



Consumo de benzodiazepinas en población joven de la Comunidad de Madrid

Use of Benzodiazepines in Young Population of the Community of Madrid

Diego Fernández Piedra
Universidad Complutense de Madrid

Nerea Lorenzo Poma
Escuela Amalgama

Berta de la Vega Moreno
Energy Control

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar las motivaciones y experiencias asociadas al consumo de benzodiazepinas en jóvenes de la Comunidad de Madrid, con edades entre 25-34 años, que han utilizado estas sustancias en los últimos 12 meses. A través de entrevistas semiestructuradas a 20 participantes, se exploraron los factores que influyen en su consumo, la percepción de riesgos y las estrategias de autocuidado adoptadas. Los hallazgos evidencian una falta de información inicial sobre los efectos adversos y un aprendizaje autodirigido. Se concluye que la accesibilidad y la normalización del consumo facilitan su continuidad, subrayando la necesidad de intervenciones educativas para promover un uso informado y responsable.

Palabras clave: **Benzodiazepinas; Automedicación; Drogas ilícitas; Jóvenes**

ABSTRACT

This study aims to analyze the motivations and experiences associated with the use of benzodiazepines in young people from the Community of Madrid, aged

between 25-34 years, who have used these substances in the past 12 months. Through semi-structured interviews with 20 participants, the research explores the factors influencing their consumption, their perception of risks, and the self-care strategies they adopt. Findings reveal an initial lack of awareness regarding adverse effects and a self-directed learning process. The study concludes that accessibility and the normalization of use contribute to its persistence, highlighting the need for educational interventions to promote informed and responsible use.

Keywords: Benzodiazepines; Self-medication; Illicit Drugs; Youth

INTRODUCCIÓN

El consumo de hipnosedantes, un medicamento que incluye las benzodiazepinas, ha emergido como una problemática en España. Según el Observatorio español de las drogas y las adicciones en el 2023 (OEDA), en su informe ESTUDES para ese año, estas sustancias se han convertido en las terceras más consumidas por población entre 15-64 años en los últimos 12 meses, después del alcohol y el tabaco (OEDA, 2023). Además, añade que una de cada cuatro personas ha usado hipnosedantes, con o sin receta, durante el 2022, sugiriendo que un total de 713 000 personas, en España, han empezado a tomar estas sustancias en ese año.

Las benzodiazepinas, según María Pilar Lecha (2004), son medicamentos empleados para tratar ansiedad e insomnio, actuando como ansiolíticos, hipnóticos, anti-convulsivos, relajantes musculares, y en premedicación anestésica y desintoxicación alcohólica. Sus datos específicos de uso dicen, según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), que en 2020 se consumieron aproximadamente 110 dosis diarias por cada 1000 habitantes en España, cifra que contrasta con países como Alemania, que usan 0,04 (JIFE, 2020). El uso de estas es más frecuente entre mayores de 35 años. Además, la encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, ESTUDES 2023, indica que la edad de inicio es temprana, con un promedio de 14,1 años (OEDA, 2023). Según Ana Lligoña et al. (2019), el incremento en la utilización de benzodiazepinas en este país ha suscitado preocupación en la comunidad médica y la sociedad, debido a las consecuencias significativas del uso inadecuado o excesivo de estas. Por esto, el uso creciente de benzodiazepinas en jóvenes es un tema de interés creciente en salud pública, debido a su prevalencia y las implicaciones para la salud mental y el bienestar. Esta realidad plantea desafíos por su potencial de dependencia, efectos adversos y riesgos como la debilidad muscular, ataxia, sedación, alteraciones de la memoria, reacciones de discontinuación y riesgo de dependencia. Además, es crucial abordar de manera integral y multidisciplinaria esta problemática, considerando aspectos clínicos, terapéuticos, sociales y psicológicos que influyen en su uso.

Así pues, este estudio explora el uso de benzodiazepinas en jóvenes de la Comunidad de Madrid, España, con el objetivo de comprender sus motivaciones, experiencias y consecuencias. Además, reflexiona críticamente sobre sus implicaciones en el contexto de la medicalización y la salud mental contemporánea. Su finalidad es contribuir al conocimiento en psicología social y salud pública, proponiendo intervenciones preventivas, programas educativos y políticas integrales para abordar su utilización.

OBJETIVOS

Objetivo general

Estudiar las motivaciones y experiencias vinculadas al consumo de benzodiazepinas en jóvenes de la Comunidad de Madrid, con edades comprendidas entre 25 y 34 años, que han usado estas sustancias en los últimos 12 meses.

Objetivos específicos

Identificar los factores que impulsan a los jóvenes a utilizar benzodiazepinas y comprender las motivaciones detrás de este comportamiento.

Explorar las experiencias y percepciones de los jóvenes en relación con el consumo de benzodiazepinas, incluyendo los contextos de uso y las consecuencias percibidas.

Analizar los hábitos de utilización de benzodiazepinas en la población joven de la Comunidad de Madrid, considerando la frecuencia, la cantidad y las formas de acceso a estas sustancias.

Proponer recomendaciones para promover prácticas de utilización más responsables y saludables en la población joven, con el objetivo de prevenir el uso indebido de benzodiazepinas y sus posibles consecuencias negativas.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Salud, enfermedad y atención

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, más allá de la mera ausencia de enfermedades o trastornos. Sin embargo, Gustavo Alcántara (2008) sugiere que la percepción de esta varía según el contexto histórico-cultural de cada sociedad, siendo una construcción social que evoluciona con el tiempo y el lugar. Desde la perspectiva de la escuela de Hipócrates, la enfermedad es un desequilibrio entre la naturaleza física general y la particularidad de cada individuo, transformando la comprensión de las enfermedades como alteraciones específicas del equilibrio

natural del organismo (Gómez-Arias, 2018). Aunque este último concepto, según Claudio Vicente López et al. (2005), no está claramente definido en las clasificaciones de la OMS y no captura las motivaciones reales que llevan a las personas a buscar atención médica. Rubén Darío Gómez-Arias (2018) argumenta que la salud y la enfermedad son representaciones influenciadas por el metabolismo social, es decir, por las interacciones entre la naturaleza y la sociedad facilitadas por el trabajo humano. Esta perspectiva destaca que los problemas de salud y enfermedad no son la suma de dificultades individuales, sino también construcciones sociales que reflejan condiciones de vida y las percepciones sociales de los problemas de salud.

