



Trabajo final de grado

Pre-Proyecto de Investigación

Viabilidad de los Cannabinoides de uso medicinal (CM) como alternativa terapéutica para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en Uruguay.

Estudiante: María Elena Asuaga

C.I.: 45829237

Tutor: Dr. Daniel Camparo

Co-tutor: Dr. Paul Ruiz

Revisora: Leticia Aszkinas

Montevideo, Uruguay. Diciembre, 2025

Índice:

Resumen:.....	1
Fundamentación y antecedentes:.....	1
Marco Conceptual:	5
Conceptualización y clasificación de los trastornos de ansiedad	5
Estrategias terapéuticas en el abordaje de la ansiedad.	6
Recomendaciones clínicas vigentes en el contexto uruguayo.	7
Cannabinoides de uso medicinal (CM)	9
El cannabidiol (CBD) y su acción en el sistema endocannabinoide	9
Problema de investigación.....	10
Pregunta de investigación:.....	11
Objetivo general:	11
Objetivos específicos:	11
Diseño del estudio:	12
Participantes	13
Instrumentos de medición:.....	14
Cuestionario sociodemográfico ad hoc:.....	14
Escala de evaluación de la ansiedad	15
Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	15
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	15
Entrevistas semidirigidas a profesionales	16
Procedimiento:	16
Análisis de datos	17
Cronograma:	19
Consideraciones Éticas.....	20
Resultados esperados:	21
Plan de difusión:	21
Referencias bibliográficas	22
Anexo:.....	27

Resumen:

Los cannabinoides de uso medicinal (CM), y en particular el cannabidiol (CBD), han despertado un creciente interés como posibles alternativas terapéuticas para los trastornos de ansiedad. Sin embargo, en Uruguay existe escasa evidencia empírica que permita evaluar su utilidad clínica. El presente pre-proyecto propone un estudio mixto, no experimental y longitudinal, orientado a describir y comparar la evolución de los niveles de ansiedad en jóvenes de 18 a 29 años con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) que reciben distintos abordajes terapéuticos: psicoterapia, psicoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y psicoterapia con cannabinoides de uso medicinal (CBD). La fase cuantitativa empleará las escalas GAD-7 y BAI en dos momentos de evaluación (T_0 y T_1), mientras que la fase cualitativa incluirá entrevistas a psicoterapeutas con el fin de complementar la comprensión clínica de los cambios observados. Se espera que los resultados aporten información relevante sobre el potencial del CBD en el manejo de la ansiedad y se busca contribuir con insumos de valor para la práctica clínica y para el diseño de políticas públicas orientadas a la salud mental.

Fundamentación y antecedentes:

El uso medicinal del cannabis posee una trayectoria histórica ampliamente documentada. En el siglo XIX, el médico irlandés William Brooke O'Shaughnessy describió sus propiedades antiinflamatorias, analgésicas y anticonvulsivantes (Navarro, 2024). Décadas más tarde, la caracterización de los primeros fitocannabinoides: Δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC) y cannabidiol (CBD), realizada por Ralph Mechoulam en 1960 impulsó nuevas líneas de investigación. Estos compuestos, derivados de la planta de *Cannabis sativa*, demostraron capacidad para producir efectos farmacológicos, lo que favoreció la expansión de estudios orientados a su uso terapéutico. Hacia 1990 se identificaron los receptores cannabinoides en humanos, avance que permitió describir el sistema endocannabinoide y comprender su participación en procesos de homeostasis celular (Navarrete et al., 2021, como se citó en Navarro, 2024).

Este progreso en el conocimiento científico contrasta con el devenir histórico del cannabis en la región. La historia reciente de los usos terapéuticos del cannabis en América Latina evidencia tensiones entre saberes populares y modelos de conocimiento biomédico. Diversas investigaciones describen que, con la consolidación de la biomedicina como modelo médico hegemónico en la región, buena parte de las prácticas fitoterapéuticas fueron deslegitimadas y relegadas a un estatus marginal, asociándolas a la falta de rigor científico. Asimismo, los procesos

de criminalización del cannabis durante la segunda mitad del siglo XX le otorgaron a la planta un carácter de peligrosidad que dificultó durante décadas cualquier investigación sobre su potencial terapéutico (Acosta et al., 2024).

En contraste, el país avanzó hacia un modelo regulatorio que se distanció de este trasfondo prohibicionista, adoptando un marco legal propio que incorporó tanto el uso medicinal como el recreativo ya que, en 2013, Uruguay se convirtió en el primer país del mundo en legalizar y regular el cannabis con fines tanto recreativos como medicinales mediante la Ley N.º 19.172. A más de una década de su aprobación, el país se ha consolidado como un referente internacional en materia de regulación de esta sustancia. En febrero de 2025 se creó el Fondo Sectorial de Investigación Cannábica, destinado a financiar estudios que amplíen la evidencia local sobre los usos del cannabis (Universidad de la República, 2025). La reciente creación de este fondo demuestra que, a nivel nacional, existe un apoyo concreto para el desarrollo de investigaciones vinculadas al uso del Cannabis. Este impulso no solo favorece la generación de evidencia local, sino que también subraya la pertinencia de que disciplinas como la Psicología exploren las posibles aplicaciones terapéuticas del cannabis en el ámbito de la salud mental. Abordar los trastornos de ansiedad con enfoques innovadores (como el uso de cannabinoides medicinales) resulta especialmente oportuno, dada su alta prevalencia y su importancia para una formación actualizada como futura profesional de la Psicología.

La Guía de Práctica Clínica para el abordaje de los trastornos de ansiedad publicada por el Ministerio de Salud Pública en 2024 subraya la relevancia clínica y sanitaria de estos cuadros, dada su magnitud, su impacto en la calidad de vida y la alta demanda asistencial que generan (MSP, 2024). El documento reúne recomendaciones diagnósticas y terapéuticas específicas e incorpora tanto intervenciones no farmacológicas como abordajes farmacológicos, siendo estos últimos los que reciben un desarrollo más extenso. La existencia de una guía clínica nacional dedicada exclusivamente a este grupo de trastornos da cuenta de su importancia dentro de las políticas de salud pública del país.

Con el objetivo de facilitar el acceso y la continuidad de los tratamientos farmacológicos, el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental y el Decreto N.º 114/024 introdujeron medidas específicas orientadas a mejorar la disponibilidad de psicofármacos. El artículo 3 elimina las tasas moderadoras para los antidepresivos fluoxetina y sertralina, mientras que el artículo 4 establece un tope económico para el escitalopram. Estas disposiciones reflejan una política sanitaria dirigida a reducir barreras económicas y favorecer la adherencia a los tratamientos (Uruguay, Poder Ejecutivo, 2024).

En el plano global, la Organización Mundial de la Salud estima que el 4,4 % de la población presenta algún trastorno de ansiedad y que en 2021 se superaron los 359 millones de personas afectadas, lo que lo convierte en uno de los trastornos mentales más prevalentes (OMS, 2023).

A nivel nacional, los datos preliminares de la VIII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas (2024) indican un uso elevado de tranquilizantes (10,5 %) y antidepresivos (7,3 %) en la población de 15 a 65 años, tanto con prescripción como sin ella (Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas, & Instituto Nacional de Estadística, 2024).

Por otra parte, un estudio elaborado por CIFRA y publicado por el Ministerio de Salud Pública en 2025 ofrece una aproximación actual a la percepción de la población sobre la salud mental. Según este informe, la depresión y la ansiedad se identifican como los problemas de salud mental más mencionados por la ciudadanía, evidenciando una creciente sensibilidad social hacia estos cuadros. En particular, la ansiedad aparece como el segundo trastorno más referido, lo que da cuenta de su presencia significativa en la experiencia cotidiana de la población y de su relevancia dentro de las preocupaciones actuales en salud mental (CIFRA, 2025).

Un estudio poblacional realizado por Pagano et al. (2021) analizó el consumo de antidepresivos entre 2010 y 2014, abarcando aproximadamente al 69 % de la población uruguaya. Los autores identificaron que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) fueron el grupo más utilizado, con la sertralina como fármaco de mayor consumo sostenido. Asimismo, registraron un aumento notable en el uso de duloxetine y escitalopram.

