiedad: Construcción del concepto, definición y síntomas	6
3.2 Ansiedad y Benzodiazepinas (BZD)	9
3.3 Historia de los ansiolíticos: benzodiazepinas	9
4. Criterios de uso, prescripción y normalización del consumo de BZD	11
4.1 Usos terapéuticos de las BZD:	11
4.2 Prescripción excesiva y facilidad de acceso	12
4.3 Normalización de las BZD: impacto social y cultural	15
5. Dependencia, efectos sobre la salud y enfoques sistémicos de abordaje	16
5.1 Riesgos de dependencia y tolerancia	16
5.2 Efectos adversos y riesgos para la salud	17
5.3 Alternativas y soluciones sistémicas:.....	19
6. Demanda epidemiológica, problemática y posibles soluciones sistémicas en Uruguay	21
7. Reflexiones finales	25
8. Referencias bibliográficas:	27

Resumen:

El presente trabajo analiza críticamente el creciente consumo de benzodiacepinas (BZD) en Uruguay, abordándolo como un fenómeno que trasciende lo meramente clínico-patológico y se inscribe en procesos sociales más amplios. Se problematiza como el uso extendido de estos psicofármacos, particularmente en contextos no estrictamente patológicos, responde a una lógica de medicalización de la vida cotidiana, en la que el malestar psíquico es gestionado prioritariamente a través de intervenciones farmacológicas.

Se cuestionan en el trabajo las recomendaciones clínicas, las cuales indican un uso limitado y de corto plazo, y las prácticas efectivas, caracterizadas por tratamientos prolongados, visualizando los riesgos asociados al consumo sostenido, como la dependencia, el deterioro cognitivo y el síndrome de abstinencia.

Desde una perspectiva teórica, se reflexiona sobre el lugar que ocupan las BZD como dispositivos que regulan el malestar en sociedades que se caracterizan por mantener un alto rendimiento y adaptación.

Finalmente, se proponen estrategias de abordaje multinivel que contemplen políticas públicas, formación profesional y alternativas terapéuticas no farmacológicas, promoviendo una mirada crítica y humanizada del sufrimiento psíquico.

1. Introducción

Esta monografía está enmarcada en el trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Con respecto a la elección de mi tema, considero importante destacar la necesidad de darle a la psicofarmacología un papel central en el ámbito de la psicología, dado que los psicofármacos son herramientas de suma importancia en el tratamiento de los trastornos mentales como lo son la ansiedad y la depresión. Comprender cómo influye en el funcionamiento psíquico y emocional permite analizar su impacto en el proceso terapéutico.

Por lo tanto en dicho trabajo, se abordará sobre el consumo de BZD y cómo éstas han experimentado un incremento significativo a nivel global en las últimas décadas, situándose a la cabeza del consumo de sustancias psicoactivas en Uruguay. Si bien inicialmente fueron indicadas como fármacos de elección para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio, su uso clínico se ha expandido hasta convertirse en una respuesta médica habitual frente a malestares cotidianos.

El trabajo se estructura centrado en el análisis del consumo de BZD en Uruguay, con especial atención en su prescripción excesiva, la facilidad de acceso, el riesgo de dependencia y los efectos adversos sobre la salud física, mental y emocional.

Para analizar este fenómeno, resulta indispensable integrar perspectivas críticas que interroguen las dinámicas de poder y control subyacentes. La noción de biopolítica de Foucault (2017), permite explorar cómo el poder, en su forma de biopoder, se ejerce sobre la vida de la población, gestionando la salud y la enfermedad. En el contexto de la salud mental, esta biopolítica se manifiesta en la medicalización de las emociones y los comportamientos, donde el malestar existencial es reinterpretado como un problema médico, desviando la atención de sus causas sociales y estructurales.

En esta misma línea crítica, otro autor importante para considerar es Illich (1987), quien cuestiona la medicalización al señalar que la expansión de la medicina institucionalizada ha transformado los problemas existenciales y emocionales en cuestiones médicas tratables. Esto, según el autor, genera una dependencia farmacológica que despoja a los individuos de su autonomía en el manejo del sufrimiento.

Desde una perspectiva más actual, el filósofo Byung-Chul Han amplía críticamente estas dinámicas al centrarse en las formas de control propias del capitalismo tardío. En *La sociedad paliativa*, el autor plantea que vivimos bajo un imperativo de rendimiento constante que nos lleva a evitar el dolor a toda costa, recurriendo a psicofármacos, terapias exprés o una positividad forzada. En este contexto, todo malestar tiende a ser psiquiatrizado y medicalizado, lo que promueve el aumento del consumo de fármacos como las BZD y contribuye, según Han, a una “cultura de la anestesia generalizada”.

Por lo que estos modos de cultura afectan la calidad de vida de quienes la padecen y en cómo las BZD aparecen como un recurso terapéutico destinado a mejorar su participación activa y funcional en la sociedad, es que esta monografía, se propone analizar críticamente este fenómeno desde una perspectiva social, médica y cultural, argumentando que el consumo de BZD trasciende lo patológico para insertarse en un contexto sociocultural que exige a los sujetos un rendimiento y una disponibilidad emocional permanente. Además, analizaré la excesiva prescripción de las mismas, el riesgo de dependencia y el impacto social y cultural en Uruguay.

2. La medicalización de lo cotidiano y las benzodiacepinas

“La medicalización de lo cotidiano es la invasión de la medicina en aspectos de la sociedad y de la vida que no son patológicos en sí mismos ni pasibles de tratamiento” (Aguilar Fleitas, 2015)

Según Aguilar Fleitas (2015), las personas tienden a abordar problemas de distintos ámbitos —como el médico, social y profesional— mediante el uso de medicamentos. Tales como la ansiedad, la angustia, la tristeza, la menopausia, la calvicie, la disfunción sexual, e incluso trastornos como el déficit de atención o la hiperactividad, suelen ser tratadas farmacológicamente. Logrando así que se genere una patologización de la vida, transformando a las personas en dependientes de las drogas, para afrontar cada momento de su vida. Esta medicalización de la vida ha provocado que muchas circunstancias que no son diagnosticadas como patológicas, sino situaciones de la vida cotidiana o situaciones vitales han sido etiquetadas por error como trastornos de ansiedad o insomnio logrando así la medicalización de las personas con psicofármacos. (ORTIZ SANCHEZ, 2023). Por consiguiente, sí es correcto mencionar que la medicalización se vincula con el ritmo de vida en el que vivimos. A los seres humanos se nos obliga a evitar el dolor por todos los medios posibles para poder seguir produciendo y ser productivos, es así como crece el consumo excesivo de medicamentos, permitiendo al sujeto huir de sensaciones y experiencias de la vida desagradables.

La medicalización de la vida cotidiana que va de la mano de las experiencias humanas está relacionada con las BZD, ya que estas son fundamentales porque han sido y son utilizadas como una respuesta paliativa y sobre todo rápida antes los malestares de los sujetos, su uso ha sido promovido en gran medida por la medicina y también por la sociedad (Bielli et al., 2019).

En suma, podemos decir que la medicina interviene en aspectos de la vida intrascendentes, transformando momentos o situaciones emocionales, sociales en una necesidad médica.

3. Ansiedad y Benzodiacepinas

3.1 Ansiedad: Construcción del concepto, definición y síntomas

Desde sus antecedentes teóricos, conceptuales y disciplinares, la ansiedad ha sido un constructo difuso, ambiguo y complejo de delimitar ya que existen diversos significados hasta el día de hoy (Sarudiansky, 2013).

En primer término, es importante mencionar que la ansiedad es un concepto central de la psicología y la psiquiatría. La definición difusa de esta ha hecho que algunos sostengan la existencia de una “tradición del estrés”, esto hace referencia a una serie de síntomas psíquicos, somáticos y de relacionamiento interpersonal que regularmente surgen ante dificultades en la vida cotidiana de la persona. Se relaciona con un malestar generalizado el cual se caracteriza específicamente por fatiga, problemas de sueño, entre otros (E. K. Horwitz, 2010).

Además, esta inespecificidad del concepto ha proporcionado el uso de medicamentos que no necesitan de un diagnóstico psiquiátrico bien definido para ser utilizados en la población en general. Así fue que en los años 60 y 70, la industria farmacéutica impulsó anuncios publicitarios de ansiolíticos para un rango amplio de enfermedades (Abraham, 1999).

El análisis del término se inicia con su etimología, lo cual permite rastrear el sentido original y su evolución a lo largo del tiempo. La palabra “an-siedad” proviene de la raíz *angh* la cual se deriva no solo del vocablo *anxietas* sino también de la palabra *ango*, angustia. Ambos términos se utilizaban de forma indistinta para hacer referencia a diferentes significados como lo son achicamiento, sufrimiento, agotamiento, angustia y es esta ambigüedad de significados y términos la que atravesará toda la historia del concepto. Tanto el psicoanálisis como el humanismo adoptaron el término angustia, mientras que la psicología utilizó el término ansiedad (Díaz Kuaik & Iglesia, 2019).

