



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo final de grado

Las benzodiacepinas más allá de su función terapéutica

Monografía

Estudiante: Marcos Andrade Badaracco

C.I: 4.935.928-0

Docente Tutora: Tit. Dra. Andrea Bielli

Docente Revisor: Asist. Mag. Santiago Navarro

Montevideo, octubre de 2025

Resumen

La presente monografía examina investigaciones recientes —publicadas entre 2013 y 2025—, incluyendo artículos revisados por pares, tesis, una autobiografía y un informe de campo, que abordan las experiencias narrativas de usuarios de psicofármacos benzodiacepínicos, con el propósito de comprender cómo estos intervienen en la configuración contemporánea del sufrimiento y en sus modos de abordaje.

Los estudios analizados provienen de diversos contextos geográficos, entre ellos Brasil (São Paulo, Río de Janeiro y Bambuí), Cuba (Santiago de Cuba), Uruguay (Montevideo), Estados Unidos (Maryland, Chicago y Nueva York), Colombia (Sincelejo) y México (Tamaulipas). Se basan en metodologías cualitativas y se centran principalmente en usuarios crónicos —mayoritariamente mujeres y personas mayores—, aunque también incorporan narrativas de uso esporádico, de jóvenes en contextos de consumo controlado, y recreativo.

De las lecturas realizadas se advierte que estos medicamentos, más allá de su función terapéutica, operan como mediadores simbólicos entre el sufrimiento y los ideales sociales de bienestar, al poner de relieve tensiones entre alivio, dependencia y autonomía. En un contexto global marcado por la estandarización de las respuestas frente al malestar, las benzodiacepinas se consolidan como artefactos culturales que modelan las formas contemporáneas de cuidado y de gestión de las experiencias subjetivas.

Palabras clave: benzodiacepinas, experiencias narrativas, malestar, biomedicalización, subjetividad.

Índice

Pertinencia del estudio y presentación de su estructura.....	4
1. La problemática que suponen las benzodiazepinas.....	5
2. Características de las experiencias.....	8
2.1. Experiencias previas y el inicio del tratamiento.....	8
2.2. El encuentro de prescripción.....	10
2.3. La resignificación de las experiencias pasadas.....	11
2.4. La percepción de beneficios y riesgos.....	12
2.5. Justificaciones para el consumo.....	14
2.6. Distinción entre dependencia y adicción.....	17
2.7. Tolerancia y normalización del uso.....	20
2.8. El reconocimiento del sufrimiento y la vivencia de la dependencia.....	21
2.9. Acceso y autonomía en el consumo.....	24
3. Las principales tensiones advertidas.....	28
4. Reflexiones finales.....	35
Referencias.....	37

Pertinencia del estudio y presentación de su estructura

El análisis de las experiencias narrativas en torno al consumo de benzodiacepinas (BZD) resulta pertinente por diversas razones. En primer lugar, su utilización constituye, en la actualidad, un fenómeno de alta prevalencia y relevancia social. Diversos estudios evidencian un incremento significativo en su uso, lo que configura un escenario en el cual el alivio farmacológico del malestar se ha consolidado como una práctica extendida.

En segundo lugar, la bibliografía dedicada a estudiar las experiencias narrativas de los usuarios de estos fármacos no es tan voluminosa y, si bien existe un conjunto de estudios importantes, estos se circunscriben, en muchos casos, a contextos y poblaciones limitados, lo cual representa un incentivo para abordar el fenómeno desde una perspectiva integradora.

Frente a esta situación, la presente monografía parte de la hipótesis de que, más allá de los contextos en que se utilizan las BZD, estas tienden a incidir en la configuración de experiencias con rasgos comunes. Dicho de otro modo, la realidad de su utilización señala la existencia de un modelo globalizado de respuesta frente al malestar, que condiciona el repertorio de significados disponibles para que los usuarios comprendan sus experiencias y busquen alivio.

En esta línea, el objetivo del estudio, más que cuestionar al fármaco, enfatiza la necesidad de atender a las voces de quienes lo utilizan, entendiendo que en ellas reside un saber indispensable para interrogar los modelos de bienestar consolidados y abrir la posibilidad de imaginar formas de cuidado que, sin renunciar a la protección frente al sufrimiento, promuevan la agencia y la autonomía de los usuarios.

Para ello, el estudio se estructura en cuatro partes principales. El capítulo introductorio contextualiza el consumo de benzodiacepinas en la convergencia entre los discursos biomédicos y las narrativas socioculturales del malestar. En segundo lugar, se presentan los hallazgos, organizados en nueve categorías emergentes: (2.1) Experiencias previas y el inicio del tratamiento, (2.2) El encuentro de prescripción, (2.3) La resignificación de experiencias pasadas, (2.4) Percepción de beneficios y riesgos, (2.5) Justificaciones para el consumo, (2.6) Distinción entre dependencia y adicción, (2.7) Tolerancia y normalización del uso, (2.8) Reconocimiento del sufrimiento y vivencia de la dependencia, y (2.9) Acceso y autonomía en el consumo. En tercer lugar, se exponen las principales tensiones advertidas y se desarrolla un análisis interpretativo que articula y compara estos hallazgos, recurriendo a perspectivas teóricas relevantes para ofrecer una lectura crítica acerca del papel de las

BZD en las prácticas contemporáneas. Por último, las reflexiones finales integran los aportes centrales del estudio, proponen futuras líneas de investigación y discuten algunas implicaciones para la práctica profesional.

1. La problemática que suponen las benzodiacepinas

A nivel internacional, el consumo de benzodiacepinas (BZD) es elevado, con estimaciones que indican que alrededor del 10% de la población general en países desarrollados las consume (Mato et al., 2012). En Uruguay, los estudios existentes sobre el consumo de BZD arrojan un crecimiento sostenido en su prevalencia. El último, realizado en 2022 y que abarcó el período comprendido entre 2014 y 2018, evidenció un aumento del 7,2 %, explicado principalmente por el incremento en el consumo de clonazepam, que pasó de 45,8 a 54,4 dosis diarias definidas por 1.000 habitantes/día (DHD), lo que representa una variación del 18 %. Asimismo, las DHD mencionadas entre 2014 y 2018 resultan entre las más altas a nivel global, alcanzando valores comparables o incluso superiores a los de países europeos como Portugal y España, y muy por encima de Chile, única referencia disponible en América Latina (Barboza et al., 2022).

Estudios como el de Bielli, Bacci, Bruno, Calisto, y Navarro (2017), revelan que las prácticas de prescripción y consumo están mediadas por determinantes culturales y estructuras institucionales, fenómeno en que las BZD se visualizan como elementos que trascienden sus implicaciones clínicas.

En este sentido, el estudio señala que, por un lado, la ansiedad se ha reinterpretado como una condición médica manejable farmacológicamente, alimentando expectativas sociales de soluciones rápidas. Por otro lado, la falta de alternativas terapéuticas —tanto farmacológicas como psicosociales— condiciona a los profesionales a negociar entre el alivio sintomático y los riesgos de dependencia, un dilema que se agudiza en sistemas de salud con recursos limitados.

Estas tensiones se manifiestan al menos en dos niveles. En el plano clínico, los médicos enfrentan un equilibrio frágil, aunque reconocen los beneficios inmediatos de las BZD, su prescripción se justifica mediante criterios como la intensidad sintomática o la ausencia de opciones viables (Bielli et al., 2017).

En el plano social, la ambivalencia con frecuencia caracteriza el relato de los consumidores, quienes a menudo expresan simultáneamente atracción y repulsión hacia estos

tratamientos (Martín, 2006), lo cual se manifiesta en comportamientos que se desvían de lo prescrito y dificultan, tanto la adherencia al tratamiento como su manejo clínico. En este contexto, al interior de los modelos psicológicos de intervención, con la excepción de aquellos profesionales que se han especializado en el consumo de sustancias, parece no haberse desarrollado un marco conceptual específico para abordar la naturaleza dual del *pharmakon* benzodiacepínico, es decir, aquella figura que las concibe simultáneamente como veneno y remedio. De este modo, dimensiones críticas como la dependencia y la adicción quedan con frecuencia relegadas al campo de los "efectos secundarios", en donde las BZD se sitúan exclusivamente como tecnologías propias del conocimiento biomédico, lo que dificulta una aproximación que atienda las causas y consecuencias psíquicas del consumo (Navarro, 2021).

En esta intersección, las benzodiacepinas emergen como artefactos culturales que trascienden su estatuto de psicofármacos, entrelazando controversias científicas, debates sobre su uso y narrativas sociales que oscilan entre la medicalización y el temor a la iatrogenia, confirmando que estas no operan en un vacío, sino en un campo de fuerzas donde convergen imperativos biológicos, constricciones sistémicas y significados culturales, que configuran tanto las prácticas médicas como las experiencias subjetivas de salud y enfermedad (Bielli et al., 2017).

Por su parte, el papel protagónico de la industria farmacéutica en las sociedades actuales es evidenciado por la relevancia económica y cultural de sus especialidades médicas (Sismondo, 2004), y reforzado mediante estrategias promocionales que, como señala Dumit (2003), influyen en los paradigmas interpretativos en torno a la enfermedad. A su vez, estas estrategias sustentan procesos de biomedicalización que trascienden los fines terapéuticos y reconfiguran la identidad individual, al instaurar redes de responsabilidad en donde los sujetos deben "optimizar" su bienestar mediante dispositivos farmacológicos y narrativos (Rose, 2007).

En esta línea, resulta pertinente precisar qué se entiende aquí por narrativas. Desde una perspectiva sociológica, las narrativas personales o del yo se conciben como construcciones textuales que los sujetos elaboran discursivamente con el propósito de dotar de sentido y coherencia a sus existencias, así como de organizar sus experiencias (Meccia, 2019).

Para la presente monografía, constituyen el eje central para estudiar y reflexionar sobre las vivencias, al permitir indagar los modos en que los individuos relatan sus biografías o ciertos

segmentos de ellas. Como advierte Grippaldi (2023), las narrativas son inherentemente dialógicas, pues se producen por, con y para otros; no se trata, entonces, de creaciones libres y aisladas, sino de discursos configurados por insumos culturales situados históricamente.