Desde 2003, diversas agencias regulatorias de Estados Unidos y Europa emitieron advertencias sobre un posible incremento en el riesgo de pensamientos y conductas suicidas asociado al uso de antidepresivos en población joven. En 2006, la Food and Drug Administration (FDA) amplió estas advertencias a 36 antidepresivos e incluyó a personas de hasta 24 años. Estas medidas se sustentaron en ensayos clínicos que evidenciaron una mayor frecuencia de ideación suicida en los grupos que recibían medicación respecto a aquellos tratados con placebo (MSP, 2024).

Un estudio poblacional reciente realizado en Estocolmo, con más de 162.000 personas diagnosticadas con depresión, reveló que el inicio de tratamiento con ISRS en menores de 25 años se asocia a un incremento significativo en la conducta suicida durante las primeras semanas. El efecto fue particularmente pronunciado en el grupo de 6 a 17 años, donde quienes iniciaron un tratamiento con ISRS presentaron un riesgo casi tres veces mayor en comparación con quienes no comenzaron tratamiento. En los jóvenes de 18 a 24 años también se registró un aumento estadísticamente significativo, aunque de menor magnitud (Lagerberg et al., 2023).

En Uruguay, la información epidemiológica revela una situación especialmente crítica en los grupos etarios donde el estudio internacional señaló un mayor riesgo. Según el Ministerio de Salud Pública, en 2024 la franja de 20 a 24 años registró una tasa de suicidio de 33,2 por cada 100.000 habitantes, la más alta documentada para ese grupo (MSP, 2024). Aunque no es posible establecer una relación causal directa entre estos datos y el uso de ISRS, la comparación entre la evidencia internacional y la realidad nacional destaca la importancia de revisar con atención las intervenciones destinadas a esta población y de considerar opciones terapéuticas con un perfil de seguridad más favorable.

A partir de estas consideraciones, resulta oportuno incorporar el análisis del cannabis medicinal dado que diferentes profesionales de la salud señalan que persisten dudas sobre su perfil de seguridad, particularmente en relación con efectos adversos, interacciones y la ausencia de estandarización de productos. Estas reservas se explican, en parte, por la limitada evidencia disponible y la inexistencia de guías formales (Queirolo et al., 2021).

Esta situación debe comprenderse en el marco de un proceso regulatorio y formativo aún reciente. La reglamentación específica sobre cannabis medicinal en Uruguay comenzó en 2015 y, al año siguiente, se realizó el Primer Curso de Medicina Cannábica de Latinoamérica, organizado por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y coordinado junto con otras instituciones. Tal como señalan Galzerano Guida et al. (2019), este hito marcó el inicio de instancias formales de capacitación en la temática. En 2017 se autorizó la venta en farmacias de aceite de cannabis elaborado a partir de variedades no psicoactivas, lo que amplió de manera significativa la disponibilidad regulada de estos productos.

Por su parte, Galzerano Guida et al. (2019), en su trabajo Cannabis medicinal como recurso terapéutico: estudio preliminar, destacan que se trata del primer estudio epidemiológico realizado en Uruguay orientado a describir la evolución clínico-terapéutica de pacientes tratados con cannabis medicinal, evidenciando la escasa producción científica local en esta área. Los autores identifican que tanto el costo elevado de los productos como las dificultades administrativas para su adquisición son factores decisivos que llevan a muchos usuarios a discontinuar el tratamiento, impidiendo que su uso alcance un carácter universal y manteniéndolo condicionado por la capacidad adquisitiva de cada persona. A ello se suman prejuicios persistentes y la falta de formación especializada en la temática, aspectos que favorecen la utilización informal de productos sin respaldo profesional adecuado.

Debido al vacío de evidencia local, surge la necesidad de impulsar investigaciones nacionales que aporten evidencia empírica sobre la eficacia y seguridad de los cannabinoides de uso medicinal en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, de modo que en el futuro pueda evaluarse su eventual incorporación en las políticas de salud pública (Wood & Purtscher, 2025).

Marco Conceptual:

Conceptualización y clasificación de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad (TA) constituyen una de las patologías mentales más frecuentes y generan un impacto significativo tanto en el bienestar individual como en el ámbito social y económico. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), su prevalencia es mayor en mujeres (7,7 %) que en hombres (3,6 %). La ansiedad, en sí misma, es una reacción emocional normal ante situaciones amenazantes. Sin embargo, cuando estas respuestas se vuelven persistentes, cotidianas y desadaptativas, deben ser evaluadas para determinar si configuran un cuadro patológico (Chacón Delgado et al., 2021).

De acuerdo con el DSM-5, los trastornos de ansiedad se diferencian de la ansiedad o el miedo transitorios, habitualmente inducidos por el estrés, por su carácter persistente, que suele extenderse durante seis meses o más. No obstante, este criterio temporal funciona como guía general y permite cierta flexibilidad, pudiendo ser más breve en niños, como ocurre en el trastorno de ansiedad por separación o el mutismo selectivo (American Psychiatric Association, 2014). En esta clasificación se incluyen siete diagnósticos: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada (American Psychiatric Association, 2014).

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) implica una preocupación constante y desproporcionada frente a acontecimientos cotidianos, sostenida durante seis meses o más. Se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente, que se presenta durante más días de los que ha estado ausente, en relación con diversos aspectos de la vida diaria, como el trabajo, la salud, la familia o las finanzas. Las personas que lo padecen experimentan dificultad para controlar la preocupación, acompañada de al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud o nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño como insomnio o descanso no reparador (American Psychiatric Association, 2014).

Desde una perspectiva integral, la ansiedad no puede comprenderse únicamente desde factores individuales, ya que las condiciones sociales, económicas y ambientales influyen de manera significativa en su aparición y mantenimiento. En esta línea, Expósito-Duque et al. (2024) plantean que los determinantes sociales clásicos (como la educación, la vivienda o la situación socioeconómica) se combinan en la actualidad con nuevos factores relacionados con la hiperconectividad digital, la sobrecarga informativa, el cambio climático, la pérdida de privacidad y las transformaciones del mundo laboral. Esta combinación de elementos estructurales y tecnológicos favorece un entorno que incrementa la vulnerabilidad emocional y contribuye al aumento contemporáneo de los trastornos de ansiedad.

A su vez, los análisis desarrollados por Castillo Gutiérrez y Montoya Ramírez (2023) aportan una lectura sociofilosófica que permite ampliar la comprensión de estos procesos. En su estudio, los autores examinan cómo la obra de Byung-Chul Han caracteriza a la modernidad tardía como una sociedad del rendimiento, marcada por la autoexigencia, la productividad incesante y la presión por alcanzar objetivos individuales. Desde esta interpretación, las lógicas de autocontrol y optimización permanente generan formas de malestar vinculadas al cansancio, la saturación emocional y la sensación de insuficiencia, configurando un contexto en el cual la ansiedad se vuelve un padecimiento característico. Además, los autores sostienen que este modelo de exigencia sostiene un exceso de positividad que impulsa a muchas personas a recurrir al consumo de psicofármacos y bebidas energéticas para mantener niveles de rendimiento cada vez más altos.

[Estrategias terapéuticas en el abordaje de la ansiedad.](#)

La Guía de Práctica Clínica para el abordaje de los trastornos de ansiedad del Ministerio de Salud Pública enfatiza que las intervenciones farmacológicas no deben ofrecerse de manera rutinaria en población adolescente y joven, señalando que el tratamiento de primera línea en esta etapa vital son los abordajes psicoterapéuticos (MSP, 2024). En este sentido, la psicoterapia no solo constituye una alternativa terapéutica válida, sino también una estrategia prioritaria en el abordaje de la ansiedad en personas jóvenes, ya sea como intervención única o como base sobre la cual, en determinados casos, puede evaluarse la incorporación de tratamiento farmacológico. Esta perspectiva respalda la inclusión de la psicoterapia como condición común a los distintos grupos terapéuticos considerados en el presente estudio.

En el abordaje de los trastornos de ansiedad la selección del tratamiento más adecuado debe surgir de una evaluación clínica exhaustiva que permita identificar el tipo específico de trastorno.