La transición de paradigmas hacia este enfoque más transdisciplinario y complejo en el estudio de la salud y la enfermedad implica desafiar las verdades absolutas del paradigma biomédico y buscar un diálogo genuino entre diferentes áreas del conocimiento (Libreros, 2012). Esto también conlleva cambios estructurales a nivel político, económico y cultural para abordar desafíos como la desigualdad en el acceso a la atención médica, la contaminación ambiental y otros problemas de salud pública.

Nohemy De Infante y Lugardo Álvarez (2015) proponen que entender la salud y la enfermedad como un proceso continuo implica reconocer que el ser humano experimenta ciclos de nacimiento, crecimiento, enfermedad y curación a lo largo de la vida, desafiando la noción tradicional de que la salud es simplemente un estado de bienestar completo. Eduardo Menéndez (1988) desarrolló esta idea al señalar que las prácticas culturales estructuradas de cualquier sociedad para enfrentar crisis relacionadas con la enfermedad y la muerte son fundamentales para entender los procesos de atención. El pluralismo asistencial, según Enrique Perdiguero (2004), refiere a la utilización por parte de la población de diversas instancias asistenciales para satisfacer sus necesidades de salud, destacando la importancia de adaptar el proceso de atención al contexto pluralista en el que esta se busca. Asimismo, Miguel Ángel Schiavone (2019), refiere que los problemas de salud y enfermedad que afectan a grupos de población no se limitan a la suma de dificultades individuales, ya que también son construcciones sociales y que las condiciones de vida influyen en las necesidades de salud, por lo que estas se perciben socialmente como problemas.

Por ello, en los siguientes apartados se analizarán los factores que influyen en la atención, centrándose en el autocuidado en el consumo de benzodiazepinas. Esto implica tomar decisiones conscientes y responsables para proteger la salud y el bienestar, promoviendo un uso seguro y minimizando posibles efectos adversos, tanto en quienes las utilizan por elección como en quienes las reciben bajo prescripción médica.

Modelo médico hegemónico

Según Eduardo Menéndez (1988), el modelo médico hegemónico se basa en un conjunto de prácticas, saberes y teorías derivadas de la medicina científica, desde el cual se interpretan los usos de drogas. Este enfoque tiende a restringir la comprensión de las adicciones a procesos neurobiológicos, dejando de lado los factores psicosociales. En las sociedades contemporáneas, especialmente en las occidentales, dicho modelo prevalece al situar la medicina como el eje central del cuidado de la salud y la máxima autoridad en la definición del bienestar.

Para abordar eficazmente las necesidades de salud en diversos contextos, Jesús Armando Haro (2000) destaca la importancia de considerar múltiples componentes:

Atención médica tradicional: aquella proporcionada por el sistema de salud convencional, involucrando profesionales que trabajan en un marco científico y regulado.

Atención alternativa, tradicional, no hegemónica: incluye métodos de atención basados en tradiciones culturales específicas que difieren de la medicina convencional occidental.

Autoayuda y autogestión: involucra cómo una persona toma iniciativas para mejorar su bienestar físico o mental sin depender exclusivamente de ayuda externa, las cuales gestiona de manera autónoma.

Autocuidado y autoatención: se refiere a las decisiones que las personas toman para mantener su salud y prevenir enfermedades.

Sara Herrero (2019) aborda la automedicación como parte del autocuidado, donde las personas eligen y utilizan medicamentos por sí mismas para tratar síntomas percibidos.

En el estudio que estamos presentando, el autocuidado se define como las acciones individuales para mantener la vida, salud y bienestar (Lligoña et al., 2019). Sara Herrero (2019) destaca también que la salud es crucial para la calidad de vida y está estrechamente vinculada al cuidado personal; sin embargo, existe una tendencia creciente hacia la pérdida de confianza en el autocuidado, según Ramón Orueta et al. (2011), quienes señalan una dependencia excesiva del sistema sanitario, lo que limita la habilidad de las personas para gestionar eficazmente su salud.

En el caso de las benzodiazepinas, la falta de confianza en el sistema de salud puede llevar a dos comportamientos opuestos: un mayor uso de servicios médicos o la automedicación para aliviar ciertos síntomas. Si bien en algunos casos la automedicación puede considerarse una forma de autocuidado, esto solo es válido cuando se cuenta con un conocimiento adecuado de los riesgos y beneficios,

así como del margen de seguridad de los fármacos utilizados. Sin embargo, el consumo de benzodiazepinas sin supervisión profesional no puede considerarse autocuidado, ya que conlleva riesgos de dependencia y efectos adversos. Por ello, el autocuidado juega un papel clave en la gestión de la salud, especialmente en el uso de estos medicamentos, donde tomar decisiones informadas y contar con supervisión profesional es fundamental para maximizar sus beneficios terapéuticos y prevenir complicaciones.

Sustancias psicoactivas, medicamentos y droga

Sustancia psicoactiva se define como aquella que, al ser consumida, modifica funciones del sistema nervioso central, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) que usa la definición de John Kramer y Dale Cameron (1975). Esto puede alterar el estado de ánimo, la cognición o la conducta, sin provocar embriaguez (Vantour et al., 2010). Por otro lado, el término *droga* hace referencia a sustancias psicoactivas que, aunque generen estos efectos, no tienen uso terapéutico, ya que se consumen fuera del contexto y la prescripción médica. Según la OMS (1948), las de *abuso* son aquellas no médicas, autoadministradas, capaces de alterar la percepción, el estado de ánimo y el comportamiento, variando su percepción según normas socioculturales (Romaní, 1999). En contraste, el término *medicamento* se refiere a fármacos utilizados bajo prescripción médica para modificar funciones fisiológicas o tratar patologías con el fin de beneficiar al individuo (Herrero, 2019), manteniéndose una clara distinción entre ambos conceptos en este estudio, de la misma forma que aparece en Fernández et al., (2025).