Así, en quienes narran su vínculo con las benzodiacepinas coexiste una polifonía de voces provenientes de distintos saberes, que se ponen en juego a través de modelos, reglas y recursos discursivos públicos con los que se elaboran, a menudo de forma inconsciente, las historias personales.

En este marco, el presente estudio se propone como objetivo general analizar las experiencias narrativas de usuarios de benzodiacepinas para comprender los significados que construyen en torno al consumo y su relación con procesos más amplios de biomedicalización y subjetivación contemporánea. Como objetivos específicos, se busca identificar los modos en que los usuarios interpretan y justifican el uso de las BZD en este contexto, examinando las tensiones existentes entre dependencia y autonomía, así como las estrategias de negociación que los usuarios despliegan frente a los discursos y las prácticas biomédicas.

Al trascender su estatuto biotécnico, como se ha presentado, su consumo no se reduce a la corrección sintomática, sino que se inscribe en procesos identitarios en que los usuarios reinterpretan el fármaco a través de lentes culturales, ya sea como herramienta de autonomía, símbolo de estigma o recurso de resistencia. Este enfoque permite visualizar cómo los medicamentos se integran en biografías individuales, no como agentes pasivos, sino como actantes en redes colectivas de significado que configuran la experiencia del malestar (Rose, 2007).

En esta dirección, el artículo se propone ofrecer una comprensión relacional de las narrativas que permita visibilizar, como ejemplifican Bielli et al. (2017), las dinámicas subyacentes al consumo, donde el “éxito” terapéutico depende tanto de la eficacia bioquímica como de la congruencia entre el fármaco y los marcos narrativos que otorgan sentido al sufrimiento.

En definitiva, al interrogar las experiencias de consumo desde esta perspectiva, el trabajo no solo amplía el debate en torno a las benzodiacepinas, sino que también contribuye a desestabilizar la dicotomía clásica entre lo biológico y lo social, proponiendo en su lugar un modelo integrado en donde la farmacoterapia se comprende como una práctica biosocialmente encarnada.

2. Características de las experiencias

El análisis permitió identificar una serie de ejes temáticos que estructuran las experiencias narradas por los usuarios en torno al consumo de benzodiazepinas. Estos ejes no se presentan como categorías fijas, sino como campos de sentido interrelacionados que organizan las formas de significar el malestar, la búsqueda de ayuda y la relación con el fármaco.

2.1. Experiencias previas y el inicio del tratamiento

En los estudios revisados, se observa con frecuencia que las narraciones aluden a distintos modos de identificación del malestar, mediada en ocasiones por información de diversas procedencias como, por ejemplo de los saberes profesionales, las redes sociales—incluyendo contenido de carácter documental o informativo—, las campañas publicitarias de las industrias farmacéuticas, las experiencias previas del usuario o la intervención de terceras personas, entre otras.

Asimismo, estas reflejan que los motivos subyacentes que desencadenan el uso de BZD rara vez se presentan como consecuencia directa de un solo factor o un fenómeno aislado. Por el contrario, estos responden a procesos más amplios en donde se vincula el malestar con experiencias laborales, relacionales o emocionales, tal como ilustra el siguiente relato:

"A menudo se sentía desprevenido, bajo la presión del director, de los padres intensos y de 'un profesor adjunto maniático', y se le culpaba de cosas que no eran su culpa." (Davis, 2020, p. 42).

"A medida que transcurría el año, se sentía cada vez más ansioso y de mal humor, con pensamientos cada vez más inconexos y problemas para dormir." (Davis, 2020, p. 42).

Aquí, el malestar no es compartido únicamente por la presencia de síntomas fisiológicos, sino que se entrelaza con distintos factores, y se distingue como una de sus características centrales la percepción de pérdida de control. Este caso es utilizado en el trabajo de Davis (2020) para advertir sobre la existencia de una creciente biologización del sufrimiento cotidiano, fenómeno que atraviesa un número considerable de sus entrevistas y que se manifiesta en la tendencia a interpretar el malestar principalmente a través de una perspectiva biológica.

En esta línea, Davis (2020) señala que el nuevo escenario semiótico compartido con el

lenguaje médico, brinda al usuario entrevistado una narrativa tranquilizadora sobre sus dificultades, que al reunir sus experiencias de malestar en un rasgo biológico, posiciona al psicofármaco como la herramienta óptima para su abordaje y resolución.

La búsqueda de otras alternativas, como se observa en el siguiente relato, también resulta usual antes de consultar al médico:

"Yo no siento efecto ninguno, no me hace nada [...] yo fui a la farmacia de preparados homeopáticos y seguí rigurosamente el tratamiento, pero que me perdonen, eso es mentira. (P7)" (Fegadolli et al., 2019, p.143).

Al respecto, Fegadolli et al. (2019) observan en su investigación, que si bien generalmente se reconoce algún otro medio de afrontamiento para la ansiedad o el insomnio, las narrativas no reflejan confianza en su efectividad, y la incredulidad en los resultados de estas prácticas aparecen tanto relacionada con la eficacia de la propia terapia como con su incapacidad en comparación con las BZD para ofrecer alivio.

La exploración de alternativas o la decisión de buscar ayuda médica antes de recurrir a las BZD, usualmente no es presentada como una elección puramente individual, sino que aparece mediada por la intervención de personas cercanas que perciben el malestar y sugieren consultar a un profesional. Estos terceros pueden ser familiares, amigos o incluso profesionales de apoyo:

"Una condición que fue detectada en el colegio por docentes y profesionales de apoyo, lo que motivó a la notificación de los padres con el propósito de que de manera oportuna buscaran ayuda especializada (...)" (Palacio et al., 2024, p. 17).

Sobre las experiencias que dieron lugar al consumo, Palacio et al. (2024), destacan que el entrevistado es derivado a un tratamiento prolongado con medicamentos benzodiacepínicos que permitió, por un tiempo, mejorar su calidad de vida.

En síntesis, en la literatura consultada el inicio del consumo aparece estrechamente vinculado con las experiencias previas de malestar y la intervención de personas cercanas que orientan la búsqueda de ayuda profesional. En este sentido, se observan situaciones en que la experiencia de los usuarios es interpretada en torno a categorías biomédicas, como en el caso analizado por Davis (2020), ilustrando cómo los usuarios pueden apropiarse de narrativas biomédicas para reinterpretar su sufrimiento en términos medicalizables, encontrando en el psicofármaco tanto validación como alivio.

Asimismo, esta mediación en las experiencias, aparece como un factor central en el estudio de Palacio et al. (2024), en donde el inicio del consumo surge a partir de la intervención de actores institucionales que identifican el malestar y orientan al usuario para recibir atención especializada. En este caso, sin embargo, la prescripción que en un principio es experimentada como un medio valioso para aliviar la intensidad de algunos episodios de ansiedad y depresión, es contrastada con sus efectos adversos a largo plazo llevando al usuario a reevaluar el consumo diario y buscar otros métodos, con el objetivo de equilibrar tanto los beneficios como los riesgos experimentados.

2.2. El encuentro de prescripción

El encuentro entre el paciente y el profesional de la salud contribuye a caracterizar la experiencia del usuario, desde sus expectativas iniciales hasta la interpretación futura de su relación con las BZD. En algunos casos, los usuarios llegan a la consulta con expectativas concretas sobre su malestar y, al mismo tiempo, con suposiciones sobre el procedimiento que el profesional debería seguir:

"pensó que la visita médica sería sencilla porque pensaba que su problema era obvio y que lo sería para el médico." (Davis, 2020, p. 42).

En su trabajo, Davis (2020) relata que el usuario llega al consultorio con una explicación neuroquímica de su ansiedad a la que arriba a partir de información de diversas fuentes no especificadas que sustentan esta teoría, así como de la lectura de sus experiencias de ansiedad a lo largo del tiempo, señalando que tal vez antes no reconocía sus experiencias infantiles de nerviosismo e inquietud como un problema porque era joven y de alguna manera podía parecerle normal. Se explica su teoría también por la existencia de antecedentes familiares de depresión, que podrían justificar sus experiencias de ansiedad en base a una predisposición genética y hereditaria del malestar.

En otros casos, por el contrario, los usuarios no comparten directamente sus expectativas sobre el procedimiento adecuado. En cambio, a posteriori se cuestionan sobre ello:

"Yo adquirí la adicción en una edad adulta, podría ser que inicié por un tratamiento médico por insomnio, no se investigó lo que estaba ocasionando el insomnio." (Gómez, et. al, 2017, p. 138).

La entrevistada en este caso es una mujer de 44 años que se desempeña como anestesióloga en un hospital público. A la edad de 32 años, experimentó insomnio y le fueron recetadas benzodicepinas. Aunque al principio las tomaba de forma ocasional,

con el tiempo comenzó a automedicarse, a pesar de tener dudas sobre el procedimiento médico en que se realizó la prescripción inicial (Gómez et al., 2017).

En este caso, la usuaria describe sus experiencias de frustración, considerando que su diagnóstico fue apresurado y superficial, sin tomar en cuenta su historia personal, lo que contrasta con sus expectativas de un proceso más exhaustivo y personalizado. Así pues, el uso de las BZD que comienza como una estrategia puntual, termina por convertirse en una solución rápida que le ayuda a enfrentar las exigencias diarias.

En las experiencias mencionadas, la búsqueda de ayuda médica, aparece tanto con el potencial de generar frustración, como validación y alivio. No obstante, la experiencia en el encuentro de prescripción no sólo proporciona un tratamiento, sino que también aloja una condición. En consecuencia, el consumo se manifiesta no solo como una práctica terapéutica, sino también como una función narrativa, definida por la forma en que la estrategia farmacológica se privilegia e integra en la historia de vida de los usuarios, ya sea como una solución lógica o poco fundamentada.

2.3. La resignificación de las experiencias pasadas

La indicación del fármaco, que actúa invariablemente como un catalizador en la construcción narrativa del sujeto, puede ofrecer alivio al brindar una explicación coherente a experiencias de sufrimiento pasadas:

“piensa, a la luz del diagnóstico y la conversación con el médico, que el problema de ansiedad es algo que ha tenido toda su vida.”, "Simplemente no reconocía sus experiencias infantiles de nerviosismo e inquietud, e incluso vómitos en ciertas situaciones competitivas, como un problema porque era joven y de alguna manera le parecía normal." (Davis, 2020, p. 43).