Como señalan Chacón et al. (2021), se trata de enfermedades crónicas con potencial de discapacidad, lo que hace imprescindible su diagnóstico temprano y el inicio oportuno de un plan terapéutico. Habitualmente, las intervenciones farmacológicas incluyen antidepresivos y benzodiacepinas, y resulta esencial informar al paciente sobre la prescripción, los posibles efectos adversos y los riesgos de interrumpir el tratamiento de manera inadecuada.

La Guía de Práctica Clínica para el abordaje de los trastornos de ansiedad del MSP (2024), basada en los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), no solo define y clasifica los trastornos de ansiedad según criterios internacionales, sino que también establece lineamientos terapéuticos específicos. Así, la farmacoterapia se reserva para los casos moderados y graves, recomendándose como primera línea los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), en razón de su eficacia y seguridad. En el caso de las fobias específicas se priorizan las técnicas de exposición, mientras que las benzodiacepinas se sugieren únicamente como apoyo sintomático temporal. La selección de medicamentos debe realizarse cuidadosamente, atendiendo a criterios de evidencia, eficacia, seguridad, conveniencia y costo, así como a las características individuales de cada paciente (MSP, 2024).

De igual forma, la guía subraya que la prescripción farmacológica debe integrarse en un proceso de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes, de modo de promover la adherencia terapéutica (MSP, 2024). Sin embargo, entre las opciones contempladas actualmente no figura el uso de Cannabinoides de uso medicinal, lo que refleja la ausencia de evidencia científica suficiente y de consenso clínico en esta área.

[Recomendaciones clínicas vigentes en el contexto uruguayo.](#)

Dentro del sistema de salud pública uruguayo, los estudios recientes muestran que los antidepresivos, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), son los psicofármacos más prescritos, siendo la sertralina el de mayor utilización (Bielli Pallela et al., 2024). Si bien los ISRS han demostrado eficacia en el tratamiento de la ansiedad, no están exentos de riesgos vinculados a la dependencia y a diversos efectos adversos. En este sentido, la literatura nacional advierte que el consumo masivo de psicofármacos plantea interrogantes sobre el abordaje integral de la salud mental y subraya la importancia de considerar alternativas terapéuticas seguras y eficaces, que permitan reducir las consecuencias iatrogénicas y sociales asociadas a su uso (MSP, 2024).

Resulta fundamental considerar el concepto de iatrogenia, entendido como un fenómeno inherente a la práctica médica que puede producir daños incluso cuando los procedimientos o medicamentos

se aplican con criterio adecuado (Domecq Gómez et al., 2020). Dentro de este fenómeno, la iatrogenia asociada al uso de fármacos con potencial adictivo constituye un problema de salud pública, dado que puede generar consecuencias a nivel individual, familiar y social, incrementando el riesgo de accidentes, lesiones, intoxicaciones e incluso muerte prematura (Chacón Delgado et al., 2021).

En este sentido, adquieren especial relevancia las reacciones adversas a medicamentos (RAM). La Organización Mundial de la Salud (2002) define las RAM como “una respuesta nociva y no intencionada a un medicamento, que se produce a dosis normalmente utilizadas en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, o para la modificación de funciones fisiológicas”. La detección temprana y la notificación de estos eventos adversos son, además de una obligación ética y profesional, una estrategia esencial para disminuir la morbilidad y mortalidad vinculadas a los medicamentos y favorecer su uso racional.

En el abordaje farmacológico de los trastornos de ansiedad, la valoración del perfil de seguridad constituye un elemento central para la selección terapéutica. Según Daray, cuando la eficacia entre los antidepresivos es comparable, la elección clínica se orienta principalmente por las diferencias en sus efectos adversos y su tolerabilidad. El autor señala que, por ejemplo, en las primeras generaciones de antidepresivos, la atención se centraba fundamentalmente en los efectos adversos graves vinculados a la toxicidad, lo que relegaba la evaluación de otros aspectos, entre ellos las disfunciones sexuales o el aumento de peso. Sin embargo, con la introducción de fármacos más seguros y con perfiles de toxicidad más bajos, comenzó a reconocerse la relevancia clínica de estas afectaciones, ya que, aunque no suelen interferir durante las fases iniciales, pueden comprometer la adherencia a mediano plazo y favorecer el abandono del tratamiento (Daray, 2017).

En esta línea, la Guía del MSP, (2024) advierte que, si bien las benzodiacepinas constituyen uno de los tratamientos más utilizados para la ansiedad por su rápida eficacia sintomática, su uso prolongado conlleva riesgos considerables, entre ellos dependencia, tolerancia y potencial de abuso. Incluso en dosis terapéuticas, estos fármacos pueden generar dependencia física y psicológica, con posibilidad de síndrome de abstinencia al suspenderlos de forma brusca, especialmente tras tratamientos prolongados o con dosis altas. Este síndrome puede presentarse en hasta un 30 % de los pacientes y se caracteriza por la reaparición de síntomas de ansiedad e insomnio, junto con manifestaciones como taquicardia, fatiga, náuseas o convulsiones. El riesgo aumenta en el caso de benzodiacepinas de vida media corta y mayor potencia, así como en pacientes con depresión, elevados niveles de ansiedad, antecedentes de abuso de sustancias,

edad avanzada, consumo concomitante de alcohol o factores genéticos individuales (Plá et al., 2017)

Cannabinoides de uso medicinal (CM)

Los cannabinoides de uso medicinal comprenden un conjunto amplio de formulaciones terapéuticas derivadas del cannabis. Tal como señalan Wood y Purtscher (2025):

A pesar de que el uso terapéutico del cannabis, sus derivados y sustancias relacionadas, está actualmente reconocido, no existe un consenso para la definición de cannabis medicinal. Por este motivo, el término cannabinoides de uso medicinal (CM) abarca una gran variedad de productos administrados con fines terapéuticos: extractos de la planta de cannabis (incluyendo fitocannabinoides y otros compuestos fitoquímicos); fitocannabinoides aislados (como cannabidiol, CBD, principal compuesto no psicoactivo) y cannabinoides sintéticos. (p. 2).

De acuerdo con esta definición, el término CM permite mantener una perspectiva amplia sobre las diversas formulaciones terapéuticas derivadas del cannabis. No obstante, el cannabidiol (CBD) ocupa un lugar central en este estudio, tanto por su relevancia científica y clínica como por ser un cannabinoide de uso medicinal actualmente disponible en el mercado uruguayo.

El cannabidiol (CBD) y su acción en el sistema endocannabinoide

El sistema endocannabinoide (SEC) constituye una red endógena de neurotransmisión que cumple un rol modulador en diversas funciones fisiológicas y homeostáticas, tanto a nivel del sistema nervioso central como periférico. Está conformado por los receptores CB1 y CB2, los ligandos endógenos, principalmente la anandamida (AEA) y el 2-araquidonilglicerol (2-AG), y las enzimas que regulan su síntesis y degradación (Wood & Purtscher, 2025). Este sistema participa en procesos vinculados al apetito, el sueño, el dolor, la respuesta al estrés y el equilibrio emocional, lo que explica su relevancia clínica en el abordaje de diferentes trastornos.

El cannabidiol (CBD) es uno de los principales compuestos activos derivados de la planta *Cannabis sativa* L. Pertenece al grupo de los fitocannabinoides, sustancias de origen vegetal que interactúan con el sistema endocannabinoide (SEC) del organismo humano. A diferencia del tetrahidrocannabinol (THC), el CBD no posee efectos psicoactivos, es decir, no genera alteraciones perceptivas ni euforia asociadas al consumo recreativo del cannabis. Distintos autores han destacado su potencial terapéutico por las propiedades ansiolíticas,

anticonvulsivantes, analgésicas, antiinflamatorias y neuroprotectoras (Mechoulam & Hanuš, 2000, citado en Wood & Purtscher, 2025).

Desde el punto de vista químico, el CBD y el THC comparten su origen vegetal, pero difieren tanto en su estructura molecular como en su interacción con los receptores del SEC. El THC actúa como agonista parcial del receptor CB1, principalmente presente en el sistema nervioso central, lo que explica sus efectos psicoactivos. En cambio, el CBD no se une directamente a los receptores CB1 ni CB2, sino que modula su actividad de manera indirecta, interviniendo también sobre otros sistemas neurotransmisores, entre ellos el serotoninérgico y el gabaérgico, asociados a la regulación del ánimo y la ansiedad (Brunton & Knollmann, 2023, citado en Wood & Purtscher, 2025).