Comprender qué se entiende por ansiedad implica delimitarlo frente a conceptos con los que guarda cierta proximidad o que suele confundirse, estos conceptos utilizados son el de angustia, estrés y miedo (Sierra et al., 2003). Diferenciando el concepto con el de angustia, el diccionario de medicina hace una definición de *angoisse* como una sensación de constricción o de presión en la región epigástrica, acompañada de una gran dificultad

para respirar y de inmensa tristeza; siendo está el grado más avanzado de la ansiedad. Mientras que de la palabra etiológica *anxiété*, corresponde a un estado afligido y agitado, con sensación de dificultad respiratoria y presión sobre la región precordial (Berrios, 2008).

En cuanto a la diferenciación entre ansiedad y estrés a ambos conceptos se los utiliza frecuentemente ya que se dan como procesos equiparables, teniendo muchos elementos en común. Aunque, la psicofisiología menciona que el estrés contiene aspectos fisiológicos, frente al de ansiedad que son más subjetivos (Sierra et al., 2003). Sierra et al., (2003) cita a Taylor (1986) quien menciona y diferencia claramente que el estrés hace referencia a la situación, mientras que la ansiedad principalmente, alude a la reacción ante sucesos estresantes.

Por otro lado, Spielberger (1927) menciona que estrés y miedo son indicadores de fases temporales de un proceso que da como resultado la reacción de la ansiedad. Tanto el miedo como la ansiedad tiene manifestaciones parecidas, en ambos se aprecian los pensamientos de peligro, reacciones fisiológicas, sensaciones de aprensión y respuestas motoras (Sierra et al., 2003). “La ansiedad se diferencia del miedo en que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo” (LIU et al., 2011). La ansiedad tiene un carácter anticipatorio, prevé o señala el peligro/amenaza al individuo (Fuster et al., 2020).

La definición sobre ansiedad actualmente acordada y vigente se centra en la preocupación excesiva sobre varios sucesos o actividades diarias durante la mayoría de los días durante una duración de 6 meses, de acuerdo a sus manifestaciones clínicas el sujeto presenta un estado de anticipación aprensiva y dificultad para controlar la preocupación, las que se pueden volver crónicas e incontrolables (Garay et al., 2019). Se observa en este, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco (Llorente & Gracia Garcia, 2019), lo que afecta negativamente en su estado de ánimo. Las preocupaciones están localizadas generalmente en relaciones interpersonales, responsabilidades académicas y laborales, entre otras (Garay et al., 2019).

Según Garay et al. (2019), el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es frecuentemente crónico, de considerable prevalencia, elevada comorbilidad, importantes costos para pacientes, su familia, el sistema de salud, y de mala respuesta a los tratamientos existentes. Su sintomatología física es muy variada y pueden o no presentarse juntas, algunas de ellas son dificultades atencionales, irritabilidad, dificultades en el sueño, que pueden ser dificultades para dormirse o para continuar durmiendo, o puede aparecer un sueño inquieto e insatisfactorio. Además, puede presentar tensión muscular, temblores,

dolores o molestias musculares, espasmos, sudoración, mareos o inestabilidad, taquicardia, síndrome de intestino irritable, cefaleas, fatigas, entre otros (Garay et al., 2019).

Según el *Diagnostic and statistical manual of mental disorders V* (2013) (DSM-V) este lo define como un trastorno de ansiedad y preocupación excesiva que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses en relación con diversos sucesos o actividades, como laborales o escolares. En este manual, la ansiedad y la preocupación se asocia a tres (o más) de los seis síntomas más importante de la patología: inquietud o sensación de estar atrapado; fácilmente fatigado; dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco; irritabilidad; tensión muscular; problemas de sueño.

Exponer el concepto de ansiedad desde el DSM-V abre el campo para una reflexión crítica, dado que al mencionarlo nos paramos frente a una orientación médico-biologicista, y sería interesante poder considerar otras perspectivas de la ansiedad desde el punto de vista constructivista, que se relaciona con la singularidad de cada sujeto, que es propio de su construcción personal.

Desde una perspectiva constructivista, Gotzsche (2016) menciona que la ansiedad no puede reducirse a un mero desbalance neuroquímico, sino que debe comprenderse desde la singularidad de cada sujeto y su construcción personal de significado. Esta mirada permite recuperar los matices relacionales, sociales y cotidianos que se pierden en un enfoque puramente biologicista, y posibilita ver al sujeto en toda su extensión, como quien otorga sentido a sus propias experiencias vitales. Además, el autor menciona que todas las circunstancias individuales de un enfermo llevan a un diagnóstico, y esto hace que sean diferentes a otro individuo aun cuando el diagnóstico sea el mismo. Las circunstancias de cada sujeto deben tenerse en cuenta ya que se puede cometer un gran error y tratar al sujeto de manera equivocada (Gotsche,2016).

Por otro lado, A. V. Horwitz & Wakefield (2012) afirman que uno de los criterios para definir los trastornos mentales es establecido por las consecuencias perjudiciales, incapacitantes, angustiosas o dañinas de una condición. Los trastornos mentales manejan una falta de indicadores fisiológicos que permite definirlos, por ende estos reflejan valores sociales (A. V. Horwitz & Wakefield, 2012). En esta misma línea Gotzsche (2016) realiza una dura crítica mencionando en otras palabras que, los diagnósticos psiquiátricos son categorías construidas socialmente. Otros historiadores reafirman esta idea, argumentando que los trastornos son determinados y definidos por una sociedad (A. V. Horwitz & Wakefield, 2012).

A modo de crítica, considero que solo pensar los trastornos mentales desde el lado biologicista hace que se pierdan ciertos matices importantes que existen en el ser humano, los cuales creo importante hacer notar ya que entiendo que estos son primordiales para estudiar y comprender la patología en cuestión. Estos matices se generan en las relaciones, la cotidianidad, la vida social, entre otros, del sujeto. Por ende, el no encasillamiento de signos y síntomas permite ver al sujeto en toda su extensión ya que será éste quien le dará significado a sus experiencias y situaciones de vida.

Ahora, resulta pertinente detenerse analíticamente en como el modo en que el concepto de ansiedad se construye en el campo de la salud mental contemporánea, y cómo opera en la práctica clínica.

La ansiedad no puede ser comprendida únicamente como una entidad clínica definida por un conjunto de síntomas, sino más como una categoría diagnóstica que adquiere relevancia en el campo de la salud mental contemporánea. Su progresiva expansión en el ámbito de la atención primaria se relaciona tanto a la estandarización de criterios diagnósticos como a las condiciones concretas de la práctica médica, caracterizadas por tiempos de consulta acotados y la solución de respuestas rápidas al malestar.

En estos procesos intervienen, entre otros, los manuales diagnósticos (DSM-5), los dispositivos de formación médica, la organización del sistema de salud y la industria farmacéutica, que contribuyen a configurar a la ansiedad como un problema únicamente abordable mediante intervenciones farmacológicas.

En tanto en el contexto uruguayo la disponibilidad de estudios empíricos específicos sobre estos procesos resulta limitada, pero si se sabe que la centralidad del diagnóstico de ansiedad en la práctica clínica cotidiana responde a una concordancia entre racionalidades sanitarias, demandas sociales de alivio inmediato y marcos institucionales que favorecen su medicalización.

3.2 Ansiedad y Benzodiacepinas (BZD)

En el marco de la consolidación de la ansiedad como una categoría diagnóstica central en la práctica clínica contemporánea, su presencia en la vida cotidiana y en los discursos sobre la salud se remonta a finales de los años setenta. En ese periodo varios psiquiatras señalaban que los casos de ansiedad eran cada vez más frecuentes en la consulta médica, convirtiéndose en una de las principales razones de demanda de atención profesional (Lakoff, 2004).

Algunos investigadores sociales han enfatizado que el uso de las benzodiacepinas (BZD) para síntomas que se vinculan con la ansiedad no se sustenta en el modelo de la

especificidad patológica estricta, sino en la forma en que los médicos comprenden e interpretan la finalidad de los tratamientos psicofarmacológicos (Lakoff, 2004).

En suma, las BZD son un grupo de fármacos con acción ansiolítica y sedante, algunas tienen propiedades hipnóticas y anticonvulsionantes. Poseen un rango amplio de dosis permitiendo obtener a dosis bajas disminución de la ansiedad sin inducir al sueño. Son agonistas de los receptores gabaérgicos¹, significa que incrementan la actividad de estos. Deprimen la actividad neuronal en el sistema límbico o bien indirectamente por inhibición de la actividad serotoninérgica en los núcleos del rafe («Farmanuario Edición 2025- El Libro de los Medicamentos- Guía farmacológica y terapéutica», 2021).