Como un fenómeno en relación a la biologización del sufrimiento, mencionada anteriormente, Davis (2020) describe la presencia de un imaginario neurobiológico que visualiza en esta narrativa. Este imaginario que concibe a los psicofármacos como una tecnología de precisión necesaria para regular estados alterados de la química cerebral, se presenta como una explicación que precisa la causa del malestar y la solución permanente a la medida del desequilibrio químico. Los usuarios reinterpretan así sus experiencias pasadas al asimilar esta nueva perspectiva.

A partir de una de sus entrevistas, Palacio et al. (2024) muestran cómo los usuarios resignifican sus experiencias, tanto a partir del momento de la prescripción como una vez

que el consumo se ha instaurado. Un ejemplo de ello se observa en la siguiente narración:

“El hecho de que mi introducción a las benzodiacepinas y antidepresivos se haya dado bajo la supervisión de profesionales fue fundamental para abordar mis problemas de salud mental. El uso de medicamentos debe ser gestionado de manera responsable (lo digo por experiencia) bajo la supervisión de un profesional de la salud ya que pueden llegar a ser muy valiosos, pero así mismo peligrosos”, (Palacio et al., 2024, p. 23).

En este caso, Palacio et al. (2024) destacan cómo ha ido cambiando el significado de la experiencia, entre los aspectos positivos que se mencionan sobre el inicio del consumo y los riesgos de su uso prolongado. La estrategia farmacológica, que en un principio es vivida como un medio valioso capaz de brindar apoyo en momentos de ansiedad y depresión, es contrastada con sus efectos adversos a largo plazo. La dependencia por ejemplo, que impactó significativamente en su salud, con el tiempo le llevó a reevaluar el uso diario de las BZD y a evaluar otros métodos, con el objetivo de equilibrar los beneficios y desafíos que estos medicamentos le presentaron.

En ninguna ocasión el inicio del consumo se da en un vacío, sino que este se encuentra mediado por las experiencias previas del sujeto. Estas vivencias, como el uso anterior de otros medicamentos, aparecen en los relatos, como un filtro interpretativo que articula los significados asociados al consumo actual con el bagaje de las experiencias previas:

"(...) entre Ambien y benzodiazepinas, había tomado algún tipo de somnífero recetado todas las noches durante casi una década para solucionar mis incesantes problemas con el insomnio. ¿Cómo iba a dormir sin una pastilla?" (Delano, 2025, p. 185).

En esta narración, la autora evidencia cómo incluso la dependencia puede considerarse adecuada una vez que el fármaco se ha convertido en un requisito indispensable del funcionamiento diario, poniendo de relieve que en su experiencia, la reinterpretación dinamizada por el uso a largo plazo, implica la centralidad de las BZD y la aceptación de sus efectos adversos como parte de la propia estabilidad.

2.4. La percepción de beneficios y riesgos

La percepción por parte de los usuarios de los beneficios y riesgos asociados al consumo revela un campo de tensiones. Trabajos como los de Palacio et al. (2024) subrayan que, desde la perspectiva de los usuarios, las BZD representan una estrategia efectiva para

gestionar síntomas agudos de ansiedad, permitiendo controlar la intensidad de esos episodios:

“Una de las principales mejoras que presente fue la capacidad de controlar los ataques de ansiedad siendo las benzodiacepinas mi mayor aliadas para aliviar de alguna forma la intensidad de dichos episodios” (Palacio et al., 2024, p. 19).

No obstante, esta percepción favorable se ve contrarrestada por los efectos adversos emergentes en el uso a largo plazo, afectando el equilibrio emocional y las relaciones interpersonales, lo que evidencia un equilibrio frágil. Al respecto, un participante señala que, aunque las benzodiacepinas ayudan a manejar la ansiedad y la depresión, también le generaron una alteración en su estabilidad emocional:

“A pesar de los beneficios de controlar la ansiedad y depresión, también noté que mi estabilidad emocional se veía comprometida; con frecuencia me encontraba más irritable y propenso a tener estallidos emocionales, lo que afectó mucho mis relaciones interpersonales” (Palacio et al., 2024, p. 20).

La percepción de los efectos asociados al consumo de BZD se evidencia también en estudios como el de Bielli, Bacci, Bruno, Calisto, Navarro y Predebon (2018). En donde algunos participantes comparten vivencias en torno al uso de estas sustancias que son acompañadas de una sensación artificial.

Utilizando expresiones como: “estar 'anestesiado', 'en una nube', 'alienado', 'empastillado', 'zombi' y 'no estar en sus cabales'” (Bielli et al., 2018, p. 446).

Estos usuarios expresan un tipo de vínculo con las BZD, que en vez de potenciar la agencia individual, como cabría esperar de un tratamiento terapéutico, es asociada con una disminución en su capacidad de agencia. Observándose un proceso de adaptación, en donde los sujetos habitan ese estado alterado, asimilando su vivencia y negociando a partir de la experiencia acumulada la duración de estos estados (Bielli et al., 2018).

Otras narrativas comparten una percepción en la que, si bien se reconocen ciertos beneficios terapéuticos, se menciona que estos son limitados. Describiendo a las BZD como algo inocuas a raíz de experiencias donde la percepción de los efectos es leve (Zorzanelli, 2018). Utilizando metáforas como:

“Té químico” (Zorzanelli, 2018, p. 207).

Para aludir a la percepción de riesgos y beneficios superficiales, comparables con los de sustancias que no alteran de forma significativa el estado. Asimismo, otros usuarios describen que el efecto de las BZD, es congruente con su estado previo al consumo y por tanto pasa inadvertido:

"Yo no me siento diferente cuando lo tomo" (Zorzanelli, 2018, p. 207).

En consonancia con lo mencionado anteriormente siguiendo a Bielli et al., 2018. El estudio señala que, en estos casos, los usuarios entrevistados ajustan su relación con la sustancia en base a su experiencia, narrando utilizarlas más como un objeto de protección preventivo que como una necesidad.

Las tensiones experimentadas entre los atributos positivos y los negativos de la sustancia, en ocasiones es acentuada en el momento de la discontinuación del tratamiento, en donde los usuarios comparten que las experiencias derivadas del uso a largo plazo, pueden revertir de manera abrupta los beneficios percibidos hasta el momento, evidenciando una dependencia que no siempre se puede anticipar (Delano, 2025). El siguiente testimonio ilustra el retorno de la sintomatología inicial de forma exacerbada, sugiriendo un "efecto rebote" que anula los logros terapéuticos alcanzados:

"Dejé de dormir enseguida, o sea, que tenía suerte si conseguía tres horas seguidas en una noche. La ansiedad me invadía durante el día en oleadas castigadoras." (Delano, 2025, p. 186).

2.5. Justificaciones para el consumo

A partir de la lectura que los usuarios o su entorno próximo realizan de la situación, en la búsqueda de alivio se presentan las justificaciones para el consumo.

En esta búsqueda, Fegadolli et al., (2019) mencionan que algunos usuarios recurren al uso del fármaco en circunstancias que bien podrían ser atendidas mediante otras alternativas terapéuticas, incluso sin percibirlo de manera consciente. Por ejemplo, en el caso de esta usuaria, cuyo tratamiento para el insomnio está vinculado a los cambios hormonales propios del climaterio:

"Yo tengo esa menopausia, yo no duermo bien porque ese calor me despierta y después a veces no consigo conciliar el sueño de nuevo." (Fegadolli et al., 2019, p. 141).

Igualmente, observan el consumo crónico de BZD en otras situaciones en donde su prescripción no consiste en un tratamiento de primera línea, ejemplificándolo con otra

participante que relata:

"Los hipertensos deben tomar un sedante para que se mantengan bien, eso fue lo que el médico prescribió en aquellos días en los que mi presión arterial subió." (Fegadolli et al., 2019, P. 141).

Al respecto, señalan que el aumento del consumo es un fenómeno recurrente en contextos en donde los usuarios poseen una comprensión limitada tanto de sus necesidades reales como de los riesgos asociados al uso, lo que inadvertidamente puede conducirlos a desarrollar dependencia. A su vez, aunque en ocasiones los usuarios mencionan los riesgos asociados al consumo a largo plazo, estos no parecen ser verdaderamente considerados por las personas entrevistadas (Fegadolli et al., 2019).

Los hallazgos anteriores coinciden con el estudio de Lins et al., (2013), el cual indaga puntualmente los contextos y patrones de uso indebido de las BZD en una muestra de treinta y tres mujeres, de entre dieciocho y sesenta años, residentes en la ciudad de San Pablo, Brasil, en el contexto de la salud pública. Estableciendo que en muchos casos, la sustancia es percibida como una herramienta que brinda un alivio rápido y efectivo ante situaciones de estrés, lo que contribuye a justificar su utilización minimizando los riesgos asociados. Al respecto, el artículo pesquisa que en muchos casos, el uso de las BZD es considerado como una forma eficaz para aliviar la ansiedad, dormir mejor y escapar de los problemas cotidianos, reflejándose en algunas expresiones como:

"Creo que me ayuda. Me ayuda mucho... es una vía de escape... Cuando tengo un problema, lo olvido" (Lins et al., 2013, p. 1134).

Asimismo, Lins et al. (2013) realizan un contrapunto a estos hallazgos, señalando que algunas de las características sociales que contextualizan estos casos, como el estrés derivado de largas jornadas de trabajo, los bajos salarios y la desmotivación que generan estas circunstancias, favorecen el uso del fármaco como estrategia de afrontamiento. En relación con el género femenino, destacan además, que la necesidad de estar presentes en el mercado laboral, no exime a las mujeres de su estudios de continuar siendo las principales responsables de las tareas vinculadas al hogar y la familia, lo que incrementa el desafío que supone gestionar los síntomas de ansiedad.

En otras narraciones el uso se justifica en la obediencia al criterio médico:

"¿Por qué lo tomo? No sé por qué lo tomo. Porque me lo recetó el médico". (Alvarenga et al., 2015, p. 4).