Esta variabilidad refleja la complejidad en la regulación y percepción de las sustancias psicoactivas en distintas sociedades. Un ejemplo de ello es la clasificación propuesta por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, 2004), que distingue estas sustancias según su estatus sociolegal: medicinales, utilizadas bajo prescripción; ilegales, consumidas sin cumplir la normativa; y legales, como el alcohol y el tabaco, que están reguladas y socialmente aceptadas.

Por ello, siguiendo las ideas de Norman Zinberg (1984), para comprender el fenómeno de las adicciones es necesario ir más allá de sus efectos físicos y químicos en el cuerpo, siendo fundamental considerar la *psicología del individuo*, que incluye factores como la personalidad, la historia de vida y las motivaciones del consumidor. Además, Zinberg introduce el concepto de *conjunto de expectativas*, que hace referencia a las creencias y percepciones del individuo sobre cómo la droga influirá en su experiencia, así como el *de marco cultural*, que engloba el contexto social en el que ocurre el consumo. Con lo que la distinción entre medicamento y droga depende de normas, valores y percepciones sociales, y puede

variar significativamente entre diferentes contextos culturales. Las benzodiazepinas ejemplifican cómo el estatus de las sustancias psicoactivas puede variar según su uso y contexto individual, resaltando la importancia de una regulación y percepción bien informadas en la sociedad actual. Por un lado, son consideradas medicamentos legítimos para tratar la ansiedad y el insomnio bajo supervisión médica; por otro, cuando se utilizan fuera de este marco, especialmente con fines recreativos, se perciben como drogas con riesgos para la salud.

¿Qué son las benzodiazepinas?

Son un grupo de fármacos con efectos calmantes y relajantes, capaces de inducir el sueño y reducir la ansiedad (Busto, 2000). Estas propiedades las convierten en una opción terapéutica para tratar la ansiedad e insomnio y otros trastornos psicopatológicos, actuando como ansiolíticos e hipnóticos (Lecha, 2004). Además, también actúan como depresores del sistema nervioso central, lo que les confiere propiedades anestésicas, hipnóticas, anticonvulsivantes y útiles en la deshabituación alcohólica y la anestesia (Horwitz, 2013; Vantour et al., 2010).

Según Ana Vantour et al. (2010), la primera benzodiazepina comercializada fue el clordiazepóxido, inicialmente llamado metamino-diazepóxido y posteriormente renombrado como Librium, descubierto por Leo Sternbach en 1957. Este hallazgo marcó un hito en la farmacología para el tratamiento de trastornos neuropsiquiátricos. El nombre Librium deriva de *equilibrium*, reflejando metafóricamente su propósito de restaurar el equilibrio mental. Más tarde se introdujo el diazepam (Valium), una versión simplificada del *clordiazepóxido*, seguido de otras moléculas con propiedades similares.

Actualmente, existen diversas benzodiazepinas en el mercado, como Lexatin (bromazepam), Diazepam (Valium), Trankimazin (alprazolam) y Orfidal (lorazepam), cada una con características farmacocinéticas y potencias específicas.

Su farmacodinámica se produce al unirse a los receptores gamma-aminobutírico (GABA), los cuales son sensibles a estas sustancias, provocando la inhibición del sistema nervioso central (Pym et al., 2005). Esto incrementa la frecuencia de apertura de los canales de cloro, provocando hiperpolarización neuronal y reduce su excitabilidad, generando efectos como sedación, amnesia y alteración de la coordinación motora (Rosas et al., 2013). Es por esto por lo que son una de las sustancias más usadas en casos de sumisión química, junto a otros depresores como el alcohol (Fernández et al., 2023).

Para comprender completamente su funcionamiento y uso clínico, es fundamental entender su farmacodinámica. Según Ana Vantour et al. (2010), las sustancias que estamos estudiando se absorben rápidamente por vía oral, alcanzando su

concentración máxima en el cuerpo entre media hora y dos horas después de la ingesta. Aunque los resultados inmediatos pueden ser breves, las benzodiazepinas continúan teniendo una acción prolongada debido a las diferentes vidas medias de eliminación de cada tipo de ellas. Por ejemplo, el diazepam se administra cada 12-8 horas para mantener un efecto constante, pese a tener una vida media de eliminación larga (hasta 48 horas), y su metabolito activo puede permanecer en el cuerpo hasta 4 días (Lligoña et al. (2019).

El inicio del consumo de estas sustancias, generalmente, está relacionado con prescripciones médicas (Vantour et al., 2010). Sin embargo, como señalan Viviana Domínguez et al. (2016), estas se prescriben con frecuencia sin el respaldo científico adecuado, a pesar de que las agencias reguladoras las aprueban solo para tratar padecimientos específicos. Además, factores como la dificultad para tolerar malestares emocionales y las limitaciones socioeconómicas juegan un papel importante en el acceso a estos fármacos, como indican Ana Lligoña et al. (2019). Esta combinación de circunstancias crea un escenario propicio para que su uso se extienda más allá del ámbito médico, derivando en la automedicación, en la cual las personas no son plenamente conscientes de los riesgos asociados.

Es en este proceso donde Daniel Campagne y Javier García (2005) destacan la responsabilidad médica de informar adecuadamente sobre los efectos secundarios graves y la falta de evidencia a largo plazo sobre su seguridad, ya que, según Emilio Sanz et al. (2006), el uso prolongado, especialmente durante más de cuatro a seis semanas, los aumenta. Uno de los más importantes es la posibilidad de desarrollar una relación de dependencia, la cual, según Viviana Domínguez et al. (2016), aumenta con la duración del tratamiento, incluso a dosis moderadas. Además, la interrupción abrupta del tratamiento puede desencadenar otros problemas, como el síndrome de abstinencia, el de retirada intensificado o la reaparición persistente de los síntomas originales, así como generar, según Josep Guardia (2018), efectos de rebote y tolerancia, lo que implica que con el tiempo puede ser necesario aumentar las dosis para mantener los efectos iniciales. Por ello, es esencial prestar atención a cómo se pauta su uso y garantizar un control adecuado sobre el acceso a estas sustancias para minimizar los riesgos asociados.