Diversas investigaciones señalan que el CBD ejerce sus efectos terapéuticos a través de múltiples mecanismos de acción, entre los que se incluyen:

- La inhibición de la recaptación y degradación de la anandamida, prolongando su acción sobre los receptores CB1 y contribuyendo a un efecto ansiolítico.
- La modulación alostérica negativa del receptor CB1, que atenúa los efectos psicoactivos del THC.
- La interacción con los receptores de serotonina (5-HT1A), implicados en la regulación del humor y la ansiedad.
- La acción antioxidante y antiinflamatoria, mediada por la activación de receptores TRPV1 y PPAR- γ (Brunton & Knollmann, 2023, citado en Wood & Purtscher, 2025).

En conjunto, estos mecanismos sustentan el creciente interés clínico de los Cannabinoides de uso medicinal como una alternativa terapéutica segura y no adictiva, con posibles aplicaciones en el tratamiento de la epilepsia refractaria, el dolor crónico y los trastornos de ansiedad (Wood & Purtscher, 2025).

Problema de investigación

A partir de la evidencia revisada, se observa que el abordaje de los trastornos de ansiedad en Uruguay continúa centrado en el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

(ISRS) como tratamiento farmacológico de primera línea, conforme a las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2024). Sin embargo, persisten interrogantes sobre su seguridad en personas jóvenes, especialmente ante la evidencia internacional que advierte un posible aumento en el riesgo de ideación y conducta suicida en menores de 25 años durante las primeras semanas del tratamiento (Lagerberg et al., 2023). Esta preocupación adquiere particular relevancia en el contexto nacional, dado que la franja etaria de 20 a 24 años presenta actualmente la tasa de suicidio más alta registrada (MSP, 2024).

Paralelamente, el cannabidiol (CBD) ha mostrado efectos ansiolíticos en estudios internacionales, aunque en Uruguay no se dispone de evidencia empírica que permita evaluar su utilidad clínica o su factibilidad como alternativa terapéutica. Por estos motivos, la propuesta de investigación es indagar la evolución de los niveles de ansiedad en jóvenes de 18 a 29 años con TAG que reciben distintos abordajes terapéuticos, con el fin de explorar si el cannabis medicinal podría considerarse una alternativa terapéutica viable en comparación con los ISRS.

Pregunta de investigación:

¿Puede el cannabis medicinal considerarse una alternativa terapéutica viable en Montevideo, con un nivel de eficacia comparable o superior al de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el tratamiento de la ansiedad en personas de entre 18 y 29 años con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)?

Objetivo general:

Analizar la eficacia del cannabis medicinal como alternativa terapéutica en el abordaje farmacológico de los trastornos de ansiedad en Uruguay, en personas jóvenes entre 18 y 29 años con diagnóstico de TAG que se encuentren en tratamiento psicoterapéutico.

Objetivos específicos:

- Describir los niveles iniciales de ansiedad en los tres grupos terapéuticos (psicoterapia, psicoterapia + ISRS y psicoterapia + cannabis medicinal CBD) mediante los puntajes de GAD-7 y BAI.
- Examinar la evolución de los niveles de ansiedad a lo largo de dos mediciones (T_0 , T_1) en cada grupo terapéutico.
- Comparar de manera descriptiva los cambios observados en los niveles de ansiedad entre los tres abordajes terapéuticos.

- Analizar las percepciones de los psicoterapeutas respecto al uso de ISRS y CBD en el tratamiento del TAG.
- Integrar los hallazgos cuantitativos y cualitativos para obtener una comprensión amplia de la evolución de la ansiedad en los distintos abordajes terapéuticos.
- Explorar el potencial del cannabidiol (CBD) como alternativa terapéutica frente a los tratamientos actualmente recomendados por el MSP para el manejo de los trastornos de ansiedad.
- Aportar evidencia empírica que contribuya al conocimiento sobre el uso del CBD medicinal en el tratamiento de la ansiedad y que sirva como insumo para la toma de decisiones en materia de salud mental y políticas públicas.

Diseño del estudio:

La presente investigación se desarrollará mediante una estrategia metodológica mixta, que integra procedimientos cuantitativos y cualitativos con el fin de obtener una comprensión amplia y contextualizada del fenómeno estudiado. Dado que se busca describir los niveles de ansiedad y analizar su evolución en distintos grupos de personas (tanto antes como después del inicio del tratamiento con ISRS o cannabis medicinal (CBD), así como en un grupo de control) el estudio adoptará un diseño no experimental, longitudinal y de tipo pre-post, con un alcance descriptivo-correlacional.

El diseño longitudinal resulta pertinente para este estudio, ya que permite analizar la evolución de los niveles de ansiedad en distintos momentos temporales a partir de dos mediciones repetidas con el cuestionario Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Este enfoque posibilita identificar variaciones asociadas a los diferentes abordajes terapéuticos presentes en la muestra (Hernández -Sampieri & Mendoza, 2018).

Tal como señala Chaves-Montero (2018), “las metodologías mixtas se están utilizando cada vez más porque son complementarias, y adicionalmente generan y verifican teorías, amplían la confianza, validez y comprensión de los resultados” (p. 182).

En esta investigación, el enfoque cuantitativo se operacionalizará mediante el análisis de los puntajes obtenidos en el GAD-7 y el BAI en dos momentos de medición. Esto permitirá describir la severidad de los síntomas ansiosos y evaluar su variación intra-sujeto a lo largo del tiempo. Por su parte, el enfoque cualitativo incluirá entrevistas semiestructuradas a psicoterapeutas, cuyo contenido será organizado y examinado mediante procedimientos de análisis temático.

El estudio tendrá un alcance descriptivo-correlacional, dado que el objetivo es establecer el nivel de relación no causal que existe entre dos o más variables, con el propósito de aportar posibles indicios sobre la vinculación entre ellas. En este sentido, “los estudios correlacionales son un tipo de investigación descriptiva que intenta determinar el grado de relación existente entre las variables” (Ary, Jacobs & Razavieh, 1989, p. 318, como se citó en Arias, 2006, p. 26).

Participantes

La población objetivo estará conformada por personas jóvenes entre 18 y 29 años con diagnóstico clínico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) que se encuentren realizando psicoterapia en Montevideo al momento de su incorporación al estudio. Con base en este criterio general, se seleccionarán participantes que ya se encuentren bajo diferentes condiciones terapéuticas, conformando tres grupos comparativos:

- Grupo control clínico: TAG + psicoterapia (sin ISRS ni CBD).
- Grupo ISRS: TAG + psicoterapia + inicio en el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Grupo CBD: TAG + psicoterapia + inicio en el uso de cannabis medicinal (CBD).

Como criterios de exclusión, no se incluirán personas que presenten antecedentes de intento de autoeliminación, eventos traumáticos recientes que puedan alterar los niveles de ansiedad, ni otras condiciones clínicas que interfieran con la evaluación. Estos aspectos serán indagados en principio a los terapeutas que recomienden a los participantes y luego mediante un cuestionario para indagar acerca de las variables sociodemográficas aplicado en la primera instancia de evaluación.

La selección del rango etario de 18 a 29 años responde a la necesidad de trabajar con personas legalmente mayores de edad que, al mismo tiempo, integren el tramo de juventud definido a nivel nacional. El informe sobre bienestar psicosocial y salud mental en jóvenes en Uruguay identifica este grupo como comprendido entre los 14 y los 29 años (UNICEF–INJU, 2022). Dado que en Uruguay la mayoría de edad se alcanza a los 18 años (Ley N.º 16.719), se delimita este estudio a jóvenes adultos capaces de brindar consentimiento informado.

El tamaño de la muestra es de aproximadamente 50 participantes y un mínimo de 10 terapeutas por grupo, alcanzando un total cercano a 180 personas. La selección se realizará mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, dado que los participantes serán elegidos por

cumplir los criterios clínicos y terapéuticos establecidos, sin manipulación de las variables de estudio (Hernández Sampieri & Mendoza, 2018). Tal como explican Parra Velasco y Vázquez Martínez (2017), en este tipo de muestreo la elección de los casos depende fundamentalmente del juicio del investigador, de modo que no todas las personas de la población tienen la misma probabilidad de ser incorporadas (por lo que no es posible realizar una selección aleatoria). Estas autoras señalan que esta estrategia busca integrar casos que resulten adecuados para los objetivos del estudio y que, además, constituye un procedimiento ágil y de bajo costo, especialmente útil cuando se pretende acceder a grupos específicos.