Alvarenga et al. (2017), en sintonía con Fegadolli et al. (2019), señalan en sus entrevistas que en algunas ocasiones, el cumplimiento de la prescripción adquiere mayor relevancia que la valoración personal sobre su utilidad, cuando la información disponible sobre las BZD es limitada.

Muchas veces, además, la adherencia a la medicación se sostiene por la asociación con un discurso médico, en el que la obediencia al profesional y, de manera complementaria, en ciertos casos la confianza en el fármaco se transmiten a través de las generaciones y ubican a las BZD al nivel de la salud:

"De alguna manera a uno [las benzodiacepinas] lo ayudan a cumplir alguna función biológica, como dormir tranquilo, que solo no puede. Entonces, yo no he probado ni homeopatía ni... Yo soy de la medicina tradicional, yo qué sé, será por una cuestión de familia, porque mi madre era enfermera y siempre fue el tipo de salud que tomábamos." (Bielli et al., 2018, p. 466).

En relación con lo anterior, Bielli et al. (2018) precisan que la medicación, la adherencia a la misma y por consiguiente la obediencia al médico, no solo orienta las prácticas de consumo de las BZD, sino que también configura identidades y valores más amplios relacionados con lo que se define como "buena" o "mala paciente". En este marco, seguir las indicaciones médicas y mantener la adherencia al tratamiento se entiende como un rasgo que caracteriza a la "buena paciente", asociándose con un mayor beneficio terapéutico que el de quienes serían "malas pacientes". La tradición familiar de confianza en la medicina alopática, como muestra el relato citado, respalda la legitimidad de la prescripción y subraya la obediencia al médico como un elemento central para acceder a la mejoría.

Siguiendo con el trabajo de Alvarenga (2015), en algunos casos, los testimonios revelan que el temor asociado a la abstinencia se entrelaza con las responsabilidades de la vida diaria, en donde el riesgo de no cumplir con las obligaciones cotidianas genera situaciones ansiógenas que se convierten en una justificación poderosa para mantener el consumo. Algunas experiencias ilustran este vínculo, en donde el miedo a la privación del sueño y la incapacidad para funcionar sin descanso, explican la continuidad del consumo:

"(...) Así que quise probarlo así: si paso un día sin tomarlo, a ver si duermo. Pero me da miedo solo pensar que no lo tomaré, creo que no dormiré (...) ¿qué voy a hacer? Al día

siguiente tengo que trabajar, hacer la comida, limpiar la casa". (Alvarenga et al., 2015, p. 6).

En estos casos, el miedo al insomnio que para muchos fue el síntoma inicial que dio inicio al consumo, se transforma con el tiempo en el motivo principal para continuar con el uso de las BZD.

En otras narraciones, se puede observar cómo el fármaco recetado originalmente para un problema específico, se convierte en una condición indispensable:

"...entonces ella (el médico) me recetó clonazepam para poder dormir... yo no podía dormir, y hasta el día de hoy si no lo tomo no duermo " (Lins et al., 2013, p. 1134).

Estas dinámicas sugieren que en algunos casos, si bien el medicamento puede haber ofrecido una solución inicial, con el tiempo su consumo se justifica más por el temor a las consecuencias de su interrupción que por la situación original que motivó su inicio.

Tal como lo evidencia el siguiente testimonio, en otras narrativas, si bien la justificación viene dada por las experiencias de malestar, la influencia de terceros, puede incidir en la forma en que los usuarios interpretan sus síntomas o consideran el consumo de BZD como una solución posible:

"Porque mucha gente dijo: este medicamento es muy bueno para dormir." (Alvarenga et al., 2015, p. 253).

Aquí, el conocimiento popular, las opiniones y la información que circulan en el entorno del individuo constituyen un factor inicial en la familiarización con el psicofármaco, generando expectativas sobre sus efectos incluso antes de la consulta médica. Este hallazgo es reforzado en la investigación, al destacarse que "en el universo investigado, muchos entrevistados relataron opiniones de amigos, vecinos y familiares sobre el uso de este medicamento" (Alvarenga et al., 2015, p. 253), evidenciando que las justificaciones para el consumo de BZD no se restringen únicamente a una relación entre médicos y pacientes, sino que también implican una dimensión de relacionamiento intersubjetivo, en donde las experiencias y opiniones de otras personas del entorno influyen en las decisiones individuales.

2.6. Distinción entre dependencia y adicción

Los relatos sobre la dependencia y la adicción en el uso de las BZD, a menudo se visualizan como un campo tensionado entre las conceptualizaciones formales y la

experiencia vivida. En donde los usuarios distinguen la dependencia, que perciben como una necesidad legítima y controlable, similar a la de los medicamentos para la hipertensión o la diabetes, de la adicción, asociada al estigma, la pérdida de control y el "abuso".

En algunas experiencias, esta distinción se produce a partir del displacer asociado a cada una, como lo refleja la experiencia de un usuario, que percibe la dependencia como un sentimiento menos intenso y, por lo tanto, menos problemático que la adicción:

“Creo que la dependencia no es tan mala como la adicción. No sé cómo describirla, simplemente no es un sentimiento tan fuerte” (Canham et al., 2014, p.7).

Esta noción de la dependencia como una necesidad funcional, en contraste con la idea de adicción, se presenta en múltiples testimonios. Una usuaria lo expresa directamente:

“Sé que no puedo dormir, no hay nada raro en eso. Lo tomo más cuando tengo miedo, cuando tengo miedo de algo o me siento incómoda o... simplemente en pánico... entonces lo quiero, voy y lo tomo... Pero no soy una drogadicta. No soy adicta” (Canham et al., 2014, p. 7).

Estas tipificaciones son reforzadas en el mismo estudio, al compararse con el uso de otras drogas o el propio criterio de abuso, el cual es asociado a condiciones ilícitas. Lily, por ejemplo, establece una clara distinción entre su situación y el uso de drogas ilegales:

“No lo veo de la misma manera, no lo veo como la morfina en la que la gente se vuelve... Adictos a la morfina o que consumen drogas ilegales, y luego se vuelven adictos y tienen que ir a rehabilitación. Para mí, es algo completamente diferente con el Ativan.” (Canham et al., 2014, p. 7).

“Para mí sería... tomar más de... mucho más, no es mi forma de hacerlo. Si tengo una experiencia repentina... aterradora y tomo la mitad, no lo llamé abuso. Pero si tomas mucho... si tomaras de cuatro a seis al día, eso sería abusar.” (Canham et al., 2014, p. 7).

Esta lógica se extiende a las dinámicas de consumo. En donde por ejemplo, la adicción es definida por la compulsión, el abuso y la sobredosis, contrapuesta al uso personal, expresado como un medio ocasional y necesario:

“Si me salto una noche, la supero... pero si fuera adicta, probablemente me levantaría en mitad de la noche y tomaría algo, así que simplemente dependería de ello.” (Canham et al., 2014, p. 7).

En este sentido, la dependencia aparece asociada a una necesidad avalada y legal que es contrastada con la adicción, en la cual el suministro implica la existencia de un mercado ilícito:

“...para mí, eso es adicción: cuando sales a buscar a alguien que te la compre... mientras que si la consigues en una farmacia y te la dan cada tres meses, 90 pastillas... no creo que se pueda comparar con la adicción a una droga. Dependencia, sí, una al día. Llevo tres meses dependiendo.” (Canham et al., 2014, p. 7).

Siguiendo a Canham et al. (2014), los usuarios distinguen la dependencia de la adicción, a partir de aspectos tanto clínicos como simbólicos y sociales. La dependencia, en su visión, se percibe como una necesidad legítima, controlable y funcional, similar al consumo de medicamentos para condiciones crónicas como la hipertensión o la diabetes, y no implica un estigma negativo.

En contraste, la adicción se asocia con pérdida de control, comportamiento compulsivo, abuso y estigma social, relacionados con el mercado y las drogas ilegales, conceptos que los usuarios suelen rechazar o distanciar del uso controlado. La idea de que saltarse una dosis no implica abuso, o que controlar la cantidad ayuda a mantener la dependencia en un nivel aceptable, refleja cómo estos construyen un sentido de control sobre su uso, diferenciándose de la adicción (Canham et al., 2014).

Con la idea de lo que podría ser una dependencia segura a partir de los rasgos de cada persona, los discursos profesionales a su vez permean esta distinción:

“A mi ginecólogo le pregunté sobre la dependencia y me dijo: ‘mira como lo estás tomando, por tu perfil no creo que te produzca dependencia’.” (Lins et al., 2013, p. 1134).

La respuesta del ginecólogo, indicando que en función del perfil del usuario no sería probable que se produzca dependencia, muestra que la valoración del riesgo por parte de los usuarios, además de estar mediada por su propia experiencia, se encuentra estrechamente vinculada tanto con la percepción del profesional sobre el perfil del paciente, como con su experiencia clínica (Lins et al., 2013).

En algunos casos, el esfuerzo por evitar el juicio social y moral asociados a la adicción, puede llevar a los usuarios a ocultar o relativizar su consumo, subordinado sus experiencias al saber profesional, aun cuando lo perciban como seguro, legítimo y necesario. A partir de un encuentro de seguimiento en que se le retiró la medicación, una usuaria cuenta al respecto:

"Consideré aclarar que había tomado benzodiazepinas todas las noches durante más de siete años sin abusar de ellas en ningún momento, pero opté por no hacerlo, ya que no quería parecer adicta." (Delano, 2025, p. 185).

Tal como lo ilustran los testimonios, la frontera entre medicamento y droga permanece ambigua y en disputa. Esta ambigüedad se configura como un campo polarizado que posibilita la construcción de narrativas que, por un lado, buscan evadir la etiqueta de adicción o, por otro, la equiparan con otros tipos de consumo, preservando así la identidad y la legitimidad del tratamiento.

2.7. Tolerancia y normalización del uso

Con el uso prolongado, uno de los fenómenos mas frecuentes y el principal factor por el cual se establece la dependencia, es el desarrollo de tolerancia al fármaco, en donde la dosis inicial pierde su efectividad, volviéndose necesario aumentar el consumo para lograr el mismo efecto.