Regulación de las benzodiazepinas en España

En España, el uso de las benzodiazepinas está regulado principalmente a través de la Ley 29/2006 y el Real Decreto 1718/2010, normativas diseñadas para mejorar la calidad y seguridad en la dispensación de medicamentos, adaptándose a las necesidades del sistema sanitario (Ley 29/2006, 2006; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010). En él, el personal médico desempeña un papel clave, ya que debe garantizar un uso terapéutico y seguro, controlando el acceso

a estas sustancias y permitiendo ajustes personalizados según las condiciones del paciente. Este enfoque, que incluye desde la prescripción hasta la dispensación y el seguimiento, resulta esencial para mitigar riesgos como la automedicación, la dependencia y otros efectos adversos (Hernández et al., 2004).

A pesar de estas limitaciones, las benzodiazepinas a veces se utilizan de manera autónoma, ya sea por solicitud del paciente o debido a su presencia en algún tratamiento. Esta práctica persiste gracias a la experiencia acumulada de uso a lo largo del tiempo, lo que ha permitido una comprensión subjetiva de los riesgos asociados, basada en la percepción individual, la vivencia de los efectos adversos y el saber generado por el grupo, influyendo en la manera en que los profesionales y los pacientes valoran los riesgos y beneficios de su consumo (Sanz et al., 2006). Este fenómeno explica tanto el aumento de la automedicación y acumulación de estas sustancias, situación que acrecienta los posibles riesgos vinculados a su uso (Maita, 2016).

Por lo tanto, es fundamental mantener una regulación sobre el uso de benzodiazepinas para reducir los costos asociados al uso desmedido y garantizar que aquellas personas que realmente necesiten el tratamiento reciban estas sustancias de manera controlada. Siempre recordando que restricciones excesivas podrían generar efectos contraproducentes, como fomentar la acumulación o el uso inapropiado.

METODOLOGÍA

La investigación se enmarca dentro de un enfoque cualitativo, facilitando la exploración de las motivaciones y experiencias en relación con el consumo de benzodiazepinas. Para ello, se utiliza un diseño exploratorio-descriptivo, cuyo propósito es comprender las percepciones y vivencias de los participantes en torno a este fenómeno.

Muestra y recogida de datos

El estudio se llevó a cabo de septiembre de 2023 a junio de 2024 en jóvenes residentes en la Comunidad de Madrid de entre 25 y 34 años, que han consumido benzodiazepinas en los últimos 12 meses. Se utilizó un muestreo intencional, integrando la técnica de bola de nieve con un muestreo por cuotas, facilitando la primera al acceso a la población diana y el segundo asegurando la diversidad en edad, género y nacionalidad. La elección de esta franja de edad se basó en que, según la OEDA (2023), constituye un segmento con un elevado porcentaje de consumidores habituales de benzodiazepinas. Asimismo, se valoró que este grupo facilitaría el acceso al estudio y permitiría una mayor identificación con el equipo investigador, lo que podría favorecer una mejor comprensión de las experiencias y motivaciones del consumo.

Instrumentos

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas (45-60 minutos), ya que estas, al generar información detallada, favorecen una comprensión profunda de las percepciones y actitudes de un grupo analizado (Báez, 2013). Se elaboró un guion basado tanto en las categorías proporcionadas por los informantes en contactos previos como en la literatura existente, abordando temas como: motivos de uso, experiencias de uso, percepción de riesgos, prácticas, impacto en la vida diaria y los factores sociodemográficos.

Se entrevistó a un total de 20 personas, todas residentes en Madrid, con edades comprendidas entre los 25 y los 34 años. Estas presentaron diversidad en cuanto a nacionalidad, género y ocupación (ver Tabla 1). Todas informaron haber consumido benzodiazepinas en los últimos 12 meses. Su reclutamiento se llevó a cabo a través de redes sociales, centros de salud y otros espacios frecuentados por esta población. Además, se garantizó su confidencialidad obteniendo la firma de un consentimiento informado antes de realizar las entrevistas.

Tabla 1. Características de las personas participantes en las entrevistas

Código	Edad	Género	Residencia	Nacionalidad	Trabaja
S.1	25	Femenino	Madrid	Española	Si
S.2	26	Femenino	Madrid	Española	Si
S.3	26	Masculino	Madrid	Peruana	Si
S.4	29	Masculino	Madrid	Española	Si
S.5	32	Femenino	Madrid	Española	Si
S.6	25	Femenino	Madrid	Española	Si
S.7	25	Femenino	Madrid	Española	Si
S.8	27	Masculino	Madrid	Argentina	No
S.9	30	Masculino	Madrid	Española	Si
S.10	29	No binario	Madrid	Española	Si
S.11	34	No binario	Madrid	Española	Si
S.12	27	Femenino	Madrid	Ecuatoriana	Si
S.13	27	Masculino	Madrid	Española	Si
S.14	25	Femenino	Madrid	Española	Si
S.15	27	Femenino	Madrid	Española	No
S.16	28	Femenino	Madrid	Rusa	Si
S.17	31	Masculino	Madrid	Portuguesa	Si
S.18	32	Masculino	Madrid	Española	No
S.19	26	Femenino	Madrid	Española	No
S.20	29	Femenino	Madrid	Española	No

Análisis de la información

El análisis de los datos recabados se realizó mediante un enfoque de contenido temático, el cual resultó el más adecuado para abordar los objetivos del estudio (Vives y Hamui, 2021). Este se realizó utilizando el programa ATLAS.TI, comenzando con una fase de codificación, seguida de una interpretación profunda de los datos para identificar patrones y categorías emergentes en las respuestas de las personas participantes. Para garantizar la validez y fiabilidad de los hallazgos obtenidos, se utilizó un proceso de contraste entre los diferentes elementos emergentes del análisis hasta alcanzar la saturación teórica, momento en el cual no surgieron nuevos datos.