Además, la determinación del tamaño muestral responde a criterios de factibilidad y acceso real a la población, considerando la disponibilidad de profesionales dispuestos a colaborar y la accesibilidad a personas jóvenes con TAG en tratamiento. También se tuvo en cuenta el tiempo previsto para la recolección y análisis de los datos, dado que el diseño longitudinal y el enfoque mixto implican una carga operativa considerable.

Se empleará la técnica de bola de nieve o muestreo en cadena, la cual permite contactar a los terapeutas que, a su vez, facilitan el acceso a nuevas personas que cumplen con los criterios definidos. Según Manzini (2023), esta estrategia es particularmente adecuada cuando la población de interés es pequeña o difícil de localizar, ya que parte de un primer grupo accesible que posteriormente deriva a otros posibles participantes. En primera instancia se contactarán terapeutas para que identifiquen y faciliten el acceso a jóvenes con TAG que se encuentren realizando psicoterapia y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión y puedan ser incluidos en alguno de los tres grupos.

Instrumentos de medición:

Cuestionario sociodemográfico ad hoc:

Se aplicará un cuestionario elaborado específicamente para esta investigación, con el propósito de recabar información básica sobre edad, sexo y frecuencia de práctica de actividad física, así como antecedentes relevantes que permitan aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Los datos obtenidos permitirán describir la muestra y examinar posibles relaciones entre las variables sociodemográficas (edad, género, práctica de actividad física, entre otras) y los niveles de ansiedad, complementando la interpretación de los resultados de los instrumentos principales.

Si bien el análisis de estas variables no constituye un objetivo central del presente estudio, su incorporación permitirá realizar una mejor comparación entre los grupos (para saber si son o no

homogéneos) y disponer de información de valor para futuras investigaciones que profundicen en la relación entre factores sociodemográficos y síntomas ansiosos.

Escalas de evaluación de la ansiedad

A partir de la revisión bibliográfica realizada, se decidió aplicar dos instrumentos validados para la medición de los niveles de ansiedad y su evolución a lo largo del seguimiento: el Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Según la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2024), la respuesta a los tratamientos de ansiedad con ISRS requiere entre cuatro y seis semanas para ser evaluada adecuadamente, dado que en ese lapso suelen apreciarse los primeros cambios clínicos. En esta línea, los niveles de ansiedad se evaluarán mediante los instrumentos GAD-7 y BAI en dos momentos planificados: un primer momento basal, previo al inicio del tratamiento con ISRS o CM, (o hasta tres semanas posteriores a su comienzo), y un segundo momento de seguimiento, realizado luego de transcurridas al menos seis semanas de tratamiento. Esta estrategia permitirá obtener información sobre las posibles variaciones o la estabilidad en los niveles de ansiedad de cada participante a lo largo del período de estudio.

Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Se empleará el Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), cuestionario de autoinforme desarrollado por Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe (2006). Este instrumento fue diseñado para evaluar la frecuencia de síntomas de ansiedad generalizada en las últimas dos semanas y consta de siete ítems puntuados de 0 a 3, con un rango total de 0 a 21 puntos. Los puntos de corte comúnmente aceptados son 5, 10 y 15, que corresponden a niveles leve, moderado y grave de ansiedad, respectivamente.

En el contexto latinoamericano, el GAD-7 ha sido validado recientemente en población argentina, demostrando óptimos índices de ajuste y elevada consistencia interna. Según González Zabala, Olivera, Guiragossian y Simkin (2022), el estudio aporta suficientes evidencias de validez y confiabilidad para la aplicación de este instrumento en el contexto local, lo que respalda su utilización en investigaciones sobre ansiedad en la región.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Este instrumento, ampliamente utilizado en ámbitos clínicos y de investigación, fue diseñado con el propósito de evaluar síntomas de ansiedad que no suelen manifestarse en los trastornos depresivos, lo que lo convierte en una herramienta útil para el diagnóstico diferencial.

Está compuesto por 21 ítems que evalúan síntomas somáticos y cognitivos de ansiedad, puntuados en una escala Likert de 0 a 3 según la intensidad experimentada durante la última

semana. El puntaje total, que oscila entre 0 y 63, se clasifica en niveles mínimos (0–7), leves (8–15), moderados (16–25) y graves (26–63).

Se utilizará la adaptación argentina del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ya que ha demostrado ser un instrumento válido y confiable para la evaluación de la sintomatología ansiosa en personas adultas de Buenos Aires. Por su brevedad y facilidad de administración, constituye una herramienta de gran utilidad para el seguimiento clínico y la valoración de intervenciones psicoterapéuticas en contextos actuales (Vizioli & Pagano, 2020).

Entrevistas semidirigidas a profesionales

La recolección de datos cualitativos se realizará mediante entrevistas semiestructuradas o semidirigidas, entendidas como aquellas en las que el investigador establece ejes temáticos a indagar, pero cuyo orden y formulación pueden flexibilizarse en función de la información emergente. Este tipo de entrevista permite combinar una guía inicial con la posibilidad de profundizar en aspectos relevantes que surjan en el intercambio (Corbetta, 2007), lo que resulta adecuado para explorar experiencias clínicas vinculadas a los diferentes abordajes terapéuticos presentes en el estudio.

Se emplearán entrevistas semiestructuradas breves dirigidas a psicoterapeutas que atiendan pacientes con diagnóstico de TAG incluidos en los tres grupos de estudio. Las preguntas estarán orientadas a indagar: (a) percepciones sobre cambios en la sintomatología ansiosa a lo largo del tiempo; (b) valoración de la respuesta clínica y de la funcionalidad en la vida cotidiana; (c) apreciaciones sobre la adherencia a la psicoterapia y, cuando corresponda, al tratamiento con ISRS o CBD; y (d) observaciones sobre efectos secundarios o consecuencias no deseadas asociadas a los distintos abordajes terapéuticos. (e) Otros factores relevantes que puedan incidir en la evolución del cuadro, tales como la realización de ejercicio físico, la presencia de eventos vitales estresantes recientes, la red de apoyo social y consumo de sustancias.

Procedimiento:

El reclutamiento se organizará mediante la técnica de muestreo en cadena o bola de nieve, comenzando por el contacto inicial con instituciones capaces de facilitar el acceso a profesionales tratantes. En todos los casos, tras la comunicación institucional, se convocará a los psicoterapeutas vinculados a cada organización, quienes recibirán los criterios de inclusión y exclusión y serán quienes identifiquen a los potenciales participantes. Tal como plantea Manzini (2023), los contactos iniciales permiten expandir la red de reclutamiento mediante derivaciones

sucesivas hacia otros potenciales participantes que cumplan con los criterios establecidos. Se coordinarán reuniones informativas con los profesionales involucrados para presentar los objetivos, alcances y procedimientos de la investigación, así como los criterios de inclusión y exclusión.

En una primera etapa, se realizará un acercamiento a la Sociedad Uruguaya de Endocannabinología (SUEN), desde donde los profesionales podrán derivar personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) que se encuentren en psicoterapia y utilicen, o estén próximas a iniciar, cannabidiol medicinal.

De forma paralela, se coordinará con los Equipos de Salud Mental de ASSE en Montevideo. Una vez informados los criterios del estudio, los terapeutas de estos servicios podrán derivar a participantes en psicoterapia con diagnóstico de TAG que estén próximos a recibir o hayan iniciado recientemente, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Si la captación inicial no permitiera completar el grupo de participantes en psicoterapia sin tratamiento farmacológico ni cannabidiol medicinal, se recurrirá a la Federación Uruguaya de Psicoterapia (FUPSi) como estrategia complementaria de acceso a la muestra.

En la instancia con cada participante, se le explicará el propósito del estudio, se administrará el cuestionario sociodemográfico ad hoc y se presentarán las escalas de medición de ansiedad (en su versión validada para población latinoamericana), brindando asistencia ante dudas y se le solicitará la firma del consentimiento informado. Posteriormente, se dará un código QR con los enlaces para completar la evaluación y garantizando la comunicación mediante correo electrónico o contacto vía WhatsApp durante el proceso.