En la investigación de Fegadolli et al., (2019) sobre la percepción y la experiencia de los usuarios con BZD, se destaca que en algunas ocasiones, estos permanecen presos de la dependencia, aunque reconozcan los aspectos negativos del consumo:

"La psiquiatra me prescribió dos comprimidos porque dijo que un comprimido solo me daría un sueño leve, no reparador. Para que yo tuviese un buen efecto tenían que ser dos, y ya con el tiempo no me era efectivo; entonces comencé a tomar tres." (Fegadolli et al., 2019, p. 142).

"De unos meses para acá parece que mi organismo se habituó al medicamento y ya no funciona, ni con la misma facilidad ni con la misma rapidez resuelve la ansiedad; a veces tengo que tomar dos." (Fegadolli et al., 2019, p. 142).

Al respecto, se enfatiza que este hecho conduce a que los usuarios muchas veces se tornen autónomos en el consumo, contactando a los profesionales de la salud como medio para obtener el medicamento y no necesariamente para recibir una asistencia integral (Fegadolli et al., 2019).

La elección de continuar el uso a pesar de los efectos adversos también se aprecia en otros estudios, en donde las narrativas asumen la dependencia como un compromiso necesario para ganar calidad de vida, incluso si conlleva riesgos para la salud:

“Creo que es una dependencia necesaria... Pienso en tener calidad de vida, aunque me acorte la esperanza de vida, prefiero tener calidad.” (Lins et al., 2013, p. 1134).

Aquí, los autores adhieren a lo mencionado con anterioridad señalando cómo la percepción de la tolerancia a las BZD depende tanto de la sustancia en sí como de la congruencia narrativa con la cual los usuarios hacen uso de ella. En este caso, la dependencia es matizada en relación a las características con que se distingue el tener calidad de vida, ilustrando como la tolerancia no siempre se ve como un problema en sí mismo, sino como un costo aceptable para mantener la sensación de bienestar o funcionalidad (Lins et al., 2013).

Este criterio es aún más claro en aquellos casos en donde los problemas causados por el uso a largo plazo, son aceptados como parte de la experiencia de consumo:

“...porque Rivotril® causa problemas de coordinación, ¿no?... Y me caí muchas veces por las escaleras...” (Lins et al., 2013, p. 1134).

La aceptación del riesgo que se refuerza en una suma de experiencias en donde son mínimos los efectos secundarios evidentes, llevando a interrogarse si el uso prolongado de las BZD es realmente perjudicial:

“¡Ah! Llevo tomándolo tantos años y nunca me ha hecho daño, no sé. Es adictivo, simplemente adictivo. ¿Es malo?”. (Lins et al., 2013, p. 1134).

Los autores señalan que, entre quienes no han sufrido daños, el uso prolongado tiende a ser percibido y compartido como la adopción de un buen hábito, considerado necesario e inofensivo. Esta percepción no solo refleja una subestimación del potencial adictivo y de los efectos nocivos de estas sustancias (Lins et al., 2013), sino que también evidencia cómo la experiencia personal se impone como criterio de validación, en la medida en que, a partir de un balance entre costos y beneficios, se justifica la tolerancia que conlleva el uso de las BZD a largo plazo.

2.8. El reconocimiento del sufrimiento y la vivencia de la dependencia

A pesar de las consideraciones con que los usuarios distinguen la dependencia de la adicción o asimilan la tolerancia como parte de las experiencias de consumo, el sufrimiento y el malestar sigue presente en las narrativas. En ocasiones, la necesidad de contar con el medicamento aparece como un elemento central, en donde su falta provoca una intensa desesperación que se describe como una privación vital, equiparándola con la imposibilidad de ver a un ser querido:

"Ese medicamento es como si mi hija estuviese en Italia y yo quisiera verla y no pudiese, porque yo necesito verlo y saber que lo tengo aquí, por si me hace falta." (Fegadolli et al., 2019, p. 142).

En otros, se describe abiertamente la situación como la de una adicción, señalando también el dolor y la valoración moral que esta conlleva:

"Yo tengo tres dependencias, soy drogadicta y lo reconozco, tengo dependencia al café, al cigarro y a los psicofármacos para dormir. Yo asumo que soy drogadicta y sé que es una desgracia." (Fegadolli et al., 2019, p. 142).

Este reconocimiento supone en algunos casos la presencia de una angustia insidiosa, y una preocupación que se manifiesta en el miedo a la abstinencia o en la posibilidad de dañar a otras personas:

"...yo me escondía al principio, yo me escondía de él (su pareja) para que no se diera cuenta. Pero conforme fue avanzando lo que es la enfermedad, pues llega uno a descarsarse, y en una ocasión yo me encerré en el baño y me inyecté, y ya cuando abro mis ojos, pues me quedé dormida, abro mis ojos y él estaba llorando..." (Gómez, et. al, 2017, p. 138).

El miedo a la abstinencia es recurrente, y se manifiesta de distintas maneras, desde la simple irritabilidad o nerviosismo hasta episodios físicos más graves, como las convulsiones, que revelan la magnitud de la dependencia física:

"Lo primero que hice fue hacerlo por mí misma, fueron 7 días de que yo no consumí, estaba muy irritable, todo me enojaba, al llegar el séptimo día yo convulsioné y pues fui con el neurólogo..." (Gómez, et. al, 2017, p. 139).

A través del caso de una anestesióloga, Gómez et al. (2017) muestran que el reconocimiento de la dependencia se asocia tanto a síntomas físicos intensos, como a un fuerte impacto emocional y social, donde la ocultación, la desesperación y la sensación de pérdida de control, se convierten en ejes de la experiencia. Poniendo de relieve, cómo la trayectoria hacia la adicción, que se inicia en el marco de una prescripción médica, se consolida ante la ausencia de redes de apoyo y bajo condiciones laborales exigentes.

Como se aprecia en las distintas narraciones, las experiencias de sufrimiento son heterogéneas y adquieren múltiples modulaciones. Los usuarios no siempre se detienen a cuestionar los significados de sus experiencias en términos de adicción y dependencia, sino que la experiencia subjetiva de sufrimiento se impone como la situación central.

En este contexto, la dependencia se vincula con la capacidad gestionar el malestar, generando una necesidad que muchas veces solo el fármaco mismo parece resolver:

“(…) “Dependo de él (alprazolam), cuando me siento mal me enoja mucho, así que siento que realmente dependo de él. No sé si soy adicta, pero tal vez sí” (Canham et al., 2014, p.6).

En su investigación, Canham et al. (2014) señalan que las percepciones en torno a la dependencia y a la adicción inciden directamente en las prácticas de consumo de BZD, advirtiendo el uso del fármaco para una sintomatología amplia que en ocasiones excede el fundamento inicial.

Retomando los planteos de O'Brien (2005), los autores distinguen entre quienes buscan y abusan intencionalmente de estos fármacos y aquellos pacientes que, tras recibir una prescripción médica, desarrollan dependencia a partir de un uso crónico. Con esta diferenciación apuntan a reconocer la existencia de distintos perfiles de usuarios y, por consiguiente, de diversas trayectorias en la vivencias de sufrimiento y dependencia (Canham et al., 2014).

Esta perspectiva resulta especialmente relevante al vincularse con las narrativas de los propios usuarios, donde la necesidad del fármaco se sitúa en el centro de la experiencia cotidiana y llega a imponerse incluso sobre otros consumos previos, como lo expresa un entrevistado al comparar su dependencia a las benzodiacepinas con su antigua adicción a la marihuana:

“La adicción que yo tenía a la marihuana era mucho más pequeña, mucho más pequeña, no tenía miedo de no fumar, ahora si se acaba la medicina me desespero, tengo miedo de no tenerla.” (Lins et al., 2013, p. 1135).

La comparación con otros consumos, como el de marihuana, es frecuente en la literatura especializada. Lins et al. (2013) señalan que la relevancia de las BZD en la experiencia de los usuarios a menudo se manifiesta a través de la percepción del grado de abstinencia experimentado con distintas sustancias, señalando que la ausencia de BZD se percibe como más significativa. Entre los signos recurrentes asociados a esta experiencia se encuentran la irritabilidad, la angustia ante la falta del medicamento y el temor a quedarse sin él.

2.9. Acceso y autonomía en el consumo

La relación entre los usuarios y los profesionales de la salud es compartida como un factor importante en la cadena de obtención de estos medicamentos:

"El cardiólogo me recetó una vez, pero a los médicos de familia, tú pides las recetas y ellos te la dan" (Fegadolli et al., 2019, p. 142).

Esta dinámica, en ocasiones se ve reforzada por las presiones que los usuarios ejercen sobre los profesionales, quienes, ante la sobrecarga asistencial, el escaso tiempo disponible, las dificultades para abordar las problemáticas de salud mental y controlar las vías alternativas en que circulan las BZD, tienden a responder a las demandas de prescripción. En este contexto, si bien no se profundiza en los factores asociados a la dinámica, el estudio añade la presencia de un pequeño número de usuarios que sí tienen sus prescripciones reevaluadas adecuada y sistemáticamente (Fegadolli et al., 2019).

Cuando los usuarios no logran acceder a la receta o al fármaco por vías formales, recurren a estrategias alternativas, como la donación, el préstamo entre familiares o vecinos, e incluso el mercado informal, administrando su propio botiquín doméstico para asegurar la continuidad del consumo. Como lo muestra el siguiente fragmento, esto puede incluir el intercambio ocasional con usuarios conocidos :

"Una vecina me dio una tirilla y me dije a mí misma: 'Y cuando se acabe, ¿qué te vas a hacer?'. Entonces tengo que intercalar la frecuencia, tomo una hoy y de aquí a tres o cuatro días otra, hasta que aparezca en la farmacia y así fui, hasta que apareció cuando tenía la mitad de la tirilla. (P1)" (Fegadolli et al., 2019, p. 143).

Al respecto, los usuarios administran activamente su botiquín personal de acuerdo con el contexto, intercambiándolos en sus relaciones sociales de tal manera que las ausencias se minimizan, incluso en momentos de desabastecimiento público. Los hallazgos en este sentido enfatizan la dimensión relacional y cultural en la circulación de la sustancia, señalando que el manejo implica en ocasiones la negociación con otros usuarios con el fin de no prescindir de las BZD, ajustando la frecuencia de uso hasta poder obtenerlo nuevamente a través de canales formales. En estos casos, la investigación subraya además, que los usuarios permanecen atrapados en la dependencia y muchas veces a pesar de estar al tanto de las posibles consecuencias negativas, esta situación los lleva a relacionarse con los servicios de salud como un medio para obtener las recetas (Fegadolli et al., 2019).