En la actualidad las BZD son el medicamento con mayor uso en los tratamientos de la ansiedad y el insomnio, forman parte del grupo de los fármacos en calidad de ansiolíticos y de hipnóticos (López-Muñoz et al., 2000).

3.3 Historia de los ansiolíticos: benzodiacepinas

En la década de los 50, el ámbito de la Farmacología fue una gran revolución, ya que se implementó por primera vez en la clínica herramientas terapéuticas realmente eficaces en el trabajo con pacientes psiquiátricos. Anteriormente los médicos contaban con tratamientos poco efectivos para manejar las enfermedades mentales de los pacientes graves. El más importante en esa época era la electroconvulsivoterapia, además de los comas insulínicos de Sackel, la piretoterapia de Von Jauregg o la hidroterapia, pero estos no habían demostrado hasta el momento una eficacia relevante. Así como tampoco el psicoanálisis, ni los procedimientos quirúrgicos que planteaba Egas Moniz como las leucotomías prefrontales² (López-Muñoz et al., 2000).

El siglo XX es considerado de gran avance en la medicina ya que surgió la introducción de los psicofármacos. Se descubrió el litio para la acción antimaniaca en 1949, para el uso psiquiátrico en general se recetó la iproniazida³ en 1957 y como último se introdujo el clordiazepóxido⁴ en 1960 (López-Muñoz et al., 2000).

¹ Es un neurotransmisor inhibitorio crucial en el sistema nervioso central de los mamíferos, incluidos los humanos. Su principal función es reducir la excitabilidad neuronal en todo el sistema nervioso, lo que desempeña un papel esencial en el mantenimiento del equilibrio entre la excitación y la inhibición neuronal, fundamental para el funcionamiento cerebral normal y para la prevención de la sobreexcitación que puede llevar a convulsiones y otras patologías neurológica. (Clínica Universidad de Navarra, 2023)

² Egas Moniz creía que ciertos desórdenes mentales podían ser curados haciendo que se rompiesen algunas zonas del cerebro en las que el lóbulo frontal se comunica con otras del encéfalo. (Triglia, 2016)

³ Se empleó como antidepressivo hasta que se descubrió que causaba daño hepático. (Editores de la Enciclopedia Británica, 2018)

⁴ El clordiazepóxido fue la primera benzodiazepina introducida en 1960. Es un depresor del sistema nervioso central y posee propiedades ansiolíticas, sedantes e hipnóticas dosis-dependientes. Además, es un relajante muscular y un anticonvulsivo. También puede ser útil en el tratamiento de los síntomas de abstinencia de etanol. (ScienceDirect Topics, 2013)

Finalmente en 1961 comenzaron a emplearse en centros de salud las primeras BZD. Estas son la familia de fármacos ansiolíticos de mayor relevancia farmacológica y clínica de la historia. El desarrollo de las mismas está ligado a Leo H. Sterbach, investigador europeo de origen judío que emigró a EEUU durante la II Guerra Mundial, y fue empleado público de los Laboratorios Hoffmann La Roche Inc. en Nutley, New Jersey (López-Muñoz et al., 2000).

Eran dos las benzodiacepinas que se comenzaron a administrar en estos años: el clordiazepóxido y el diazepam.

Con respecto al clordiazepóxido, Lowell O. Randall, Director de Investigación Farmacológica de Roche, confirmó que dicha sustancia era mejor y superaba a otras en un gran número de pruebas sobre actividad ansiolítica y relajante muscular central, además contenía propiedades tranquilizantes. Fue así como el clordiazepóxido, luego llamado Librium fue el primer fármaco de esta nueva familia y se destacó en la historia de la farmacología. En cuanto al diazepam se observó en 1976 como ejercía una acción inhibidora sobre la médula espinal (López-Muñoz et al., 2000).

4. Criterios de uso, prescripción y normalización del consumo de BZD

4.1 Usos terapéuticos de las BZD:

Las BZD son utilizadas en la clínica mas frecuentemente para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio, los trastornos convulsivos, el síndrome de abstinencia a otras sustancias como el alcohol y la anestesia, además se utiliza en cirugías menores y en enfermedades neuromusculares (Pérez et al., 1982).

Las BZD mantienen diferentes efectos los cuales dependen de la dosis. Así pues, la acción ansiolítica es una de las más importantes de este fármaco, ya que ejerce un doble efecto. En dosis moderadas o bajas, éstas reducen el nivel de ansiedad sin generar en el sistema nervioso un grado de sedación relevante. En tanto en dosis elevadas, facilitan la conciliación del sueño. Esto depende de los factores farmacocinéticos, que es la velocidad de absorción del fármaco y su penetración en el sistema nervioso central (SNC), y depende además de los factores farmacodinámicos, es decir de la afinidad y actividad intrínseca del medicamento sobre sus receptores específicos (Calandre & Iribas, 1992).

Algunas BZD tienden a originar sedación marcada y a inducir al sueño, siendo difícil que el resultado sea un efecto ansiolítico selectivo, estas benzodiazepinas son las de acción hipnótica/sedante. Su uso es preferentemente en personas con problemas de insomnio (Calandre & Iribas, 1992). Existen además las BZD de acción miorelajante, que en general son todas ya que en mayor o menor grado relajan el músculo esquelético actuando a nivel central tanto supraespinal como espinal. Este efecto tiene su uso en el tratamiento de varias patologías, a lo que requiere de dosis suficientemente elevadas para originar sedación (Calandre & Iribas, 1992). En las personas únicamente el clonazepam llega a producir relajación muscular administrado en dosis no sedantes. Las BZD además se comportan como antiepilépticos/anticonvulsivos, muy efectivos a nivel experimental como clínico, es así como su uso es adecuado para el tratamiento profiláctico de las epilepsias (Calandre & Iribas, 1992).

En resumen, las benzodiazepinas mantienen un cuádruple efecto farmacológico, ansiolíticos, sedantes o hipnóticos, anticonvulsivos y miorelajantes. Estos cuatro componentes del efecto aparecen en cada una de las BZD, lo que sucede es que aparecen con proporciones distintas, y es esto lo que determina su perfil de acción (López Vantour et al., 2010).

Para comprender con mayor detalle los efectos terapéuticos y adversos de las benzodiazepinas, es importante considerar los aspectos farmacocinéticos que regulan su

desempeño en el organismo del ser humano. Según Cid Cárcamo (1982) la farmacocinética son los procesos de velocidad de cambio de las concentraciones de fármacos en el organismo humano o animal. Por otra parte *Rang & Dale's Pharmacology* (2014) mencionan que la farmacocinética se refiere a un proceso de absorción, distribución y eliminación de dicho fármaco, lo cual determina esto su concentración en sangre y su llegada al SNC.

Las BZD se diferencian entre ellas según su absorción, distribución y eliminación lo cual constituye la característica clínica más importante para su elección. Dichas BZD se clasifican según su semivida de eliminación plasmática en cuatro grandes grupos:

1. Compuestos de duración ultracorta (semivida menor de 6 hs)
2. Compuestos de duración corta (semivida menor de 12 hs)
3. Compuestos intermedios (semivida entre 12 y 24 hs)
4. Compuestos de acción larga (semivida mayor a 24 hs)

Depende la duración, es el resultado esperado. Los compuestos de acción corta son propicios como hipnóticos, mientras que los de larga duración son utilizados como ansiolíticos. Si se busca lograr un efecto ansiolítico se puede administrar una BZD de vida media intermedia a larga en dosis única. Si se desea un efecto hipnótico se emplearía una de absorción rápida y eliminación lenta, como por ejemplo el diazepam, una o dos horas antes de dormir (López Vantour et al., 2010).

Con base a lo ya mencionado sobre farmacocinética, se puede concluir que las BZD de acción rápida ofrecen un alivio más inmediato de la ansiedad, mientras que aquellas con una vida media más prolongada tienden a acumularse con el uso sostenido, lo que incrementa el riesgo de sufrir una fuerte dependencia (Cid Cárcamo, 1982).

4.2 Prescripción excesiva y facilidad de acceso

A pesar de que las guías clínicas de las BZD a nivel internacional recomiendan que el uso de las mismas sea limitado y sobre todo a corto plazo, en la práctica médica sucede lo contrario, su prescripción se ha vuelto rutinaria y sostenida en el tiempo. Esta diferencia entre la práctica y la teoría, da lugar a varios factores, en los cuales está la presión de parte de los pacientes al médico tratante, de la necesidad del alivio inmediato. Por otro lado, se encuentra el sistema de salud que, frecuentemente, le da mayor importancia a soluciones rápidas y de bajo costo. Ignorando abordajes integrales de salud mental para tratar este tema.