Análisis de datos

Los instrumentos se administrarán en modalidad autoadministrada y digital, resguardando el anonimato y la confidencialidad de las personas participantes. Los cuestionarios GAD-7 y BAI generan datos autoinformados, dado que los participantes responden en función de su propia percepción de los síntomas, mediante formularios digitales accesibles a través de un código QR. Esta modalidad de recolección de datos constituye una estrategia metodológica eficiente y de bajo costo, especialmente adecuada para investigaciones académicas con recursos limitados. Tal como señalan Rocco y Oliari (2007), la implementación digital permite reunir una gran cantidad de respuestas en un período reducido y con costos considerablemente menores en comparación con otros formatos. Asimismo, las respuestas pueden importarse directamente a herramientas de

análisis estadístico, como Excel o SPSS, lo que reduce errores de transcripción y agiliza el procesamiento de los datos (Madge, 2006, como se citó en Rocco & Oliari, 2007).

Finalizada la etapa de recolección, los datos serán procesados mediante el software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). El análisis se realizará siguiendo los lineamientos de la investigación cuantitativa propuestos por Hernández Sampieri y Mendoza (2018), aplicando estadísticos descriptivos para caracterizar a la muestra y describir la distribución de las variables. En particular, se calcularán medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, valores mínimo y máximo) para los puntajes totales de ansiedad obtenidos en el GAD-7 y el BAI en cada momento de evaluación (T_0 y T_1) y en cada grupo terapéutico, así como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Estos análisis descriptivos permitirán caracterizar los niveles iniciales de ansiedad en los tres grupos terapéuticos, en correspondencia con el primer objetivo específico del estudio.

Para analizar la evolución de los niveles de ansiedad a lo largo del tiempo, se examinarán los cambios registrados en cada participante entre T_0 y T_1 , comparando los puntajes obtenidos en ambos momentos con el fin de identificar tendencias de aumento, disminución o estabilidad dentro de cada grupo terapéutico. Este análisis responde al segundo objetivo específico, al permitir examinar la evolución de la ansiedad entre la evaluación inicial y la posterior.

Con el fin de evaluar de manera más rigurosa estos cambios y compararlos entre grupos, se empleará un análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA). De acuerdo con Hernández Sampieri y Mendoza (2018), esta técnica resulta apropiada cuando se busca comparar medias entre grupos y analizar mediciones repetidas en los mismos sujetos a lo largo del tiempo. En este estudio, el ANOVA permitirá examinar la variación de los niveles de ansiedad entre los dos momentos de evaluación (T_0 y T_1), así como contrastar los patrones de cambio entre los distintos grupos terapéuticos (psicoterapia individual, psicoterapia + ISRS y psicoterapia + CBD), considerando tanto el efecto del tiempo como la interacción entre el tipo de tratamiento y la evolución de los síntomas. De este modo, se podrán comparar estadísticamente los cambios observados entre los tres abordajes terapéuticos, atendiendo al tercer objetivo específico del estudio.

En caso de que no se cumpla el supuesto de normalidad requerido para la aplicación del ANOVA de medidas repetidas, se optará por un enfoque no paramétrico alternativo. Para analizar los cambios entre las mediciones inicial y posterior en los mismos participantes se utilizará el test de Wilcoxon, dado que se trata de dos mediciones relacionadas. Asimismo, para la comparación de

los niveles de ansiedad entre los distintos grupos terapéuticos se empleará la prueba de Kruskal–Wallis. Este conjunto de pruebas permite abordar adecuadamente tanto el cambio intra-sujeto como las diferencias entre grupos sin vulnerar los supuestos estadísticos.

En cuanto al componente cualitativo, las entrevistas semiestructuradas realizadas a los psicoterapeutas serán analizadas mediante procedimientos de análisis temático, organizando el material en códigos y categorías que den cuenta de los cambios percibidos en la sintomatología ansiosa de sus pacientes, la respuesta clínica a los diferentes abordajes terapéuticos, la adherencia al tratamiento y la influencia de factores contextuales en el proceso terapéutico. La articulación de los datos mediante triangulación, integrando los resultados cuantitativos con las percepciones cualitativas, permite construir un corpus coherente que representa de modo sistemático los resultados de la investigación y contribuye al proceso de validación, al contrastar los hallazgos empíricos con el marco teórico y con resultados de otros estudios (Cisterna Cabrera, 2007). Este análisis cualitativo atenderá el cuarto objetivo específico, al analizar las percepciones de los psicoterapeutas respecto al uso de ISRS y CBD en el tratamiento del TAG, mientras que la triangulación de métodos contribuirá al cumplimiento del quinto objetivo específico, integrando los hallazgos cuantitativos y cualitativos para lograr una comprensión amplia y contextualizada de la evolución de la ansiedad bajo los distintos abordajes terapéuticos.

Cronograma:

Actividad	Mes											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Presentación de la investigación ante el Comité de Ética	■											
Registro y autorización de proyectos de investigación en el MSP	■											
Coordinación con las instituciones		■	■	■								
Entrevistas con los profesionales			■	■	■							
Instancia con los participantes				■	■	■						
Aplicación de los instrumentos (GAD-7 y STAI)					■	■	■	■				
Procesamiento de datos						■	■	■	■			
Análisis de datos								■	■	■	■	
Redacción y revisión del informe final										■	■	■
Publicación y divulgación de resultados												■

Consideraciones Éticas

Previo al inicio de la investigación, el proyecto será presentado para su evaluación y aprobación ante el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, en cumplimiento de lo dispuesto por el Decreto N.º 158/019 del Poder Ejecutivo, que regula la investigación con seres humanos en Uruguay. Asimismo, conforme a la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública, el estudio será registrado ante dicha autoridad sanitaria según lo establecido en el Reglamento para el registro y autorización de proyectos de investigación en seres humanos (MSP, 2024).

Dado que el estudio aborda aspectos vinculados con la salud mental y el uso de cannabidiol (CBD) medicinal, se reconoce el carácter sensible de la información recolectada. En consecuencia, se garantizarán la vida, salud, dignidad, autonomía, privacidad y confidencialidad de las personas participantes, de acuerdo con la Declaración de Helsinki (AMM, 2024), el Decreto N.º 379/008 y las Buenas Prácticas Clínicas del MERCOSUR (Resolución 129/96). La participación será completamente voluntaria y se formalizará mediante un consentimiento libre e informado, en el cual se explicarán los objetivos, procedimientos, potenciales molestias y el derecho a retirarse en cualquier momento sin perjuicio alguno.

Los datos obtenidos se utilizarán exclusivamente con fines académicos y científicos. Al tratarse de información relativa a la salud, esta será tratada como dato sensible según lo dispuesto en la Ley N.º 18.331 de Protección de Datos Personales. No se recopilarán nombres ni información identificatoria, y todos los registros serán codificados y almacenados de forma segura conforme a las normas del CEI-Udelar.

Los instrumentos empleados no suponen riesgo para las personas participantes. En caso de que alguna experimente malestar, podrá interrumpir o abandonar el estudio. No se prevé compensación económica por la participación. Los resultados estarán disponibles para quienes integren el estudio y podrán difundirse en ámbitos académicos y científicos. Finalmente, la investigación declara ausencia de conflictos de interés y reafirma su compromiso con la integridad científica y la comunicación ética de los resultados de acuerdo con los artículos 36 al 39 de la Declaración de Helsinki (AMM, 2024).

Resultados esperados:

Se espera que los hallazgos de este estudio aporten evidencia empírica relevante para valorar el potencial del cannabis medicinal como alternativa terapéutica en el tratamiento de la ansiedad. Los resultados podrían contribuir a ampliar el conocimiento disponible sobre el uso clínico de los cannabinoides de uso medicinal en Uruguay, así como a promover la discusión científica y profesional en torno a su eficacia y a su posible incorporación futura en las estrategias de abordaje en salud mental.

Plan de difusión:

Los resultados obtenidos se difundirán a través de revistas académicas nacionales vinculadas al ámbito de la psicología, la salud mental y la endocannabinología, con el objetivo de contribuir a la discusión científica en el área. Por otra parte, se buscará presentar los hallazgos en jornadas, seminarios o congresos académicos, favoreciendo el intercambio con profesionales e investigadores del campo.