Algunas usuarias relatan la fragmentación del seguimiento médico y la facilidad para obtener prescripciones de distintos especialistas, como lo ejemplifica el siguiente testimonio:

"Si voy al cardiólogo, me da, si voy a un neurólogo me lo da, si voy a mi ginecólogo me lo da, entonces los tres saben que lo uso" (Lins et al., 2013, p. 1134).

De acuerdo con la investigación de Lins et al. (2013), si bien 25 de las 33 mujeres entrevistadas afirmaron contar con un médico de referencia, ello no implicaba necesariamente la existencia de un seguimiento clínico regular. Varias participantes reportaron haber quedado sin vigilancia o no contar actualmente con control médico, mientras que otras, como en el estudio anterior, accedían al medicamento a través de familiares o profesionales conocidos. Aunque la mayoría mantenía contacto con el sistema sanitario, la información proporcionada durante las consultas resultaba limitada, especialmente en lo relativo a los efectos secundarios y al riesgo de dependencia.

Las redes familiares y de conocidos también son utilizadas por los usuarios para autogestionar el uso de las BZD incluso sin haberles sido prescritas:

"Yo gano (la medicina), nunca tuve receta." (Lins et al., 2013, p. 1134).

En algunos casos como el mencionado, los usuarios acceden a las BZD a través de recetas facilitadas por familiares o amigos, o incluso directamente en farmacias, sin contar con un seguimiento médico regular. En este contexto, la percepción de que las BZD son sustancias de fácil acceso, convive con la debilidad de los marcos regulatorios, lo que tiende a consolidar el uso sin la supervisión médica adecuada.

Esto evidencia, brechas importantes tanto en la comunicación terapéutica como en la supervisión médica. De este modo, aun cuando se reconoce la posibilidad de desarrollar dependencia, esta percepción no constituye un impedimento para continuar el tratamiento, lo que refuerza un patrón de consumo prolongado que es sostenido por la débil articulación entre los distintos niveles de atención (Lins et al., 2013).

A su vez, los usuarios negocian activamente tanto con los profesionales del sistema de salud como con su entorno para orientar sus decisiones:

"Tampoco escucho a cualquiera. [...] O me dejo llevar por mi intuición o voy al médico. Sobre todo en la sala de espera, se escucha mucho. Una receta para uno, otra para otro. [...] Usé clonazepam durante unos cinco años seguidos; un médico que me atendió me lo

recetó. Luego pensé que me estaba desanimando mucho, que me sentía demasiado mal, así que lo dejé. Pero así fue: fui al médico" (Alvarenga et al., 2015, p. 255).

La agencia del usuario en la gestión de su tratamiento se refleja en diversos estudios, en donde las decisiones sobre el uso de las BZD se articula entre la intuición personal y la búsqueda de legitimación. La mención a la "sala de espera" como un espacio de circulación informal de saberes terapéuticos refleja un entramado donde las prácticas y experiencias de otros usuarios con el fármaco son consideradas con el fin de orientar las decisiones propias (Alvarenga et al., 2015).

Del mismo modo, las estrategias de acceso al medicamento se sostienen en redes de confianza que muchas veces trascienden los marcos institucionales:

"Cuando necesito una receta, ni siquiera voy al servicio de salud. Ella [la empleada] ya lo sabe. Yo llamo, se lo da a su secretaria, una señora que vive muy cerca, ella me lo trae y continúo" (Alvarenga et al., 2015, p. 252).

Tal como señalan Alvarenga et al. (2015), la obtención de BZD a menudo se gestiona mediante relaciones informales, recurriendo a intermediarios que conocen las necesidades del usuario y facilitan el acceso al medicamento. En este sentido, se observa un tipo de "obediencia" a la prescripción médica inicial, pero también una adaptación a las limitaciones del sistema de salud, donde las prácticas culturales favorecen el acceso a estas sustancias a través de terceras personas.

En otros casos, los usuarios con un seguimiento periódico comparten experiencias en donde, al basarse en los criterios generales del manejo clínico para prevenir el abuso de BZD, los médicos optan por reducir la dosis:

"También anunció que había decidido sacarme por completo el Klonopin, la benzodiazepina que me habían recetado para dormir. Cuando le pregunté por qué, me explicó que los adictos abusaban de la droga con frecuencia y, dada mi temprana sobriedad, era demasiado arriesgado seguir tomándola. Consideré aclarar que había tomado benzodiazepinas todas las noches durante más de siete años sin abusar de ellas en ningún momento, pero opté por no hacerlo, ya que no quería parecer adicta. Sentí que me estaban poniendo en apuros... Forcé un gesto de asentimiento. Benjamin redujo mi dosis de benzodiazepinas a la mitad inmediatamente." (Delano, 2025, p. 185).

La decisión clínica, sustentada en la experiencia del profesional y en los criterios formales del manejo terapéutico, sin embargo, generan una ruptura en la comunicación que al no

basarse en un proceso colaborativo debilita la confianza de la paciente. La autora revela la subordinación de su experiencia al saber médico y la tensión moral vinculada al juicio sobre la adicción, donde el temor a ser percibida como “adicta” y la necesidad de mantener un consumo controlado condicionan la aceptación de la decisión clínica (Delano, 2025).

A los casos anteriores se suman otras situaciones en que las experiencias se vinculan con el uso recreativo. En estos contextos, el acceso se encuentra mediado por redes de suministro informales y mercados preexistentes, los cuales amplía y complejiza las dinámicas de acceso, así como las posibilidades de atención clínica:

“ya había consumido otras sustancias fumaba principalmente el cannabis y justamente el contacto con quien la conseguía me abrió las puertas a la posibilidad de adquirir Clonazepam sin necesidad de receta médica y a un precio muy accesible, haciendo que fumar y tragar pastillas se volvieran ‘mi mejor salida’”, (Palacio et al., 2024, p. 21).

Al respecto Palacio et al. (2024) señalan que esta vía de acceso, favorece tanto el consumo sin control profesional, como la incidencia de los riesgos asociados que muchas veces, al emerger como una práctica de afrontamiento individual o colectiva en contextos marcados por dificultades socioemocionales y de escaso apoyo social, los jóvenes recurren al abuso de estos fármacos como una estrategia para afrontar situaciones de vulnerabilidad y aliviar el malestar.

En sintonía con lo relevado por Bielli et al., (2018) al atender esta problemática desde la perspectiva médica, se observa que en todos los casos, incluidas las dinámicas de uso recreativo, el manejo clínico de las BZD representa un motivo de preocupación para los profesionales:

“Se ve de todo... Desde que ves benzodiazepinas en la feria, los gurises la mezclan con alcohol... He visto las mezclas más extrañas, en una caja de vino... Un jugo Tang y dos blíster de Diazepam y eso es lo que pasan en la ronda” (Bielli et al., 2018, p.468).

En este sentido, se presentan situaciones que tensionan el manejo clínico, al inscribirse en un escenario donde los usuarios, o bien se encuentran en situación de dependencia y abuso, resistiendo las indicaciones médicas, o adoptan actitudes de oposición directa, negándose a iniciar otro tipo de tratamiento psiquiátrico o psicológico (Bielli et al., 2018).

La autonomía de los usuarios en la gestión del consumo de BZD se manifiesta por la forma en que estos controlan la dosis y el modo de uso, lo que a menudo se realiza sin supervisión profesional directa. En muchos casos, el propio usuario, a partir de la

prescripción, asume la responsabilidad de organizar y regular su consumo, como lo evidencia la siguiente narración:

"empecé a abusar del uso de estos fármacos usándolos sin ningún tipo de seguimiento aun estando en terapia" (Palacio et al., 2024, p. 19).

En el caso analizado por Palacio et al. (2024), el participante comenzó a consumir benzodiacepinas entre los 15 y 17 años, desviándose de las dosis prescritas. Su consumo, inicialmente vinculado al tratamiento de la ansiedad y la depresión, evolucionó hacia un uso abusivo que el propio usuario interpretaba como una "salida a la dura realidad" (p. 19).

Al analizar los significados asociados al consumo, los autores indican que diversos factores a lo largo de su vida, como el contexto social y familiar, así como la disponibilidad de estos medicamentos, coadyuvaban al uso recreativo de la sustancia que posteriormente condujo a la dependencia.

En este sentido, el estudio de (Gómez, et. al, 2017) logró identificar que el acto de revelar la situación y aceptar el abuso, constituyó un paso significativo que facilitó el proceso de recuperación de la usuaria:

"...Elena, (...) comenzó a auto-prescribirse y auto-administrarse la sustancia." (Gómez, et. al, 2017, p.138).

Este comportamiento, según las autoras, coincide con la literatura especializada sobre los factores de riesgo para la dependencia de BZD en el personal de la salud, y se vio intensificado por factores laborales y personales, entre ellos el exceso de trabajo, el estrés asociado al ejercicio profesional y la facilidad de acceso a la sustancia.

3. Las principales tensiones advertidas

En los estudios identificados, el inicio del consumo aparece estrechamente vinculado con las experiencias previas de malestar, en donde la intervención de personas cercanas usualmente orientan la búsqueda de ayuda profesional. En este contexto, se observan situaciones en que la experiencia de los usuarios es interpretada en torno categorías biomédicas, como en el caso analizado por Davis (2020), ilustrando cómo los usuarios pueden apropiarse de narrativas biomédicas para reinterpretar su sufrimiento en términos medicalizables, encontrando en el psicofármaco tanto validación como alivio.

Asimismo, esta mediación en las experiencias, aparece como un factor central en el estudio de Palacio et al. (2024), en donde el inicio del consumo surge a partir de la intervención de

actores institucionales que identifican el malestar y orientan al usuario para recibir atención especializada. En este caso, finalmente, la prescripción que en un comienzo es experimentada como un medio valioso para aliviar la intensidad de algunos episodios de ansiedad y depresión, es contrastada con sus efectos adversos a largo plazo llevando al usuario a reevaluar el consumo diario y buscar otros métodos, con el objetivo de equilibrar tanto los beneficios como los riesgos experimentados.