Considero relevante abordar el tema de la prescripción, la cual puede realizarse de dos maneras, de forma apropiada o inapropiada. La diferencia entre ambas radica en qué tan necesario puede ser realmente el fármaco y en la evaluación que se haga de la relación riesgo-beneficio. Desde mi punto de vista, estos aspectos no siempre se toman en cuenta al momento de prescribir este tipo de medicamentos.

Autores como Sánchez Ricardo & Hernández Gárciga (2010) establecen que las BZD son consumidas por dos motivos, el primero, por la prescripción médica y el otro por automedicación. Correa Alfaro et al (2019), en su investigación sobre el uso recreativo de las BZD en jóvenes, menciona que estos realizan una automedicación de la droga simplemente como uso recreativo, para disminuir el estrés, favorecer el sueño y la relajación. La fuente de adquisición de la misma es a través de amigos o familiares que lo tuvieron prescripto en algún momento, a través de la compra a conocidos o pequeños traficantes, ya que suele ser vendida a un costo menor que las demás drogas. Gracias a estas formas de acceso es que el consumo aumenta cada vez más. Barberá et al., (2008) menciona en su trabajo, por ejemplo, que dentro de la población de adultos mayores solo un tercio de las prescripciones son apropiadas, viendo como más de la mitad no lo son.

En nuestro país el Departamento de Farmacología y Terapéutica, Clínica Psiquiátrica, Departamento de Toxicología y Clínica Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y Hospital Vilardebó y Programa de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado, han diseñado un documento, escrito por Bochino et al. (2016) con recomendaciones prácticas para la prescripción de las BZD dirigido a todos los prescriptores. Este documento sugiere que el consumo sea de manera racional lo que llevaría a un incremento de padecer efectos adversos y de la posibilidad de la dependencia física como psicológica. Además, propone promover un uso responsable y más adecuado de los medicamentos.

Siguiendo esta línea, este documento realizado como guía de recomendación es necesario para la salud de nuestro país ya que considero, y se refleja en números, como existe una falta de formación en salud mental de los médicos generalistas, somos conscientes que cuando un sujeto llega a una consulta general por sentirse algo angustiado o atravesando por momentos difíciles en su vida, el médico general prescribe sin culpa alguna BZD.

El principal objetivo en la elaboración de dichas recomendaciones es contribuir al uso racional de este grupo de medicamentos en nuestro medio. Se entiende por tal al uso por el cual 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 costo para ellos y para la sociedad.

La alta prescripción se ve reflejada en las encuestas de la Junta Nacional de Drogas, la cual arroja que el 81,4% de consumidores de BZD lo había hecho por prescripción médica, siendo así que el 51,3% se lo había prescrito su médico general (Junta Nacional de Drogas, 2016 en Bielli et al., 2019).

Por consiguiente es importante mencionar en este apartado, la presión de la industria farmacéutica hacia los profesionales de la salud. Mencionan García-Valdecasas Campelo & Vispe Astola (2015) “la mayor parte de la formación que reciben los profesionales está influida por la industria farmacéutica, que crea así el saber oficial de la disciplina.” (p.34) Además, menciona que dicha influencia también es sobre la sociedad en general, ya que contribuye a establecer un saber popular sobre la salud mental que lleva a conceptualizar cualquier malestar del sujeto como trastorno mental y esté, como disfunción biológica subsidiaria de tratamientos farmacológicos eficaces y seguros (García-Valdecasas Campelo & Vispe Astola, 2015).

La alta prescripción de psicofármacos está ligada a la influencia de la industria, ya que la literatura especializada ha documentado la relación existente entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud, causando conflictos de intereses (García-Valdecasas Campelo & Vispe Astola, 2015). Esto va de la mano del marketing de la industria que se hace a través de asociaciones profesionales pero se enfocan más, claro está, sobre los médicos prescriptores. Algo interesante a mencionar es la severidad de lo que se publica de los fármacos y la calidad con la que se hace, algo que está en las manos de la industria. Esto genera que los médicos no tengan el acceso a la información disponible sobre los fármacos que prescriben y además, limitaciones en los dispositivos de formación de la profesión, en particular en los psiquiatras. Estudios negativos la industria no los publica y los que sí se publican no aportan la información suficiente ni cuentan con una metodología apropiada (García-Valdecasas Campelo & Vispe Astola, 2015).

Por otro lado, es importante no realizar una lectura del fenómeno únicamente centrada en la responsabilidad individual del profesional prescriptor. Sabiendo que dicha prescripción de BZD suele ser caracterizada en términos de “uso inadecuado” o “falta de formación”, estas formulaciones corren el riesgo de simplificar un problema de origen estructural. Es sabido que estas prácticas de prescripción se inscriben en condiciones concretas de ejercicio profesional, atravesadas por tiempos de consulta reducidos, escasez de recursos, presión asistencial, una demanda social creciente de alivio inmediato del malestar, entre otros.

Viéndolo desde esta perspectiva, se puede pensar que el médico no constituye el origen principal del problema, sino un nodo dentro de un dispositivo más amplio que articula lógicas del sistema de salud, dinámicas del mercado farmacéutico y expectativas sociales.

Como menciona Illich (1987) la expansión de la intervención médica sobre el sufrimiento cotidiano no puede comprenderse sin atender a las formas institucionales que la producen y la legitiman. Por otro lado, Byung-Chul Han en su obra, nos permite pensar estas prácticas en relación con un contexto social que privilegia respuestas rápidas y funcionales y rechaza el dolor. Favoreciendo abordajes farmacológicos como solución predominante.

4.3 Normalización de las BZD: impacto social y cultural

La normalización de las BZD es un hecho gracias a la automedicación que realizan los pacientes bajo la mala prescripción de la sustancia que recetan los médicos. Esta automedicación provoca un riesgo de abuso en las personas que requiere a corto plazo un tratamiento para estos (Garay et al., 2019).

Según Kregar y Filingier (2005), la automedicación se refiere al uso de medicamentos sin prescripción médica, por iniciativa propia del consumidor. Esta práctica es muy común y, en la mayoría de los casos, se debe a la falta de tiempo, el acceso limitado a servicios de salud, condiciones económicas desfavorables, desconocimiento, y especialmente, a la fácil disponibilidad de los medicamentos.

Las BZD, al ser indicadas para tratar cuadros de ansiedad aguda, crisis de pánico o insomnio, suelen prescribirse sin un seguimiento adecuado. Esta situación se ve favorecida por la escasez de recursos en los centros de salud, donde frecuentemente se recetan de manera indiscriminada. Todo esto refuerza la idea de que estos fármacos son utilizados como soluciones rápidas, accesibles y socialmente legitimadas (Bielli et al., 2019)

En este sentido, corresponde mencionar que la normalización del consumo de benzodiacepinas no puede ser comprendida únicamente como el resultado de decisiones clínicas individuales, sino como parte de un entramado más amplio de saberes y prácticas.

Tanto es así que la noción de “uso racional” de BZD requiere ser interrogada más allá de su formulación técnico-clínica. Desde una perspectiva biopolítica, el uso racional no constituye un criterio neutral, sino una tecnología de gobierno del malestar que orienta las prácticas de prescripción hacia la regulación individualizada del sufrimiento psíquico (Foucault, 2017). La clasificación diagnóstica, particularmente aquella realizada por el DSM-5, opera en este sentido como un dispositivo que delimita qué formas de ansiedad resultan inteligibles, tratables y pasibles de intervención farmacológica, contribuyendo a la

normalización de consumos prolongados bajo la lógica de lo sintomático. De este modo, el énfasis en la racionalidad del uso tiende a despolitizar las condiciones sociales, sanitarias e institucionales. Esto produce tanto la demanda de alivio inmediato como la centralidad del abordaje farmacológico, integrando las prácticas de prescripción en un entramado más amplio de saberes, dispositivos y formas contemporáneas de gubernamentalidad.

Por otro lado, es importante mencionar el impacto social que causa la normalización de las BZD, y esto está directamente vinculado con lo que se conoce como la "cultura de la inmediatez".

Según Lozano, (2025) la "cultura de la inmediatez" es una nueva forma de vida con personas que "lo quieren todo y lo quieren ya", personas adictas a recompensas constantes. El autor además menciona que existe una asociación entre el aumento de los trastornos de salud mental y la cultura de la inmediatez.

Relacionándolo con las BZD, podemos decir que estas son una solución rápida y una respuesta perfecta para este sistema de inmediatez que no tolera la pausa, el dolor o la improductividad. Byung-Chul Han, en su obra *La sociedad paliativa*, menciona que los seres humanos vivimos en un imperativo constante de rendimiento que no tolera el dolor, que intentamos evitarlo, a través de una positividad forzada, psicofármacos, terapias rápidas, etc.