Referencias bibliográficas

- Acosta, L. E., Lavagnino, N. J., Sy, A., & Di Pasquo, F. (2024). Tensiones y diferencias entre un saber-hacer popular y el modo de producción de conocimiento biomédico: el caso de los usos terapéuticos del cannabis. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 34, e34068. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434068es>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Arias, F.G. (2006). El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Editorial Episteme.
- Asociación Médica Mundial. (2024). Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos (75^a Asamblea General, Helsinki, Finlandia, octubre de 2024). Asociación Médica Mundial. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bielli Pallela, A. C., Giraldez García, C. G., Toledo Núñez, M. F., Bacci Mañaricua, M. P., Bruno Cámares, G., Calisto Slobodjan, N. B., Navarro Denis, S. A., Predebon, L., Rodríguez Otero, V., Olmos Malet, I. R., & Mato, M. (2024). Geografías de prescripción y consumo de antidepresivos en servicios de salud pública de Montevideo (Uruguay): período marzo 2018 a marzo 2019. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*, 88(1), 26–44. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2024/09/04_to2.pdf
- Castillo Gutiérrez, M. C., & Montoya Ramírez, J. C. (2023). La sociedad del cansancio y el rendimiento a la luz del pensamiento de Chul-Han: Han, Byung-Chul. (2012). La sociedad del cansancio (Arantzazu Saratzaga Arregi, trad.). Herder. (Original publicado en 2010). *Jangwa Pana*, 22(3), 1–5. <https://doi.org/10.21676/16574923.5160>
- Cisterna Cabrera, F. (2005). Categorías y triangulación como proceso de validación del conocimiento en investigación cualitativa, *Theoria*, 14(1), 61-71. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29900107>

- CIFRA. (2025). Percepción de la población sobre la salud mental y hábitos de consulta y tratamiento. Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/percepcion-poblacion-sobre-salud-mental-habitos-consulta-tratamiento>
- Chaves-Montero, A. (2018). La utilización de una metodología mixta en la investigación social en K. D. Santa Gadea, W.F. Gadea y S. Vera - Quiñonez (Ed.), Rompiendo Barreras en la Investigación (1ra. ed., pp. 164-174). Editorial Utmach. <https://ariasmontano.uhu.es/rest/api/core/bitstreams/76d8016a-e139-48df-adc8-5318ad601d84/content>
- Chacón Delgado, E., Xatruch De la Cera, D., Fernández Lara, M., & Murillo Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23–36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Corbetta, P. (2007). Metodología y técnicas de investigación social. Editorial Mc.GrawHill.
- Daray, F. M. (2017). Aspectos prácticos para el manejo de psicofármacos. Salerno.
- Domecq Gómez, Y., Freire Soler, J., Querts Méndez, O., & Columbié Reyes, J. L. (2020). Consideraciones actuales sobre la iatrogenia. *MEDISAN*, 24(5), 906–924. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000500906
- Expósito-Duque, V., Torres-Tejera, M. E., & Domínguez Domínguez, J. A. (2024). Determinantes sociales de la ansiedad en el siglo XXI. *Atención Primaria Práctica*, 6, 100192. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100192>
- Galzerano Guida, Julia, Orellana Navone, Cecilia Carina, Ríos Pérez, María Daniela, Coitiño González, Ana Laura, & Velázquez Ramos, Pablo Mariano. (2019). Cannabis medicinal como recurso terapéutico: estudio preliminar. *Revista Médica del Uruguay*, 35(4), 113-137. Epub 01 de diciembre de 2019. <https://doi.org/10.29193/rmu.35.4.5>
- González Zabala, A. G., Olivera, M., Guiragossian, S., & Simkin, H. (2022). Evidencias de validez y confiabilidad de la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). *Revista de Ciencias Empresariales y Sociales*, 8(5), 121–135. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/222341>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (1.ª ed.). McGraw-Hill Education

- Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas, & Instituto Nacional de Estadística. (2024). VIII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General – Uruguay 2024. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/2024-10/VIII%20Encuesta%20Nacional%20sobre%20Consumo%20de%20Drogas%20en%20Poblaci%C3%B3n%20General%20-%20hoja%20de%20datos.pdf>
- Lagerberg, T., Matthews, A. A., Zhu, N., Fazel, S., Carrero, J. J., & Chang, Z. (2023). Effect of selective serotonin reuptake inhibitor treatment following diagnosis of depression on suicidal behaviour risk: A target trial emulation. *Neuropsychopharmacology*, 48(10), 1760–1768. <https://doi.org/10.1038/s41386-023-01676-3>
- Manzoni, F.R. (2023). Muestreo en investigaciones psicológicas en M.J. Sánchez Vázquez (Ed.), *Metodología en acción. Aportes a la investigación psicológica con humanos*. (1ra. ed., 76-89). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/155563>
- Ministerio de Salud Pública. (2024). Guía de Práctica Clínica para el abordaje de los trastornos de ansiedad en el Sistema Nacional Integrado de Salud. MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2024, 4 de marzo). Registro / Autorización de proyectos de investigación en seres humanos. Dirección General de la Salud. <https://www.gub.uy/tramites/registro-autorizacion-proyectos-investigacion-seres-humanos>
- Navarro, C. E. (2024). Sistema endocannabinoide y el rol del cannabis medicinal en el tratamiento de la espasticidad: Una revisión narrativa. *Iatreia*, 37(1), 47–62. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.207>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 27 de septiembre). Trastornos de ansiedad. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 10 de septiembre de 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Pagano, E., Domínguez, V., Speranza, N., Barboza, L., & Tamosiunas, G. (2021). Evaluación del consumo de antidepresivos en la población uruguaya entre 2010 y 2014. *Revista Médica del Uruguay*, 37(3), 163–176. <https://doi.org/10.29193/rmu.37.3.3>
- Plá, A., García, A., González, H., Ferrari, C., Olmedo, M., Rodríguez, G., Castellano, L., Demassi, P., Furtado, F., & Couture, E. (2017). Consumo de benzodicepinas y otros psicofármacos en territorio nacional: Instructivo balance trimestral de medicamentos

- controlados (Periodo: Enero 2014 – Junio 2016). Ministerio de Salud Pública, División Sustancias Controladas. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/consumo-benzodicepinas-otros-sicofarmacos-0>
- Parra Velasco, L.Y. y Vázquez Martínez, M.G. (2017). Muestreo probabilístico y no probabilístico. Universidad del Istmo. <https://www.gestiopolis.com/wp-content/uploads/2017/02/muestreo-probabilistico-no-probabilistico-guadalupe.pdf>
- Queirolo, R., Sotto, B., & Álvarez, E. (2021). Cannabis medicinal en Uruguay: Estudio sobre la comunidad médica y los desafíos persistentes. Documento de Trabajo. Universidad Católica del Uruguay, Departamento de Ciencias Sociales.
- Rocco, L., & Oliari, N. (2007). La encuesta mediante internet como alternativa metodológica. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Speranza Mourine, N., de Santis, A., Wood, I., Galarraga, F., Jara, J., Mansilla, S., & Tamosiunas, G. (2025). ¿Quiénes prescriben cannabis medicinal en Uruguay?: : estudio preliminar sobre actitudes y conocimientos de los prescriptores. *Anales De La Facultad De Medicina*, 12(1), e205. <https://doi.org/10.25184/anfamed2025v12n1a8>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- UNICEF Oficina en Uruguay & Instituto Nacional de la Juventud (INJU). (2022). Situación de bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay. UNICEF / INJU. <https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Bienestar%20psicosocial%20salud%20mental%20adolescentes%20Uruguay.pdf>
- Universidad de la República, Prorectorado de Investigación. (2025, 12 de febrero). Convenio habilita fondos para la investigación cannábica. <https://investigacion.udelar.edu.uy/2025/02/12/convenio-habilita-fondos-para-la-investigacion-cannabica/>
- Uruguay. (1998). Decreto N.º 189/998: Internalización de la Resolución MERCOSUR N° 129/96 sobre Buenas Prácticas Clínicas para la Conducción de Estudios en Seres Humanos. *Diario Oficial*, 15 de julio de 1998.