RESULTADOS

Motivaciones para el consumo

Las personas participantes en el estudio señalaron diversas razones que las motivaban a consumir benzodiazepinas. Las más comunes incluyeron la necesidad de enfrentar situaciones de estrés, ansiedad y problemas relacionados con el sueño, además de otras específicas como viajes, la relajación muscular y los ataques de ansiedad.

Pues todo empezó porque yo tengo migrañas, entonces fui al neurólogo y resulta que las migrañas afectan mucho a la calidad del sueño y me las recetó. (S.1, entrevista personal, enero de 2024)

La prescripción inicial de benzodiazepinas fue realizada por profesionales de la salud, como neurólogos o médicos de cabecera, quienes las indicaron para tratar las condiciones de salud antes mencionadas.

La primera vez fue mi médica de cabecera y fue como hace un par de semanas, me dijo que tomara el Lexatin porque tenía un viaje que me producía muchos nervios. (S.2, entrevista personal, enero de 2024)

Es importante señalar que algunos casos de automedicación y uso influenciado por familiares también fueron reportados, resaltando la necesidad de considerar tanto los motivos prescritos como los no prescritos al analizar el consumo de estas sustancias.

La primera vez me las dio mi abuela porque me dio un ataque de ansiedad y me la dio para que me relajara. (S.7, entrevista personal, enero de 2024)

El estudio presentó cómo la ansiedad y otros trastornos, diagnosticados o auto-percibidos, actúan como desencadenantes del consumo de estas sustancias, ya que las personas recurren a ellas con el fin de aliviar los anteriores síntomas y mejorar lo que consideran su calidad de vida.

Hay muchas noches que recurro a ella por ansiedad y porque a lo mejor, pues un día que me siento más ansiosa de lo normal o que no puedo dormir, pues... la he utilizado a mi antojo. (S.1, entrevista personal, enero de 2024)

El uso *a su antojo* refleja cierta autonomía en la administración, sugiriendo que la persona recurre a las sustancias según su necesidad percibida en ese momento. Esta práctica está vinculada a una forma de autocuidado que exploraremos más adelante: *la automedicación*.

Así pues, las benzodiazepinas se utilizan principalmente para tratar problemas de salud mental y física, siendo inicialmente prescritas por profesionales de la salud. Aunque la percepción de necesidad y la recomendación médica son aquellos factores clave que motivan su uso en la población joven. Fenómeno que presenta la relevancia de considerar el contexto individual y las condiciones de salud específicas para entender su utilización, la continuidad del tratamiento y su uso no autorizado.

Posibles riesgos

La mayoría de las personas participantes no estaban inicialmente informadas sobre los posibles riesgos y daños vinculados al consumo de benzodiazepinas, al momento de usarlas por primera vez.

Cuando las tomé por primera vez, nadie me dijo qué pasaba con ella. (S.13, entrevista personal, febrero de 2024)

Las empecé a tomar sin saber nada de lo que podía pasar. (S.11, entrevista personal, enero de 2024)

Estas narrativas muestran que muchas personas confían en la prescripción médica como una solución a sus síntomas, pero sin una comprensión profunda de las posibles implicaciones a largo plazo del uso de las benzodiazepinas. Situación que puede llevar a un consumo continuado o a la automedicación, sin supervisión médica.

No sabía lo que era la ansiedad. Fue al médico y me lo recetaron... Pero tampoco me dijo qué pasaba con estas pastillas. (S.4, entrevista personal, enero de 2024)

Sin embargo, a medida que experimentaban con su uso, muchas personas demostraron una tendencia creciente a buscar información por iniciativa propia, considerando esto como parte de su proceso de autocuidado.

Empiezas a tomarla y, bueno, va todo bien... Luego, cuando llevas un tiempo, empiezas con cosas... Te mareas, te duelen las cosas... ¡Ahí es cuando

comienzas a buscar información! Sabes que algo te puede estar pasando. (S.11, entrevista personal, febrero de 2024)

Esto demuestra que, si bien, al principio la conciencia sobre los riesgos asociados al uso de benzodiazepinas suele ser limitada, existe una oportunidad para que las personas adquieran mayor conocimiento sobre los efectos adversos a medida que prolongan su uso.

Si no te enseñan, pues lo tienes que hacer tú. Buscas las movidas, es así como un ensayo y error para ver lo que te pasa. (S.16, entrevista personal, febrero de 2024)

La búsqueda activa de información sobre los riesgos asociados al consumo de benzodiazepinas puede fomentar el aprendizaje y el autocuidado de quienes las usan, influyendo en sus decisiones futuras. Es por esto por lo que proporcionar información detallada sobre los efectos adversos de las benzodiazepinas favorece la toma de decisiones informadas y refuerza la confianza en la relación médico-paciente. Con lo que una comunicación transparente sobre estos riesgos es esencial para garantizar una atención centrada en el bienestar, permitiendo promover prácticas responsables, minimizando los efectos adversos y propiciando un uso seguro y eficaz.

Papel de la ansiedad

La ansiedad, o aquello percibido como tal, es un tema importante para comprender el consumo de benzodiazepinas en la población estudiada.

Sí, tengo ansiedad y las tomo por eso. No me lo han diagnosticado, pero lo sé. (S.20, entrevista personal, febrero de 2024)

La ansiedad puede ser una respuesta normal al estrés, pero en este contexto, se utiliza como un concepto amplio para explicar una variedad de padecimientos y así, justificar el uso de este tipo de sustancias.

Me pongo nervioso, no tengo sueño... ¡Pues me tomo una Benzo! No sé por qué es, pero me ayudan. (S.18, entrevista personal, febrero de 2024)

Los síntomas de ansiedad, a menudo confundidos con otros trastornos, tanto por personal sanitario como por pacientes, pueden dar lugar a un tratamiento excesivo con benzodiazepinas. Esta falta de especialización en los diagnósticos puede generar una prescripción inapropiada o innecesaria de estos fármacos, sin considerar otras posibles condiciones subyacentes que podrían estar contribuyendo a los síntomas.