5. Dependencia, efectos sobre la salud y enfoques sistémicos de abordaje

5.1 Riesgos de dependencia y tolerancia

“La farmacodependencia o simplemente dependencia es una forma especial de adicción, derivada del consumo reiterado de fármacos, de cualquier sustancia que sirva para prevenir, curar, aliviar la enfermedad o para reparar sus consecuencias.”

(López Vantour et al., 2010, p.1)

El trastorno de la farmacodependencia es conductual, y la misma se presenta como una gran variabilidad interindividual. Esto hace referencia a que hay ciertas personas que son capaces de consumir alguna sustancia adictiva con moderación o de forma ocasional, mientras que otras, mediante un breve o largo periodo de consumo se transforman en consumidores compulsivos presentando dificultades para abandonar la sustancia.

Todas las BZD pueden provocar dependencia psicológica y física, incluso si su consumo es en dosis bajas, con un síndrome de abstinencia de instauración lenta tras la supresión del fármaco. (López Vantour et al., 2010). Para poder evitar o reducir la dependencia que provocan las BZD, el médico tratante deberá indicar dosis mínimas eficaces, así como cursos cortos y con intermitencia del tratamiento. Lo ideal esperado es que entre 2-3 semanas de tratamiento se logre la eliminación total de los síntomas, ya que no se reciben beneficios adicionales si se prolonga el tratamiento.

La dependencia es uno de los efectos conductuales asociados al uso de las BZD y se define como un trastorno del comportamiento. Esta se caracteriza por la pérdida de control sobre el consumo, resultado de los efectos biológicos que la sustancia produce en el organismo Aguirre y Sifri (2016) en Rojas-Jara et al., (2019).

A continuación anexamos una tabla que da información más clara sobre la duración del tratamiento y el riesgo de dependencia.

Duración del tratamiento	Riesgo de dependencia
Menos de 4 meses	Ninguno
De 5-12 meses	5-10 %
De 2-4 años	25-45 %
De 6-8 años	Alrededor de 25 %

(López Vantour et al., 2010).

Señala López Vantour et al., (2010) que el uso prolongado de esta sustancia, aunque se administre en dosis adecuadas, puede causar dependencia física, psíquica, gran tolerancia y síndrome de abstinencia severo, por lo que el autor recomienda educar a los médicos y estomatólogos buenos hábitos de prescripción de BZD, ya que evitará el uso irracional del fármaco, así como también una mayor divulgación sobre sus efectos, para lograr una mejor calidad de vida a quienes lo consumen.

Según Nkogho Mengue et al. (2013), la población con mayor riesgo de desarrollar dependencia a las BZD son las mujeres y los adultos mayores que padecen al menos cinco enfermedades crónicas. Además, se señala que el consumo prolongado de BZD en este grupo está asociado a un mayor riesgo de caídas recurrentes.

El consumo prolongado de BZD afecta no sólo fisiológicamente sino que tiene un impacto en la psicoterapia ya que repercute en el funcionamiento psicológico del individuo. Este uso crónico determina la capacidad de insight de las personas y la elaboración psicológica de sus conflictos.

Siguiendo a Gelso & Harbin, (2007) insight se refiere a la comprensión precisa y consciente de los propios pensamientos, emociones y conflictos mentales, lo cual es un componente importante en el proceso terapéutico. Implica promover una conciencia interna de las emociones así como de los objetos internos a los cuales están vinculadas (Valdivieso & Ramírez, 2002). La elaboración psicológica de los conflictos del ser humano se interpreta como un proceso mediante el cual la persona simboliza, reflexiona y trabaja sus conflictos internos en lugar de suprimirlos (Alamán, 2021). El consumo de BZD afecta la capacidad de insight ya que disminuye la ansiedad y las emociones displacenteras. Además afecta también la elaboración psicológica de los conflictos porque el malestar impulsa una reflexión y el cambio queda silenciado.

En conclusión, si bien las BZD pueden ser útiles en el tratamiento a corto plazo, su uso crónico podría limitar el desarrollo del insight y obstaculizar la elaboración de los conflictos psicológicos, especialmente cuando no se acompañan de un abordaje psicoterapéutico.

5.2 Efectos adversos y riesgos para la salud

Diversos autores, estudios y demás han demostrado que la exposición continua de las BZD pueden generar efectos indeseables que comprometen la salud mental y grandes riesgos para la salud física. Los efectos adversos que suelen aparecer con el uso continuo

de las BZD son varios; somnolencia, sedación, ataxia⁵, disminución de las habilidades psicomotoras, disartria⁶, astenia muscular⁷, confusión, vértigo, amnesia anterógrada, visión borrosa, malestar estomacal. Además se le puede sumar dolores de cabeza, temblores, trastornos de la coordinación y del ritmo cardíaco, debilidad, tambaleos, sueños inusuales o pesadillas, dolor de pecho. En cuanto a lo conductual pueden provocar conductas agresivas y hostil, estado de nerviosismo antes del efecto sedante, hipersensibilidad, entre otros. (López Vantour et al., 2010)

Las BZD son recetadas a libre demanda de los médicos a ancianos y en pacientes con problemas hepáticos, sin tener en cuenta problemas secundarios no menos importantes ya que esta sustancia en estos pacientes pueden provocar serios accidentes, como caídas, excitación y ocasionalmente alucinaciones. (López Vantour et al., 2010).

Las BZD pueden ocasionar demencia o deterioro cognitivo. La demencia se define como el deterioro progresivo de habilidades intelectuales, en este caso la memoria. Es permanente, se adquiere y afecta funciones del dominio intelectual de manera progresiva en el tiempo (Florián Rojas & Buitrago Ruíz, 2014). Quienes consumen BZD tienen un 78% más de posibilidades de padecer dicha enfermedad, aunque no se puede asegurar que sea un factor directo (Islam et al., 2016). Otro factor que se ve afectado por el consumo es la memoria y el rendimiento psicomotor, claro está que depende del tiempo de toma (Pomara et al., 2015). Florián Rojas & Buitrago Ruíz, (2014) concluyen que cuanto menor sea el tiempo de no consumo de una BZD, o su abstinencia, puede llegar a haber un incremento en el riesgo de padecer dicha demencia.

Existe otro efecto secundario que ocasiona riesgo a la salud, está es la depresión respiratoria que aumenta al ser combinada con otros depresores del SNC, como lo son el alcohol, anestésicos, barbitúricos, entre otros. Esta combinación de sustancias puede llevar a una sobredosis de la persona, sobre todo si se mezcla con alcohol, ya que puede llevar a un estado de coma. Cuando sucede esto, a los pacientes se les proporciona flumazenilo, que es un antagonista del receptor de las BZD. Actúa inhibiendo la actividad en el receptor GABA/benzodiacepina. (Haefely, 1989)

En los últimos años, en América Latina ha habido un potencial crecimiento de consumo en los adultos mayores, es por esto que es necesario hablar sobre efectos secundarios además de los psicofarmacológicos. En ancianos los efectos secundarios

⁵ Trastorno motor que se caracteriza por una falta de coordinación en la realización de movimientos voluntarios que altera su velocidad y precisión. (Clínica Universidad de Navarra, 2025)

⁶ La disartria es un trastorno motor del habla que se clasifica según la neuropatología subyacente y se asocia con alteraciones de la respiración, la función laríngea, la dirección del flujo aéreo y la articulación, lo que resulta en dificultades en la calidad e inteligibilidad del habla. (Enderby, 2013)

⁷ falta de fuerza, vigor o fortaleza. (Moreno, 2025)

severos que puede provocar son, el deterioro cognitivo, el rendimiento psicomotor, y la dependencia, entre otras. (Rojas-Jara et al., 2019)

Los adultos mayores presentan una alta prevalencia en el consumo de BZD a pesar de que son poco recomendados para esta franja etaria debido a los cambios fisiológicos y farmacológicos que experimentan en esa edad, logrando cronificarse en bajas puntuaciones en escalas de valoración cognitiva (García-Baztán et al., 2014). Esto sucede al uso prolongado de la sustancia que genera un aumento en la tolerancia (o dosis necesaria) para que se logren los efectos esperados. La prescripción de las BZD en este grupo se adjudica a cuadros de insomnio y ansiedad (Calero et al., 2009). Menciona Rojas-Jara et al., (2019) que la alta prescripción no se limita únicamente a los cuadros antes mencionados sino que también las BZD son utilizadas en ancianos para problemas no necesariamente psiquiátricos, sino también para el tratamiento del colon irritable.