- Uruguay. (2008). Decreto N.º 379/008: Reglamentación sobre investigaciones en seres humanos. Diario Oficial, 4 de agosto de 2008.
- Uruguay. (2008). Ley N.º 18.331: Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data. Diario Oficial, 1 de septiembre de 2008.
- Uruguay. (2019). Decreto N.º 158/019: Regulación de la Investigación con Seres Humanos. Diario Oficial, 18 de junio de 2019.
- Uruguay. (2020). Decreto N.º 64/020: Reglamentación de la Ley N.º 18.331 de Protección de Datos Personales. Diario Oficial, 4 de marzo de 2020.
- Uruguay. Poder Ejecutivo. (2024). Decreto N.º 114/024: Incorporación a la población entre 25 y 30 años en la cobertura dispuesta por el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental.
- Vizioli, N. & Pagano, A. (2020). Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires. *Interacciones*, 6(3), e171.
<https://revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/171/230>
- World Health Organization. (2002). Safety of medicines: A guide to detecting and reporting adverse drug reactions: Why health professionals need to take action. World Health Organization.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67378/WHO_EDM_QSM_2002.2.pdf
- Wood, I & Coutinho, F. (2023). Preparados magistrales en base a cannabis: ¿una oportunidad para ampliar el acceso?. EN: *Boletín Farmacológico*, 2023; 14(2). 4 p.
- Wood, I & Purtscher, P. (2025). Investigación clínica en derivados de cannabis medicinal desde la Unidad Académica de Farmacología y Terapéutica. EN: *Boletín Farmacológico*, 2025;16(1). 9 p.

Anexo:

Se aplicará la adaptación validada al español argentino del Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), disponible de forma pública en el portal de Pfizer <https://www.phqscreeners.com>

GAD-7				
¿Durante las últimas dos semanas, con qué frecuencia sintió molestias por los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<i>(Marque su respuesta con una "X")</i>				
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a quieto/a	0	1	2	3
6. Enojarse o irritarse con facilidad	0	1	2	3
7. Sentirse con miedo como si algo terrible fuera a suceder	0	1	2	3
<i>(For office coding: Total Score T___ = ___ + ___ + ___)</i>				

Desarrollada por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B. Williams, Kurt Kroenke y colegas con una donación de Pfizer Inc. No es necesario ningún permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

Se aplicará el inventario elaborado a partir de adaptación elaborada por la autora del presente trabajo para fines académicos, tomando como referencia la versión Argentina del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) desarrollada por Vizioli y Pagano (2020), publicada en la revista Interacciones, 6(3),

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
Sintoma	Para Nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Hormigueo o entumecimiento	☐	☐	☐	☐
2. Sensación de calor intenso	☐	☐	☐	☐
3. Debilidad en las piernas	☐	☐	☐	☐
4. Incapacidad para relajarse	☐	☐	☐	☐
5. Miedo a que pase lo peor	☐	☐	☐	☐
6. Mareos o vértigos	☐	☐	☐	☐
7. Palpitaciones o taquicardia	☐	☐	☐	☐
8. Sensación de inestabilidad	☐	☐	☐	☐
9. Con miedo o aterrorizado/a	☐	☐	☐	☐
10. Nervioso/a	☐	☐	☐	☐
11. Sensación de ahogo	☐	☐	☐	☐
12. Temblor de manos	☐	☐	☐	☐
13. Inquieto/a, tembloroso/a	☐	☐	☐	☐
14. Miedo a perder el control	☐	☐	☐	☐
15. Dificultad para respirar	☐	☐	☐	☐
16. Miedo a morir	☐	☐	☐	☐
17. Asustado/a	☐	☐	☐	☐
18. Indigestión o malestar estomacal	☐	☐	☐	☐
19. Sensación de desvanecimientos o desmayos	☐	☐	☐	☐
20. Ruborizarse, sonrojamiento	☐	☐	☐	☐
21. Sudoración (no producida por calor)	☐	☐	☐	☐

Guion inicial de entrevista semiestructurada a psicoterapeutas.

(versión preliminar, sujeta a ajustes tras prueba piloto)

Las siguientes preguntas constituyen una guía orientativa para las entrevistas semiestructuradas. Se organizan en ejes temáticos, lo que permite mantener comparabilidad entre los grupos de estudio, respetando al mismo tiempo la flexibilidad propia del enfoque cualitativo (Corbetta, 2007).

Cambios en la sintomatología ansiosa

- Desde su perspectiva clínica, ¿qué cambios ha observado en la sintomatología ansiosa del paciente desde el inicio del tratamiento actual?

Rol del tratamiento (según grupo de pertenencia)

- En el caso de este paciente que recibe (ISRS/CBD), ¿cómo describiría el impacto de este tratamiento en la evolución de los síntomas ansiosos?
- (para grupo de control): “¿Considera que la psicoterapia ha sido suficiente para el abordaje del cuadro ansioso? ¿Hubo momentos en que hubiera considerado necesaria la incorporación de medicación?”

Funcionalidad y vida cotidiana

- Ha notado cambios en el funcionamiento cotidiano de la persona (trabajo, estudio, vínculos, actividades diarias) desde que se encuentra en este tratamiento (ISRS/CBD)?

Adherencia al tratamiento

- ¿Cómo describiría la adherencia del paciente al tratamiento psicoterapéutico y, según el caso, al tratamiento farmacológico o con CBD?
- ¿Qué factores favorecen o dificultan esa adherencia?

Efectos secundarios o dificultades asociadas

¿Ha identificado efectos secundarios o consecuencias no deseadas asociadas al tratamiento que recibe el paciente?

Otros factores relevantes

- ¿Qué otros factores considera que han influido en la evolución del cuadro (por ejemplo, ejercicio físico, cambios vitales recientes, apoyo familiar o social, consumo de sustancias, etc.)?

Cierre

- ¿Hay algo más que considere importante y que no hayamos abordado durante la entrevista?

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Viabilidad de los Cannabinoides de uso medicinal (CM) como alternativa terapéutica para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en Uruguay.

Investigadora responsable

Nombre: Maria Elena Asuaga

Correo electrónico: Elenaasuaga@gmail.com

Institución: Facultad de Psicología – Universidad de la República

Año: 2025

Propósito del estudio

Se me ha informado que esta investigación tiene como finalidad analizar la eficacia del cannabidiol (CBD) como alternativa terapéutica en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en jóvenes de entre 18 y 29 años que se encuentran en psicoterapia, con distintos abordajes terapéuticos (psicoterapia sola, psicoterapia + ISRS y psicoterapia + CBD).

Se me solicita participar en calidad de profesional tratante, brindando información acerca de la evolución clínica del paciente desde mi perspectiva profesional.

Procedimiento

Se me invita a participar en una entrevista semiestructurada, en la cual se me consultará sobre:

- cambios clínicos observados en la sintomatología ansiosa;
- percepción de la respuesta terapéutica;
- adherencia al tratamiento;
- posibles efectos secundarios o factores contextuales.

Las preguntas no buscarán información que permita identificar a personas concretas; los datos de los pacientes serán manejados en forma codificada y no personal.

Voluntariedad

Entiendo que mi participación es absolutamente voluntaria, y que puedo negarme a responder alguna pregunta o retirarme del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar mi decisión y sin consecuencias de ningún tipo.

Confidencialidad y manejo de datos

- Los datos obtenidos serán usados únicamente con fines académicos y científicos.
- No se registrarán nombres ni datos identificatorios.
- La información será codificada y almacenada en un dispositivo seguro, protegido mediante contraseña.
- Solo los investigadores tendrán acceso a los datos.
- Las grabaciones serán eliminadas una vez finalizado el análisis cualitativo.

- Se cumple con la Ley N.º 18.331 de Protección de Datos Personales, el Decreto N.º 379/008 y la Declaración de Helsinki (AMM, 2024).

Autorización para grabar (marcar una opción)

- ☐ Autorizo la grabación de la entrevista exclusivamente para su análisis posterior.
- ☐ No autorizo la grabación. Acepto que se tomen notas escritas durante la entrevista.

Contacto

Si tengo dudas o quiero retirarme del estudio, puedo comunicarme con la investigadora a través del correo electrónico indicado anteriormente.

Consentimiento

Declaro haber leído y comprendido la información presentada, y acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Nombre del/la profesional: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / 2025