Estoy ansioso por todo, me mareo, me da diarrea... ¡Para eso las tomo! (S.19, entrevista personal, febrero de 2024)

Esta situación pone en evidencia la importancia de realizar un diagnóstico integral que tenga en cuenta todas las posibles causas antes de recurrir al uso de estas sustancias.

El uso de benzodiazepinas

Las personas participantes en el estudio refirieron sus experiencias relacionadas con el uso de benzodiazepinas, describiendo sensaciones de relajación, alivio de la ansiedad y mejora en la calidad del sueño.

Es tomarlas y sentirme mucho mejor. Duermo, me relajo. (S.18, entrevista personal, febrero de 2024)

Sin embargo, no todas las experiencias comentadas fueron percibidas de manera positiva.

Disociación, falta de atención, cansancio, malestar, mal humor... No lo veo muy claro. (S.6, entrevista personal, enero de 2024)

La somnolencia, dificultades para concentrarse, la falta de atención, cansancio, malestar y mal humor son los principales efectos no deseados narrados por nuestras personas informantes.

Estaba como drogada todo el día, dormida, y estaba súper tranquila. (S.5, entrevista personal, enero de 2024)

Llegando en algunos casos a verbalizar efectos no deseados graves, como refleja la narrativa anterior.

Te afecta en el estado emocional, ya que al estar en ese estado no eres tú, eres pues una persona drogada. (S.1, entrevista personal, enero de 2024)

Citas como estas resaltan el impacto del uso continuado de benzodiazepinas en el estado emocional de las personas, sugiriendo una sensación de despersonalización y pérdida de control sobre el propio bienestar mental y emocional. Esto puede generar malestar y alterar la realidad, afectando negativamente la calidad de vida.

Te puedes volver adicto y además no te van a calmar lo que te está pasando, simplemente es una solución a corto plazo. (S.16, entrevista personal, febrero de 2024)

Algunas personas señalan la posibilidad de desarrollar una relación de dependencia como el principal problema asociado al consumo de estas sustancias, cuestio-

nando su eficacia a largo plazo para aliviar ciertos síntomas y destacando su naturaleza como solución temporal que no aborda las causas subyacentes.

No termino de entender cómo funciona. Sé que es algo bueno... me ayuda en algunos casos... Pero luego estoy como drogado y me enseña que esto no puede ser bueno. (S.15, entrevista personal, febrero de 2024)

Las benzodiazepinas, actualmente, presentan un estatus ambiguo y confluyente. Aquellos que las usan, ya sea bajo prescripción médica o de manera automedicada, pueden percibirlas tanto como drogas como fármacos, dependiendo de diversas variables. Esta ambivalencia influye en su estigma, interpretación, expectativas y la construcción de su identidad social. Así pues, es esencial evaluar individualmente los riesgos y beneficios antes de su prescripción o consumo, así como llevar a cabo una gestión cuidadosa para mitigar posibles complicaciones y garantizar un uso efectivo.

Quizás si supiéramos desde el inicio cómo se toman, para qué, etc., no pasarían estas cosas. (S.19, entrevista personal, febrero de 2024)

Estos resultados subrayan la importancia de comprender las experiencias de las personas jóvenes con el uso de benzodiazepinas, incluyendo sus patrones de consumo, la búsqueda de información sobre los riesgos asociados y la práctica de automedicación, aspectos que son fundamentales no solo para comprender el fenómeno en su totalidad, sino para desarrollar intervenciones educativas y preventivas eficaces.

Automedicación

Las personas jóvenes en la Comunidad de Madrid que han consumido benzodiazepinas en los últimos 12 meses tienden a repetir su uso, a pesar de que muchas de ellas carecen de conocimiento sobre los riesgos asociados en un principio.

Son muchos mis conocidos que contamos lo mismo... Te las dan o son recetadas, te funcionan y sigues tomando cuando las necesitas. (S.13, entrevista personal, febrero de 2024)

En este caso, algunas recurrieron a la automedicación, implementando patrones de consumo que varían según su percepción de necesidad y bienestar, independientemente de si las obtienen a través de una prescripción médica o por otros medios.

Me encuentro mal, me tomo una. (S.6, entrevista personal, enero de 2024)

Basarse en la propia experiencia refleja una conducta de automedicación orientada a buscar soluciones rápidas para aliviar la sintomatología percibida, sin considerar necesariamente los riesgos asociados a su uso repetido o prolongado.

Hay veces que necesito algo que me ayude rápido. Igual en la cama se me pasa, pero esto me lo quita casi en el momento. (S.17, entrevista personal, febrero de 2024)

En este contexto, la práctica común de prescribir benzodiazepinas de manera crónica facilita el acceso continuo a estas sustancias.

Me duele esto, me recetan benzos... así es muy fácil. (S.16, entrevista personal, febrero de 2024)

Esta situación favorece el riesgo de acumulación, la percepción generalizada de fácil acceso y la ausencia de un seguimiento médico adecuado, pudiendo generar dinámicas de automedicación, con los peligros asociados a este comportamiento.

Son tan fáciles de conseguir, que todo el mundo tiene. En casa, botiquines, etc. (S.20, entrevista personal, febrero de 2024)

Esto subraya la necesidad de evitar las prescripciones generalizadas, con el fin de prevenir la normalización de las sustancias analizadas y la creencia de ser la única solución para aliviar ciertos malestares.

Estrategias de autocuidado

Algunas personas han integrado estas sustancias en sus prácticas de automedicación, manteniéndolas disponibles como una herramienta de emergencia para manejar algunos padeceres fuera de la pauta médica. Existe, por tanto, un comportamiento de automedicación ocasional, donde las personas recurren a las benzodiazepinas según su propio criterio, en lugar de seguir una prescripción específica.

Sé que ahí están. Si las necesito, me las tomo. A veces, según creo, otras, según me dicen, otras, según me contó el médico en su día. (S.13, entrevista personal, febrero de 2024)

Este comportamiento se enmarca dentro de estrategias de autocuidado, con las que se busca no solo aliviar los síntomas o malestares de manera autónoma, sino protegerse de posibles riesgos y daños.