El uso inapropiado de las BZD en ancianos propicia riesgos secundarios para ellos, además de lo ya mencionado. Algunos de estos son la sedación, la ataxia, el vértigo, la descoordinación motora. Además repercute en la amnesia global transitoria, en el procesamiento sensorial y en el razonamiento verbal. (Ayuso Gutiérrez, 2008)

El uso de las BZD de al menos 3 meses es suficiente para padecer un efecto nocivo sobre el estado de ansiedad y de ánimo de los ancianos. Además, se le suman a ellos los problemas psicomotores como pérdida del equilibrio y reducción de la motricidad que repercuten aún más en la ansiedad de la persona, ya que pueden darse lesiones o accidentes automovilísticos. Siendo estos efectos físicos colaterales, como caídas y fracturas de cadera (Rojas-Jara et al., 2019).

Los profesionales evaluaron parámetros respiratorios —como el volumen tidal (cantidad de aire movilizado durante la inhalación y exhalación), la frecuencia respiratoria y el volumen respiratorio por minuto— tras la administración preoperatoria de BZD como parte de la anestesia. Se observó una disminución significativa tanto en el volumen tidal como en el volumen respiratorio, lo que evidenció una respuesta potencialmente peligrosa para la función respiratoria (González Castro et al., 2017).

5.3 Alternativas y soluciones sistémicas:

Como se ha observado en estudios en nuestro país el consumo de tranquilizantes es muy elevado y lo que es peor, sostenido en el tiempo, con el gran inconveniente de que su uso no es controlado médicamente. Este uso inadecuado o no supervisado implica un potencial riesgo, más aún cuando proviene de prescripciones de medicina general. Este descontrol desde mi punto de vista sugiere la necesidad de intervenciones en salud pública,

educación sobre el uso de todos los psicofármacos existentes y controles sin duda, más estrictos en su dispensación.

Barboza et al., (2022) propone un monitoreo del consumo y realizar actividades de promoción de su uso racional para mejorar o solucionar este gran problema de salud pública en nuestro país. Menciona además, que este problema impacta en el sistema de salud en general, con saturación de los recursos sanitarios y elevados costos que no fueron determinados. El autor asegura que el problema va a empeorar, considerando los efectos colaterales de la pandemia que se vive en la salud mental de nuestro país.

Sería importante reforzar estrategias de mejora para atender el consumo tan elevado de toda la cadena del medicamento. Estrategias que rijan un abordaje integral que va más allá de lo farmacoterapéutico. Abordar este problema a través de un trabajo sistemático de educación. Contar con un monitoreo a nivel nacional del consumo y realizar estudios epidemiológicos para caracterizar el consumo e identificar sus determinantes, sería ideal para poder realizar un cambio en la prescripción hacia un medicamento apropiado y más seguro. (Barboza et al., 2022)

Autores como Speranza et al., (2015) en (Bielli et al., 2019) mencionan que el consumo de BZD constituye un problema grave de salud pública que necesita que se implementen medidas a nivel nacional para lograr un uso racional.

6. Demanda epidemiológica, problemática y posibles soluciones sistémicas en Uruguay

Para tratar este tema comenzaremos citando a Bustelo (1994) en Bielli et al., 2019 quien plantea que en la ciudad de Montevideo existía años atrás un elevado consumo de tranquilizantes menores, principalmente en mujeres con franja etaria por encima de los cuarenta años. Fue así que el Observatorio de Medicamentos del Departamento de Farmacología y Terapéutica de la UDELAR, realizó un estudio que arrojó datos sobre el consumo de BZD en todo el Uruguay en los años 2010, 2011 y 2012. Cuyos datos arrojaron que en el periodo antes mencionado 74 personas de cada 100 habitantes uruguayos habían consumido al menos una vez una dosis de BZD por día (Bielli et al., 2019). Estos datos ya evidenciaban que Uruguay se encontraba entre los países con mayor consumo de dicha sustancia. Fue así como surgieron las encuestas, sobre la prevalencia de consumo de drogas, a partir del año 2000, la cual demostró que los tranquilizantes como los psicofármacos con mayor prevalencia, ocupan el tercer puesto en los consumos de sustancias psicoactivas, luego del tabaco y el alcohol (Bielli et al., 2019).

Retomando el tema de la prescripción de la BZD, la encuesta ya mencionada de la Junta Nacional de Drogas (JND) en el año 2015, señalaba que de aquellas personas que habían consumido la sustancia, el 81,4 % lo había hecho por prescripción médica. Un dato no menor es que los médicos generales prescriben un 51,3 % contra un 37,3 % de prescripciones por parte de los médicos psiquiatras. (Junta Nacional de Drogas, 2016 en Bielli et al., 2019)

Nuevamente en 2018 la JND lanza una última encuesta nacional de consumo de drogas a toda la población uruguaya, que en ella fueron incluidos los tranquilizantes e hipnóticos. Se repite nuevamente el dato del 2015 ya que se puede observar que el 28,2% de la población consumió alguna vez en su vida un tranquilizante, y se vuelve a situar esta sustancia en la tercera droga más consumida luego del alcohol y el tabaco. Los nuevos datos arrojaron que el 21% de las personas lo hicieron sin prescripción médica, y de los que lo recibieron por prescripción fue, en la mitad de los casos, realizada por un médico general. Luego menciona que el 13% de la población había recibido tranquilizantes en los últimos 12 meses y el 9,7% en los últimos 30 días de realizada la encuesta (Barboza et al., 2022).

Como se observa estos datos son similares a la encuesta del 2015 también realizada por la JND. Solamente hubo diferencias en el perfil de consumo, con mayores valores si la persona estaba en un alto nivel socioeconómico y en mujeres. En cuanto a los hipnóticos, 1 de cada 10 uruguayos los utilizó alguna vez, mientras que en los 12 meses últimos de la encuesta el consumo reportó 3,5% de la población. Observándose el mayor consumo en

mujeres y en la franja etaria de mayor edad, no teniendo diferencias su nivel socioeconómico (Barboza et al., 2022).

Luego de estas encuestas se trató la problemática en diferentes jornadas académicas tanto en el servicio de salud público (ASSE) como en mutualistas privadas.

El interés sobre esta sustancia a nivel social continuó a lo largo del tiempo y se llevó a realizar un nuevo estudio de consumo y utilización de medicamentos para evaluar nuevamente el consumo de BZD por vía oral. Se tomaron en cuenta datos de dispensación de farmacias. Se estudiaron siete de las ocho instituciones las cuales seis fueron de Asistencia Médica Colectiva y una pública, ASSE. Los años incluidos en el estudio fueron del 2014 al 2018. Los resultados arrojaron que el promedio global de BZD fue de 120.66 por 1000 habitantes/día, siendo el clonazepam la más consumida, seguida por el alprazolam. Podemos decir que excluyendo el clonazepam, el promedio de consumo en estos 5 años fue de 70,37 dosis diaria delimitada por 1000 habitantes por día (Barboza et al., 2022).

Según Barboza et al., (2022) el consumo entre 2014 y 2018 de BZD vía oral, fue de 120 dosis diarias definida cada 1000 habitantes/día, confirmando que sigue siendo un valor elevado desde el primer estudio realizado en Uruguay.

A modo de análisis se puede concluir que la problemática persiste mientras transcurran los años y me atrevo a mencionar que aún persiste, e incluso puede seguir aumentando el consumo gracias a la incorrecta prescripción, consolidándose como un problema de salud pública para nuestro país. Este alto porcentaje en el país se puede interpretar como una tendencia estable. Una falta de políticas efectivas para reducir su uso.

Además, estos datos nos llevan a pensar en la problemática de la prescripción a cargo de médicos generales, una prescripción médica generalizada pero no especializada, ya que considero que hay una falta de evaluación por parte de psiquiatras o algún profesional de la salud mental. Es necesario mencionar además, la normalización de la prescripción en la atención médica general, basándose en los datos de las encuestas, las cuales arrojan generalmente que la mitad de los casos fue en medicina general que se prescribió el tranquilizante.

La guía escrita por Bochino et al. (2016) como recomendación para el uso de BZD en Uruguay es una muy buena propuesta que creó el estado uruguayo para avanzar a nivel nacional, en una regulación que fomente una prescripción responsable y sobre todo razonada.