En sintonía con el trabajo de Fegadolli et al. (2019), antes o después de haber adoptado la estrategia farmacológica como la vía privilegiada para acceder a una mejora, es frecuente que los usuarios indaguen en la posibilidad de encontrar alivio mediante alternativas no farmacológicas. Estas en cambio, son percibidas generalmente como ineficaces o insuficientes frente a la inmediatez de alivio que ofrecen las BZD. En donde la confianza depositada en el psicofármaco, se sustenta como estrategia tanto por su eficacia percibida como en la desconfianza hacia otros modos de cuidado.

En cuanto al encuentro de prescripción, los resultados muestran que las experiencias en este espacio pueden adquirir un carácter ambivalente, y mientras que para algunos usuarios representan una fuente de reconocimiento y contención, para otros suscita frustración y desconfianza. Tal como relatan Gómez et al. (2017), las experiencias de prescripción apresuradas, en donde la exploración de las causas subyacentes son indagadas con superficialidad forman parte de los motivos centrales que los usuarios mencionan relacionadas a las prescripciones insatisfactorias. Ahora bien, incluso en estos casos, usualmente la estrategia farmacológica se consolida como un recurso para enfrentar las exigencias cotidianas, desplazando la reflexión sobre el origen del malestar en virtud de las necesidades inmediatas.

Vinculado con lo anterior, la resignificación de las experiencias pasadas emerge en el estudio como un proceso que, a partir de la prescripción recibida, reorganiza la biografía de los usuarios. En donde el discurso biomédico, junto con la información proveniente de diversas fuentes, actúa como un nuevo marco interpretativo que da sentido a las experiencias vividas.

Tal como argumenta Dumit (2002), el consumo de psicofármacos cataliza la reconfiguración de procesos identitarios, consolidando la idea de sujetos que se completan al ser modulada su experiencia por sustancias químicas. Ejemplos de ello se observan en los estudios de Bielli et al. (2018), quienes señalan que los sujetos no son receptores pasivos de una prescripción, sino que, por el contrario, negocian el sentido y la utilidad del fármaco en sus trayectorias vitales, adaptando su uso según las experiencias acumuladas. En sintonía,

Palacio et al. (2024) destacan que las experiencias previas de malestar, así como el consumo de otras sustancias, también influyen en el modo en que los usuarios comprenden su situación actual, mientras que la reinterpretación del malestar que dio origen al consumo incorpora una dimensión moral y sociocultural, donde el sujeto evalúa su relación consigo mismo y con las BZD en términos de autocuidado, normalidad y optimización del bienestar (Rose, 2007).

Estas transformaciones identitarias lejos de comprenderse como meras abstracciones, están estrechamente articuladas a los marcos discursivos que orientan las prácticas de prescripción teniendo un efecto performativo en la experiencia de los usuarios. Siguiendo a Moncrieff y Cohen (2005), los psicofármacos han sido abordados a partir de dos marcos interpretativos fundamentales, el modelo centrado en la enfermedad (disease-centred model) y el modelo centrado en el fármaco (drug-centred model), cuyas diferencias no solo organizan el campo de la práctica clínica, sino que también inciden en los modos en que son elaboradas las narrativas acerca del malestar, la cura y el sentido del tratamiento.

El modelo centrado en la enfermedad ha sido visualizado en el estudio, por ejemplo, cuando las experiencias de malestar han sido explicadas en términos de desequilibrios neuroquímicos (Davis, 2020) en donde el psicofármaco se presenta como la solución para recuperar el equilibrio perdido. Por su parte, los elementos que aparecen asociados al modelo centrado en el fármaco destacan muchas veces como la acción central de las BZD los efectos psicoactivos de ansiolisis, como puede ser la sedación. Desde esta perspectiva la acción es atribuida a la capacidad que tiene el fármaco de inducir estados artificiales capaces de ofrecer alivio en contextos específicos, mitigando síntomas agudos y adquiriendo valor positivo o negativo según el modo en que cada usuario los asimila en sus experiencias cotidianas.

Como señala Moncrieff (2008), estas perspectivas trascienden el plano teórico y se inscriben en la experiencia cotidiana, moldeando la forma en que los sujetos significan su malestar y comprenden la farmacoterapia como práctica de cuidado.

En cuanto a los efectos percibidos, por un lado, los usuarios comparten un beneficio inicial importante, donde las BZD son valoradas como una estrategia efectiva y rápida para la remisión de síntomas agudos, ofreciendo una poderosa sensación de control sobre el malestar, la cual en ocasiones deriva en una realidad de uso paradójico. En sintonía con lo pesquisado en el estudio de Bielli et al. (2018), en la búsqueda de no tener una recaída del tipo de episodio que originalmente provocó el consumo, los usuarios continúan tomándolas de forma continua o regular, “como un objeto protector” a pesar de no percibir ninguno de

sus efectos beneficiosos (Zorzanelli, 2018), o bien incrementando la dosis con el objetivo de alcanzar el efecto deseado.

Por su parte, las vivencias de sedación y la percepción de estados artificiales evidencian que el consumo no siempre fortalece la agencia individual, como podría esperarse de una intervención terapéutica. En estos casos, la relación con el fármaco adquiere un carácter ambivalente, en el que el alivio mediado por las BZD se redefine de forma continua a partir de la experiencia del usuario y su vínculo con la sustancia (Bielli et al., 2018).

En algunas experiencias, aunque los usuarios refieren no percibir los efectos del fármaco, el retorno de la sintomatología se intensifica durante la discontinuación. Momento en que la sensación de estabilidad previa puede colapsar de forma abrupta, dando lugar a nuevas manifestaciones de malestar vinculadas a la dependencia y a un “efecto rebote” que no siempre resulta posible anticipar.

A partir de la dualidad presentada, en donde la percepción inicial de los beneficios entra en conflicto con los efectos adversos del uso prolongado, las investigaciones coinciden en subrayar la importancia de un manejo responsable y supervisado de estos medicamentos, que considere las percepciones y experiencias de los usuarios respecto a sus efectos. Señalando que es fundamental promover la individualización de la dosis y de la duración del tratamiento, así como la implementación de intervenciones clínicas rigurosas y estrategias de sensibilización tanto para los profesionales de la salud como para los usuarios (Palacio et al., 2024; Fegadolli et al., 2019; Lins et al., 2013).

Otro de los tópicos recurrentes en la literatura es la justificación sobre el consumo. Donde los usuarios lo describen como una necesidad funcional ligada al descanso, al manejo de la ansiedad o de la angustia, aunque presentan algunos matices en cómo se articula el sentido de dicha práctica.

Los estudios coinciden en señalar que las BZD son percibidas como recursos legítimos, que permiten a los usuarios mantener la funcionalidad en contextos atravesados por múltiples demandas y tensiones. Tanto Lins de Souza et al. (2013) como Fegadolli et al. (2019) destacan que la tranquilidad y el descanso aparecen como condiciones necesarias para cumplir tanto con obligaciones laborales, como familiares y afectivas, lo que otorga al fármaco un valor moral vinculado a la responsabilidad y al cumplimiento.

De igual modo, los estudios coinciden en señalar que, con frecuencia, la autoridad médica actúa como un elemento central en la justificación del consumo, en donde la confianza en el criterio profesional y la obediencia a la prescripción tienden a caracterizar la figura de la

“buena paciente”, quien, en contraste con la “mala paciente”, accedería con mayor facilidad a los beneficios terapéuticos al sostener su adhesión al saber médico (Bielli et al., 2018). Como se documenta en el trabajo de Alvarenga et al. (2015), en algunos casos esta obediencia se expresa a través de una confianza transmitida generacionalmente, que sitúa a las BZD dentro de un conjunto más amplio de saberes asociados a la medicina alopática.

Con el uso continuado del fármaco, a su vez, se observan numerosas experiencias en las que el miedo a los posibles efectos negativos de la discontinuación constituye una justificación poderosa. En donde el temor a experimentar el retorno de la sintomatología que motivó su uso, como la ansiedad, la angustia o el insomnio, se convierten en el argumento central, incluso cuando los efectos de la sustancia se perciben de forma leve. En este sentido, los usuarios perciben el uso de las BZD como un requisito tanto funcional como preventivo, dando lugar a un vínculo de dependencia que se experimenta como necesario e insustituible (Alvarenga et al., 2015; Zorzanelli et al., 2018).

Por otra parte, tal como señalan Fegadolli et al. (2019), las experiencias compartidas entre familiares, amigos y vecinos generan redes de intercambio simbólico en torno a las BZD, que contribuyen a consolidar al fármaco como un recurso confiable y de acceso cotidiano. En estos contextos, las recomendaciones de terceros, junto con la información fragmentada de distintos medios, operan como fuentes que sostienen la estrategia farmacológica y que, en ocasiones, complementan, anteceden o incluso sustituyen a la orientación médica formal.

En una línea complementaria, Zorzanelli et al. (2018) amplían esta comprensión al mostrar que la utilización del fármaco no sólo adquiere valor terapéutico, sino que también funciona como un bien simbólico y una “moneda de cambio”, mediante la cual los usuarios comparten su conocimiento sobre los efectos y el manejo de las BZD, así como de otras sustancias psicoactivas, a partir de sus experiencias personales.

En este contexto, la distinción entre dependencia y adicción no emerge de las narrativas como una categoría fija. Por un lado, una parte de los usuarios distancia activamente su experiencia de consumo, del estigma asociado a la adicción, vinculada a la compulsión, el abuso, el consumo y el mercado de sustancias ilícitas, y legitimando su dependencia como una necesidad controlada y funcional, análoga al uso de medicamentos para condiciones crónicas como la diabetes o la hipertensión. Bielli et al., (2018), al respecto advierten que el carácter de esta polarización entre lo positivo y lo negativo del consumo, deviene de una ambigüedad intrínseca sobre el estatuto de las BZD, que recorre las experiencias alcanzadas y remite a la cuestión de si estas son drogas o medicamentos. En este sentido,

se advierte que, al percibirse la dependencia como una necesidad funcional y distinta de la adicción, los usuarios usualmente se ubican en el rol de legos frente al saber médico, posición que, al enfatizar un consumo legítimo, evita la estigmatización vinculada a la adicción. Para otros, sin embargo, la dependencia se experimenta como una fuente de angustia profunda, donde la ausencia del fármaco es vivida como una privación afectiva intolerable (Fegadolli et al., 2019). En esta línea, el estudio de Zorzanelli (2018) muestra que, una vez que los usuarios obtienen la receta de un médico, pueden continuar durante años recibiendo el mismo medicamento de otros especialistas, sin ningún seguimiento sobre el motivo de su prescripción inicial, lo que refuerza las dinámicas de dependencia.