Tras experimentar, me di cuenta de que me faltaba información. Quería tomarlas, pero debía informarme cómo. Así que, si quería continuar, necesitaba ver cómo tenía que hacerlo. (S.8, entrevista personal, enero de 2024)

Dentro de este tipo de estrategias adoptadas por las personas participantes para gestionar su consumo, la más mencionada fue la búsqueda activa de información sobre los riesgos y efectos adversos, así como la exploración de alternativas terapéuticas y la reflexión sobre sus propios patrones de uso.

Siempre me he informado sobre qué me podía pasar, así como ver otras posibilidades y si estaba tomando mucho. (S.2, entrevista personal, enero de 2024)

Inicialmente, las personas que utilizan estas sustancias carecen de conocimiento sobre los riesgos asociados a su utilización, considerando otras opciones como la pauta y alternativas. Sin embargo, a medida que adquieren experiencia, muestran una mayor disposición a informarse por sí mismas, integrando este proceso como una parte fundamental de su autocuidado.

Es interesante ver cómo se pueden hacer otras cosas la mayoría de las veces. Estiramientos, relajación, pero muchas veces no se hace por comodidad. (S.10, entrevista personal, enero de 2024)

Los tres tipos de estrategias tienden a combinarse, observándose una integración entre el uso moderado, el conocimiento de los posibles riesgos y la incorporación de terapias alternativas como el yoga, la relajación, entre otras, con la finalidad de gestionar de manera más integral y responsable el bienestar personal, minimizando los efectos adversos y explorando opciones de autocuidado más sostenibles.

CONCLUSIONES

El análisis de los datos reveló que las personas jóvenes de la Comunidad de Madrid que han consumido benzodiazepinas en los últimos 12 meses, con o sin receta, tienden a repetir este patrón de consumo debido tanto a la facilidad de acceso a estas sustancias como a su acumulación e interpretación como la solución más fácil y acertada a una serie de padeceres vinculados a su grupo de edad.

Inicialmente, muchos participantes carecían de conocimiento sobre los riesgos y efectos adversos asociados con su uso. Pero con el tiempo, se observó un aumento en la búsqueda de información por iniciativa propia como parte de un proceso de autocuidado consciente por parte de las personas usuarias.

Estas demostraron una tendencia a asumir el control del uso de benzodiazepinas pautado médicamente, ajustando su uso según la percepción de necesidad y bienestar. Esta actitud de autorregulación en el manejo de ciertos padeceres, mayormente interpretados en términos de ansiedad, refleja una práctica de autocuidado, donde las personas toman decisiones sobre su tratamiento en función de sus

propias experiencias y criterios, a menudo sin la orientación médica directa. Otras optaron por la automedicación sin receta médica, basándose igualmente en su propia percepción de necesidad. Sin embargo, en este caso, el proceso va más allá de la autorregulación individual, ya que incorpora no solo el saber experiencial, sino también el conocimiento transmitido a través de redes sociales, grupos de apoyo o referencias culturales más amplias, lo que refuerza esta práctica como una estrategia aceptada para intervenir en ciertos padeceres. Ambos casos reflejan una tendencia generalizada a tomar decisiones en torno al consumo de benzodiazepinas basadas en la experiencia personal y la influencia social, así como cierta responsabilidad hacia su propia salud.

Así pues, la autogestión de estas sustancias como prácticas de autocuidado se configura como un proceso clave en el manejo de la salud y el bienestar, en el que la toma de decisiones informadas y conscientes resulta crucial para minimizar riesgos y promover resultados positivos a largo plazo. No obstante, es esencial complementar estas prácticas con el control eficaz, lo que garantiza un uso más seguro y eficaz de las sustancias estudiadas, previniendo la aparición de riesgos para la salud. Por tanto, es fundamental fomentar una mayor conciencia acerca de la importancia de implementar estrategias de autocuidado, como la toma de decisiones informadas, la búsqueda activa de información y la supervisión adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, Gustavo. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Báez, Juan. (2013). Fundamentos de la investigación cualitativa. En José Sarabia (Ed.), *Métodos de investigación social y de la empresa* (pp. 525-553). Pirámide.
- Busto, Ulrike. (2000). Factores de riesgo en el abuso y la dependencia a benzodiazepinas. *Trastornos Adictivos*, 2(3), 177-182. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-10017896>
- Campagne, Daniel, & García-Campayo, Javier. (2005). El inadecuado uso de las benzodiazepinas. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 31(8), 319-324. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(05\)72950-6](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(05)72950-6)
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000896cnt-2016-10_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas.pdf
- De Infante, Nohemy, & Álvarez, Lugardo. (2015). El proceso salud enfermedad. Un fenómeno social. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 4(2), 47-54. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.22622>
- Domínguez, Viviana; Collares, Martín; Ormaechea, Gabriela, & Tamosiunas, Gustavo. (2016). Uso racional de benzodiazepinas: Hacia una mejor prescripción. *Revista Uru-*