Son 12 las medidas:

1. Brindar programas de formación continua, sobre las BDZ y el uso de psicofármacos en general como problema de salud pública, dirigido a los profesionales de la salud.
2. Implementar campañas informativas orientadas a la sociedad, sobre el uso adecuado y responsable de los fármacos, haciendo hincapié en los psicofármacos, comenzando con este grupo farmacológico (BDZ).
3. Regular políticas en relación a la repetición de fármacos, especialmente vinculadas a las de repetición de psicofármacos, como las BDZ.
4. Debater y reflexionar las recomendaciones en torno a los tratamientos prolongados con los psicofármacos.
5. Dialogar sobre la necesidad de restringir las prescripciones de BDZ, como se ha hecho con otros fármacos como el metilfenidato.
6. Restringir las prescripciones de BDZ en un periodo no mayor de 12 semanas en aquellas instituciones de salud que cuenten con sistema de control de la prescripción.
7. Generar materiales informativos dirigidos a usuarios que adviertan los riesgos asociados a la cronificación del mismo.
8. Controlar y supervisar la venta de BDZ sin receta médica.
9. Proponer que todas las presentaciones farmacéuticas que contengan BDZ, incluidas aquellas que se encuentren combinadas con otros fármacos (como los de uso gastrointestinal) o que contienen bajas dosis, sean clasificadas como fármacos bajo receta controlada.
10. Que las muestras médicas de productos que contengan BDZ, se encuentren prohibidas.
11. En los prospectos de estos fármacos se debe incluir advertencias sobre los efectos adversos, particularmente en relación con la conducción de vehículos, como también las interacciones con la marihuana y el alcohol.
12. Incorporar la detección de BDZ en conductores involucrados en accidentes de tránsito, así como realizar campañas de concientización sobre los problemas cognitivos y coordinación motora que puede generar su consumo.

La existencia de recomendaciones técnicas y guías clínicas como la mencionada no garantiza, por sí sola, su implementación efectiva en el sistema de salud.

Si bien en Uruguay se observa un desarrollo sostenido de estudios epidemiológicos y la elaboración de recomendaciones técnicas en torno al uso de BZD, no es evidente la existencia de una política pública integral y sostenida en el tiempo que sea orientada a regular su prescripción y el consumo a nivel país. La producción de datos, las encuestas

poblacionales y la formulación de guías clínicas que se presentaron logran avances relevantes, pero su impacto se ve limitado cuando no se acompañan de mecanismos efectivos de control, evaluación e implementación.

La ausencia de información pública sobre campañas de uso racional, así como sobre la adopción obligatoria de estas recomendaciones en los distintos sistemas de salud, permite problematizar el rol del Estado como actor político responsable de intervenir sobre las condiciones estructurales que sostienen la medicalización del malestar.

Señalar esta brecha entre diagnóstico y acción resulta clave para comprender la persistencia del consumo elevado de BZD como un problema de salud pública en el contexto uruguayo.

7. Reflexiones finales

En el transcurso del presente trabajo se ha mantenido que el consumo de BZD en Uruguay no puede deberse únicamente desde una lógica clínico-patológica individual, sino que debe ser pensado y analizado como un fenómeno social complejo, que se encuentra estrechamente vinculado a procesos más exhaustivos, como la medicalización de la vida cotidiana, la gestión farmacológica del malestar psíquico y las exigencias contemporáneas de rendimiento, productividad y adaptación. De esta manera, las BZD aparecen como respuestas socialmente legitimadas, frente a formas de sufrimiento que exceden lo estrictamente médico, y no solo siguen siendo recursos terapéuticos.

Los datos analizados a lo largo de este trabajo de grado han dado evidencia de una alta prevalencia y persistencia del consumo de BZD en la población uruguaya. Generando que se sitúe como la tercera sustancia psicoactiva más consumida, luego del tabaco y el alcohol. Este consumo, lejos de ser un fenómeno aislado, se encuentra muy normalizado a nivel social y dentro de las prácticas del sistema de salud. Es por ello que se problematiza el papel que juega la prescripción médica generalista, logrando un porcentaje alto de consumo sin prescripción, esto provoca accesos amplios y escasamente problematizados.

Otro dato de interés trabajado, refiere a la contradicción existente entre las recomendaciones clínicas y la práctica efectiva. Donde la primera propone un uso acotado y de corto plazo de la droga mientras que la práctica efectiva se caracteriza por tratamientos prolongados y en su mayoría crónicos. Esto provoca y abre una brecha significativa al considerar los riesgos asociados al consumo sostenido, entre ellos, el síndrome de abstinencia, el deterioro cognitivo, la tolerancia, la dependencia psíquica y física, sobre todo en el riesgo de caídas.

El análisis a partir de los aportes de Michel Foucault, Ivan Illich y Byung-Chul Han permite dar cuenta el lugar que ocupan las BZD en la sociedad contemporánea. En este sentido, podemos pensar al psicofármaco como una tecnología del biopoder ya que contribuye a calmar el malestar subjetivo producido por el imperativo social de la autoexigencia, la adaptación permanente y la positividad constante. Como menciona Illich, este proceso erosiona la capacidad de las personas para afrontar la adversidad de forma autónoma, logrando profundizar las relaciones de dependencia con el sistema médico-farmacológico.

A luz de esto, considero necesario proyectar estrategias de abordaje multinivel que permitan problematizar el lugar hegemónico de las BZD sin desconocer su valor terapéutico en situaciones puntuales. En cuanto a políticas públicas, es fundamental avanzar hacia

campañas que duren en el tiempo, que tengan que ver con educación sanitaria, orientadas a la población en general, así como fortalecer los mecanismos de control, regulación y seguimiento de las prescripciones, sobre todo en el primer nivel de atención en salud. La creación de las guías clínicas constituyen un avance relevante pero no garantizan por sí mismas su implementación cuando no se acompaña de dispositivos institucionales que las tomen en cuenta y las hagan cumplir.

En relación a la formación de profesionales es necesario la incorporación de instancias, que contemplen lo psicofarmacológico pero también dimensiones sociales, éticas y subjetivas del malestar, logrando con ello una práctica clínica más reflexiva.

En el plano social y clínico, destaco la importancia de fomentar y financiar el acceso a terapias psicológicas basadas en evidencia como alternativas de primera línea para la ansiedad y el insomnio leves a moderados. Promover otra visión crítica que logre desestigmatizar el malestar psíquico, sin reducirlo automáticamente a una intervención farmacológica.

En cuanto a la población, considero importante medir el consumo de las BZD de las mujeres y los adultos mayores desde un enfoque interseccional, el cual invita a considerar factores sociales específicos. A las mujeres, la sobrecarga de tareas, la doble jornada y los mandatos de géneros impuestos son rasgos que emergen como elementos centrales en la producción del malestar. En cuanto a los ancianos, se puede afirmar que, la soledad, la polifarmacia y la medicalización del envejecimiento generan un escenario inmejorable en cuanto a la vulnerabilidad frente al consumo crónico de psicofármacos.

Finalmente, haré mención especial al rol de la Psicología la cual es clave frente a estos fenómenos. Ésta, ocupa un lugar complementario y crítico dentro de los equipos interdisciplinarios aportando una lectura integral del sufrimiento psíquico. A través de dispositivos de escucha y acompañamiento el psicólogo puede contribuir a problematizar la indicación farmacológica, favorecer procesos de simbolización y sostener intervenciones que ayuden al sujeto a mantener un lugar activo frente a su malestar.

Estas reflexiones no buscan cerrar el debate, sino abrir líneas de pensamiento y acción orientadas a contribuir a abordajes que se ajusten a lo deseado, que sean más integrales, críticos y sobre todo humanizados frente al uso de las BZD y al tratamiento del malestar en el contexto uruguayo.

8. Referencias bibliográficas:

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-04202015000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

[04202015000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-04202015000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

https://www.academia.edu/31639329/Berrios_German_E_Historia_De_Los_Sintomas_De_Los_Trastornos_Mentales_pdf

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

Abraham, J. (with Sheppard, J.). (1999). *The therapeutic nightmare: The battle over the world's most controversial sleeping pill*. Earthscan.

Aguilar Fleitas, B. (2015). Medicalización de la vida. *Revista Uruguay de Cardiología*, 30(3), 262-267. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-04202015000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Alamán, A. G. (2021, diciembre 13). El Conflicto en Psicología—Hylé Psicólogos Barcelona. *Hylé Psicología*. <https://hylepsicologia.com/el-conflicto-en-psicologia/>

Ayuso Gutiérrez, J. L. (2008). ¿Está justificado el tratamiento prolongado con benzodiazepinas? *Salud mental*, 31(6), 429-430.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252008000600001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Barberá, T., Avellaneda, J. A., Codoñer, P., Bou Monterde, R., & Sanahuja, M. A. (2008). Prescripción inapropiada de benzodiazepinas en la población mayor de la Comunidad Valenciana. *Pharmaceutical care España*, 10(1), 2-7. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2580520>

Barboza, L., Artagaveytia, P., Speranza, N., Domínguez, V., Tamosiunas, G., Barboza, L., Artagaveytia, P., Speranza, N., Domínguez, V., & Tamosiunas, G. (2022). Segundo estudio de consumo de benzodiazepinas en una población uruguaya (2014-2018): El

problema avanza. *Revista Médica del Uruguay*, 38(2).