- guaya de Medicina Interna*, 1(3), 14-24. <https://www.revistamedicinainterna.uy/index.php/smiu/article/view/78>
- Fernández Piedra, Diego; Gallego Granero, Enrique, & Hontoria Zaidi, Patricia. (2023). Sumisión química en mujeres y sus representaciones en medios de comunicación españoles. *Cuicuilco. Revista de Ciencias Antropológicas*, 30(88), 241-266. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=529577373012>
- Fernández Piedra, Diego; Hontoria Zaidi, Patricia; Navarro López, Jordi; Vidal Giné, Claudio, & de la Vega Moreno, Berta. (2025). De problema de drogas a problemática en drogas. Por una conceptualización coherente en el ámbito de las adicciones. *Revista Internacional De Educación Y Análisis Social Crítico Mañé, Ferrer & Swartz*, 3(1), 170-210. <https://doi.org/10.51896/easc.v3i1.884>
- Gómez Arias, Rubén Darío. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(Supl 1), 64-102. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/335873/20791472>
- Guardia, Josep. (2018). Epidemia de sobredosis relacionada con la prescripción de analgésicos opioides en Estados Unidos. *Adicciones*, 30(2), 87-92. <https://doi.org/10.20882/adicciones.936>
- Haro, Jesús Armando. (2000). Cuidados profanos: Una dimensión ambigua en los cuidados de salud. En Enrique Perdiguerro & Josep María Comelles (Eds.), *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-161). Bellaterra.
- Hernández, Esther; Llamas, José María; Orenes, María; Salmerón, Joaquín, & Tomás, Elisa. (2004). Educación sanitaria: El botiquín casero. *Seguimiento Farmacoterapéutico*, 2(1), 46-49. <https://www.redalyc.org/pdf/690/69020108.pdf>
- Herrero, Sara. (2019). La farmacología del cuidado: Una aproximación deductiva cuidológica desde el paradigma de la salud y el modelo de Avedis Donabedian. *ENE Revista de Enfermería*, 13(4), e1348. <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n4/1988-348X-ene-13-4-e1348.pdf>
- Horwitz, Brenda. (2013). *Protocolo de uso racional de benzodiazepinas en la red de salud mental del S.S.M. Norte*. Instituto psiquiátrico, Ministerio de Salud. https://www.ssmn.cl/descargas/protocolos_referencia_contrareferencia/instituto_psiquiatrico/Protocolo_Uso_Benzodiazepinas2013.pdf
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2020). *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes 2020*. Naciones Unidas. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2020/Annual_Report/E_INCB_2020_1_spa.pdf
- Kramer, John, & Cameron, Dale. (1975). *Manual on drug dependence*. World Health Organization.
- Lecha, María Pilar. (2004). Análisis de la utilización de las benzodiazepinas. *Offarm: Farmacia y Sociedad*, 23(3), 163-164. <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=5325113>
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (2006). Boletín Oficial del Estado, 178, 28122-28165. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-13554>
- Libreros, Liliana. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 622-628. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662012000400013>
- Lligoña, Ana; Álvarez, Jesús, & Guardia, Josep. (2019). *Guía consenso para el buen uso de las benzodiazepinas*. Socidrogalcohol. <https://socidrogalcohol.org/proyecto/guia-consenso-para-el-buen-uso-de-las-benzodiazepinas/>

- López, Claudio Vicente; Leyba, Eusebio, & Sánchez, Virginia. (2005). Las clasificaciones de la enfermedad y la discapacidad de la OMS. *Fisioterapia*, 27(5), 274-283. [https://doi.org/10.1016/S0211-5638\(05\)73450-7](https://doi.org/10.1016/S0211-5638(05)73450-7)
- Maita, Luis. (2016, 22 de febrero). *El botiquín en casa*. Discapnet. <https://www.discapnet.es/salud/servicios-sanitarios/el-botiquin-en-casa>
- Menéndez, Eduardo. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 30, 451-464. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. *Boletín Oficial del Estado*, 17, 5558-5568. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-1013>
- Observatorio español de las drogas y las adicciones. (2023). *Informe EDADES 2023: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Orueta, Ramón; Santos, Coral; González, Enrique; Fagundo, Eva; Alejandre, Gema; Carmona de la Morena, Javier, & Butrón, Teresa. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 150-161. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300005>
- Perdiguerro, Enrique. (2004). El fenómeno del pluralismo asistencial: Una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 140-145. <https://doi.org/10.1157/13062263>
- Pym, Lachlan; Cook, Steven; Rosahl, Thomas; McKernan, Richard, & Atack, Jonathan. (2005). Selective labelling of diazepam-insensitive GABAA receptors in vivo using [3H]Ro 15-4513. *British Journal of Pharmacology*, 146(6), 817-825. <https://doi.org/10.1038/sj.bjp.0706392>
- Romaní, Oriol. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Ariel.
- Rosas, Itzel; Simón, Karina, & Mercado, Francisco. (2013). Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodicepinas. *Salud Mental*, 36(4), 325-329. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2013.039>
- Sanz, Emilio; De las Cuevas, Carlos, & García del Pozo, Javier. (2006). *Uso de benzodicepinas en España (1992-2006)*. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad y Política Social. https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos.pdf
- Schiavone, Miguel Ángel. (2019). *El proceso salud-enfermedad en la historia del hombre*. Universidad del Salvador, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública.
- Vantour, Ana; Arzuaga, Alina; Romero, Jamet, & Ocaña, Nelaines. (2010). Uso y abuso de las benzodiazepinas. *MEDISAN*, 14(4), 555-566. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445240017>
- Vives, Tania, & Hamui, Liz. (2021). La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. *Investigación en Educación Médica*, 10(40), 97-104. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.40.21367>
- Zinberg, Norman. (1984). *Drug, set and setting: The basics for controlled intoxicant use*. Yale University Press.



DIEGO FERNÁNDEZ PIEDRA

Doctor en Sociología y Antropología Social por la Universidad Complutense de Madrid. Profesor Ayudante Doctor en el departamento de Antropología Social y Psicología Social de la UCM. Perteneciente a los grupos de investigación EGECO y PREVENG0.
diefer05@ucm.es
<https://orcid.org/0000-0002-3138-9827>

NEREA LORENZO POMA

Educadora social. Trabaja en una residencia de salud mental con gente con enfermedad mental grave.
lorenzopomanerea@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-5818-3133>

BERTA DE LA VEGA MORENO

Experta en reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito recreativo. Coordinadora del Proyecto Energy Control.
cbdelavega@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8156-0207>

FORMATO DE CITACIÓN

Fernández Piedra, Diego; Lorenzo Poma, Nerea & de la Vega Moreno, Berta. (2025). Consumo de Benzodiazepinas en población joven de la Comunidad de Madrid. *Quaderns de Psicologia*, 27(3), e2202. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.2202>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 18-07-2024
1ª revisión: 30-01-2025
Aceptado: 28-02-2025
Publicado: 30-12-2025