<https://doi.org/10.29193/rmu.38.2.2>

Berrios, S. (2008). *Historia De Los Sintomas De Los Trastornos Mentales.pdf*.

https://www.academia.edu/31639329/Berrios_German_E_Historia_De_Los_Sintomas_De_Los_Trastornos_Mentales_pdf

Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., Calisto, N., & Navarro, S. (2019). Ansiedad Y Vida Cotidiana Como Blancos Farmacológicos En Uruguay 2013-2015 1. *Psicología & Sociedad*, 31.

https://www.redalyc.org/journal/3093/309360174047/html/?utm_source=chatgpt.com

Calandre, E. P., & Iribas, J. M. (1992). *Fármacos ansiolíticos e hipnóticos*.

<https://www.semanticscholar.org/paper/F%C3%A1rmacos-ansiol%C3%ADticos-e-hipn%C3%B3ticos.-Calandre-Iribas/2911c961b8b2f5dc3f4dabcef75b41c9c49b6bd8>

Calero, L., Oropesa, D., González, M., Roca, A., & Blanco, K. (2009). *La prescripción de benzodiacepinas en el adulto mayor*.

<http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132rev4.htm>

Cid Cárcamo, E. (1982). *Introducción a la farmacocinética*.

<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/121425>

Clinica Universidad de Navarra. (2023). *Ácido gammaaminobutírico: Qué es*.

<https://www.cun.es>. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/acido-gammaaminobutirico>

Clínica Universidad de Navarra. (2025). *Ataxia. Causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento*. <https://www.cun.es>. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ataxia>

Correa Alfaro, F. A., García Hernández, M. N., Correa Alfaro, F. A., & García Hernández, M. N. (2019). Uso recreativo de benzodiacepinas en la población joven. *Ene*, 13(1).

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2019000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM, 5th ed (pp. xlv, 947).

- (2013). American Psychiatric Publishing, Inc.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Díaz Kuaik, I., & Iglesia, G. de la. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
- Editores de la Enciclopedia Británica. (2018). *Iproniazida | Antidepresivo, inhibidor de la monoaminoxidasa y salud mental* | <https://www.britannica.com/science/iproniazid>
- Enderby, P. (2013). Disorders of communication: Dysarthria. *Handbook of Clinical Neurology*, 110, 273-281. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52901-5.00022-8>
- Farmanuario Edición 2025 El Libro de los Medicamentos Guía farmacológica y terapéutica. (2021, abril 18). *Farmanuario*. <https://farmanuario.com/producto/farmanuario-ultima-edicion/>
- Florián Rojas, J. C., & Buitrago Ruíz, Y. (2014). *Uso de benzodiazepinas y riesgo de demencia: Una revisión sistemática de la literatura*.
https://doi.org/10.48713/10336_4943
- Foucault, M. (2017, febrero 20). *Biopoder: Un concepto que desarrolló Michel Foucault*.
<https://psicologiaymente.com/social/biopoder>
- Fuster, A. B., Sandín, B., & Campos, F. R. (2020). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill USA. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=794715>
- Garay, C. J., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., & Koutsovit, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Psicología Vol. 15, N°29, 2019*.
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9564>
- García-Baztán, A., Roqueta, C., & Martínez-Fernández, M. (2014). Prescripción de benzodiazepinas en el anciano en diferentes niveles asistenciales: Características y factores relacionados |. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*,.
https://www.researchgate.net/publication/259121108_Prescripcion_de_benzodiazepinas_en_el_anciano_en_diferentes_niveles_asistenciales_caracteristicas_y_factores

_relacionados

- García-Valdecasas Campelo, J., & Vispe Astola, A. (2015). La raya en la arena: La Psiquiatría entre la ética y la industria farmacéutica. *Norte de Salud Mental*, 13(52), 33-43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5191744>
- Gelso, C. J., & Harbin, J. (2007). Insight, Action, and the Therapeutic Relationship. En *Insight in psychotherapy* (pp. 293-311). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11532-014>
- Gotzsche, P. (2016). *Psicofarmacos que matan y denegación organizada—Universidad Granada*. https://granatensis.ugr.es/discovery/fulldisplay/alma991014220355904990/34CBUA_UGR:VU1
- Haefely, W. E. (1989). Pharmacology of the benzodiazepine receptor. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238(5), 294-301. <https://doi.org/10.1007/BF00449811>
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2012). *All we have to fear: Psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders* (pp. xii, 304). Oxford University Press.
- Horwitz, E. K. (2010). Foreign and second language anxiety. *Language Teaching*, 43(2), 154-167. <https://doi.org/10.1017/S026144480999036X>
- Illich, I. (1987). Némesis médica—Virus. *Virus - Editorial i distribuïdora*. <https://viruseditorial.net/libreria/nemesis-medica/>
- Islam, M. M., Iqbal, U., Walther, B., Atique, S., Dubey, N. K., Nguyen, P.-A., Poly, T. N., Masud, J. H. B., Li, Y.-C. J., & Shabbir, S.-A. (2016). Benzodiazepine Use and Risk of Dementia in the Elderly Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology*, 47(3-4), 181-191. <https://doi.org/10.1159/000454881>
- Lakoff, A. (2004). The anxieties of globalization: Antidepressant sales and economic crisis in Argentina. *Social Studies of Science*, 34(2), 247-269. <https://doi.org/10.1177/0306312704042624>
- LIU, J., CHEN, X., & LEWIS, G. (2011). Childhood internalizing behaviour: Analysis and

- implications. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(10), 884-894.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01743.x>
- Llorente, R., & Gracia Garcia, P. (2019, julio 16). *Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: Revisión sistemática*.
https://www.researchgate.net/publication/334490301_Neuropsicologia_del_trastorno_de_ansiedad_generalizada_revision_sistematica
- López Vantour, A., Aroche Arzuaga, A., Bestard Romero, J., & Ocaña Fontela, N. (2010).
 Uso y abuso de las benzodiazepinas. *MEDISAN*, 14(4), 0-0.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192010000400017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- López-Muñoz, F., Álamo, C., & Cuenca, E. (2000). *La «Década de oro» de la psicofarmacología (1950-1960): Trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos*. <https://www.semanticscholar.org/paper/La-%22D%C3%A9cada-de-oro%22-de-la-psicofarmacolog%C3%ADa-de-la-de-L%C3%B3pez-Mu%C3%B1oz-%C3%81lamo/50f41a7cbf0508c0b51ce4e9a4ad1c4bb872f5c5>
- Lozano, J. (2025, septiembre 9). El peligro de dejarse atrapar por la cultura de la inmediatez. *revista misión*. <https://www.revistamision.com/peligro-cultura-inmediatez/>
- Moreno, N. (2025). *Astenia: Qué es y síntomas*. Somos Estupendas.
<https://somosestupendas.com/astenia-que-es/>
- ORTIZ SANCHEZ, F. (2023). *La “medicalización de la vida” convierte a España en el primer país del mundo en consumo de benzodiacepinas*.
https://semg.es/index.php/noticias/item/962-noticia-20230615-2?utm_source=chatgpt.com
- Pérez, J. M. H., Perea, J. R. A., & Boy, R. C. (1982). Farmacología clínica de las benzodiacepinas. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 21-24.
<https://doi.org/10.15581/021.26.6002>
- Pomara, N., Lee, S. H., Bruno, D., Silber, T., Greenblatt, D. J., Petkova, E., & Sidsis, J. J.

- (2015). Adverse performance effects of acute lorazepam administration in elderly long-term users: Pharmacokinetic and clinical predictors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 56, 129-135.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2014.08.014>
- Rang & Dale's Pharmacology. (2014). <https://shop.elsevier.com/books/rang-and-dales-pharmacology/ritter/978-0-7020-5362-7>
- Rojas-Jara, C., Calquin, F., González, J., Santander, E., & Vásquez, M. (2019). Efectos negativos del uso de benzodiacepinas en adultos mayores: Una breve revisión. *Salud & Sociedad*, 10(1), 40-50.
<https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00003>
- Sánchez Ricardo, L. I., & Hernández Gárciga, F. F. (2010). Consumo de benzodiazepinas en pacientes geriátricos del Consultorio # 12, Policlínico «Campo Florido». *Revista Cubana de Farmacia*, 44(3), 346-353.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75152010000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- ScienceDirect Topics. (2013). *Chlordiazepoxide—An overview*.
<https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/chlordiazepoxide>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Spielberger, C. D. (1927). *Anxiety. Volume 1: Current trends in theory and research*. - *National Institutes of Health*.
https://onesearch.nihlibrary.ors.nih.gov/discovery/fulldisplay/alma991001238267304686/01NIH_INST:NIH
- Triglia, A. (2016, diciembre 3). *¿Qué es una lobotomía y con qué finalidad se practicaba?*
<https://psicologiyamente.com/neurociencias/lobotomia>
- Valdivieso, S., & Ramírez, C. (2002). El insight en psicoanálisis y sus dimensiones. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 371-380. <https://doi.org/10.4067/S0717->

92272002000400009