Asimismo, algunas trayectorias ilustran que el consumo que inicia con una prescripción médica puede derivar en una pérdida de control, donde el ocultamiento y las conductas de abuso se ven exacerbados por la falta de redes de apoyo y seguimiento clínico (Gómez et al., 2017), posicionando a las BZD paradójicamente como un elemento capaz de ofrecer alivio y, a la vez, una fuente de ambivalencia y malestar.

Se observa finalmente, un tercer escenario donde tales categorías clínicas como la adicción o dependencia resultan irrelevantes en la experiencia subjetiva y el consumo se integra en la vida de los usuarios como un elemento de confianza y previsibilidad, que posibilita la vida social. Esta "dependencia tranquila" que refleja un proceso de habituación en donde el fármaco se percibe como un componente inherente a propia estabilidad personal que diluye los límites entre el consumo de BZD como tratamiento médico y como hábito de consumo.

Frente a este espectro de narraciones, la noción que Martin (2006) caracteriza como "persona farmacológica" se puede advertir en el conjunto de lecturas que los usuarios elaboran de su experiencia en estrecha relación con al fármaco, situándose como un mediador constitutivo de sus experiencias cotidianas.

En la relación entre usuarios y profesionales de la salud se observan tensiones significativas que atraviesan las trayectorias de consumo. Las narrativas muestran que la obtención del fármaco se ve facilitada por la fragmentación del sistema sanitario y la multiplicidad de prescriptores, lo que permite la continuidad del uso incluso sin un seguimiento clínico sostenido. En este contexto, la prescripción médica adquiere una utilidad tensionada: puede proporcionar alivio, pero también incrementar la vulnerabilidad de los usuarios si la dependencia se consolida sin un seguimiento adecuado.

En las experiencias en que el fármaco se ha integrado como parte de la propia estabilidad y requisito para el funcionamiento cotidiano, los usuarios tienden a mostrarse reacios a

abandonar el tratamiento o a sustituirlo por estrategias alternativas, demandando a los profesionales la reiteración de la prescripción como una forma de preservar su equilibrio personal.

Por su parte, en las experiencias de autonomía en la gestión del consumo evidencian un desplazamiento del control desde el ámbito médico hacia el propio usuario. El ajuste de dosis, la autoadministración y la autoprescripción constituyen prácticas extendidas, orientadas a sostener los efectos ansiolíticos deseados y a prevenir el malestar asociado a la abstinencia. En algunos casos los usuarios comparten el uso reflexivo y autorregulado, basado en la observación de sus propios síntomas y la modulación de las dosis según la necesidad percibida cada día. Autonomía que igualmente, coexiste con una fuerte dependencia del saber médico y del fármaco, el cual se vuelve un receptáculo de este conocimiento, más allá de la autoridad del profesional que orienta y valida la prescripción. Siendo en algunos casos la confianza depositada en los conocimientos de la medicina alopática un cuerpo de saberes que es condensado en el psicofármaco. Esto se observa, en casos en que el conocimiento popular o las recomendaciones de terceras personas constituyen un factor de familiarización y percepción de las BZD como agentes capaces de ofrecer alivio. Este doble movimiento de autonomía narrativa y subordinación dan cuenta de la dimensión compleja y relacional del fenómeno, en donde los sujetos en ocasiones negocian la búsqueda de control sobre su padecimiento reconociendo al fármaco más allá de su efecto, como un portador simbólico del saber médico.

En este contexto, las estrategias de obtención del fármaco revelan la coexistencia de circuitos formales e informales que sostienen la continuidad del consumo. Las redes personales, familiares y comunitarias se integran a la lógica de acceso, posibilitando la circulación de benzodiacepinas fuera del marco prescriptivo y mostrando que la regulación sanitaria es vivida como un obstáculo superable. Esta facilidad de acceso consolida un sistema de obtención flexible, sustentado tanto en la legitimación médica como en el intercambio social.

4. Reflexiones finales

El análisis desarrollado a lo largo de esta monografía permite sostener que el consumo de benzodiacepinas trasciende los casos aislados, estableciéndose como un dispositivo culturalmente globalizado que organiza, y es organizado por maneras compartidas de comprender el malestar y de circunscribir las formas de intervención. Lejos de reducirse a una respuesta individual frente a síntomas agudos, el uso de las BZD opera como un nodo relacional que articula discursos biomédicos, prácticas clínicas, redes informales de

intercambio y modos de subjetivación que en conjunto configuran una ecología del cuidado en la que el fármaco cumple simultáneamente funciones terapéuticas, simbólicas y reguladoras de las experiencias. Este análisis evidencia que el uso de las BZD funciona como una estrategia sostenida culturalmente mediante la cual los usuarios logran aliviar ciertas manifestaciones sintomáticas persistentes, aunque este alivio se encuentra matizado por los riesgos asociados a su consumo. La dependencia, en ocasiones, se ve reforzada por contextos que favorecen la medicalización, mostrando una marcada ambivalencia entre el control del malestar y la pérdida progresiva de autonomía subjetiva.

Esta configuración implica repercusiones significativas. Primero, la medicalización no aparece únicamente como un efecto de la biomedicina sobre casos individuales, sino como un proceso distributivo, institucional, discursivo y comunitario, que legitima la intervención farmacológica como primera línea de respuesta. Esta legitimación genera efectos concretos que reconfiguran biografías, redefinen los límites entre prevención y tratamiento y modifican lo que se considera tolerable o tratable. Segundo, la paradoja entre alivio inmediato y riesgos a largo plazo sitúa la gestión del consumo en el centro de la tensión entre autonomía y dependencia. La expansión de prácticas de autogestión, ajustes de dosis y estrategias de acceso informal, junto con las dificultades institucionales para su regulación, evidencian un desplazamiento del control terapéutico del médico hacia el paciente, que coexiste con una dependencia profunda de los saberes biomédicos y de los efectos del fármaco. Por tanto, la autonomía observada no anula la vulnerabilidad, sino que la reconfigura en términos de responsabilidad compartida por estructuras clínicas y sociales.

En tercer lugar, el carácter global de las experiencias de consumo implica un proceso cultural y narrativo que trasciende la dimensión clínica, integrándose en la vida cotidiana como recurso legítimo para sostener el equilibrio emocional y la funcionalidad, respondiendo a valores morales y sociales asociados al control, la productividad y el autocuidado.

Los marcos teóricos que articulan dimensiones socioculturales, biográficas y estructurales en esta línea, resultan fundamentales para comprender las narrativas analizadas, donde el vínculo con el fármaco implica procesos de subjetivación en los que este adquiere un rol identitario y relacional. Las categorías de dependencia o adherencia resultan insuficientes para captar la complejidad de estas dinámicas, en las que alivio, control y vulnerabilidad se entrelazan como dimensiones coexistentes de una misma experiencia.

Finalmente, se observan líneas claras para la investigación y la intervención, lo que incluye el desarrollo de estudios comparativos que integren variables institucionales y culturales, la evaluación de la efectividad de alternativas no farmacológicas y la generación de evidencia

sobre estrategias de supervisión y desprescripción. Más que erradicar el uso del fármaco, se trata de interrogar los modelos de bienestar que lo vuelven necesario, abriendo la posibilidad de imaginar formas de cuidado que reconozcan la agencia personal sin renunciar a la protección frente al sufrimiento. La evidencia resalta la necesidad de continuar desarrollando estudios empíricos locales que profundicen en las trayectorias de consumo, la regulación del acceso y las representaciones sociales del malestar, fortaleciendo una comprensión integral de los procesos de biomedicalización y de los vínculos entre sujetos, psicofármacos y saberes profesionales.

En cuanto a las limitaciones advertidas, el abordaje narrativo y la revisión analítica de la literatura ofrecen una mirada integradora que amplía el conocimiento disponible sobre las experiencias de consumo de benzodicepinas. No obstante, la cantidad de estudios centrados en las vivencias de los usuarios continúa siendo limitada, lo que aconseja cautela al extrapolar los hallazgos a contextos con dinámicas socioculturales y sistemas de salud diferenciados. Entre las principales limitaciones se destaca la focalización en testimonios subjetivos y la escasa inclusión de otras perspectivas relevantes, como las de profesionales, familiares o responsables de políticas públicas, así como la ausencia de abordajes longitudinales que permitan observar la evolución del consumo y sus significados. Aun así, el análisis realizado permite delinear matices valiosos sobre las experiencias narrativas con BZD y aporta un marco de referencia para la reflexión interdisciplinaria orientada a una comprensión integral del fenómeno.

Referencias

- Alvarenga, J. M., de Loyola Filho, A. I., Giacomini, K. C., Uchoa, E., & Firmo, J. O. A. (2015). Uso de benzodiazepínicos em idosos: o alívio de "jogar água no fogo", não pensar e dormir. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 18(2):249-258, DOI:10.1590/1809-9823.2015.14045
- Barboza, L., Artagaveytia, P., Speranza, N., Domínguez, V., & Tamosiunas, G. (2022). Segundo estudio de consumo de benzodiazepinas en una población uruguaya (2014-2018): el problema avanza. *Revista Médica del Uruguay*, 38(2), e38203. DOI:10.29193/RMU.38.2.2
- Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., Calisto, N., & Navarro, S. (2017). La controversia científico-técnica sobre las benzodiazepinas en profesionales de la salud pública de Uruguay. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 933-958. DOI:10.1590/S0103-73312017000400005
- Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., Calisto, N., Navarro, S., & Predebon, L. (2018). *Drugs and/or medications: Visions and controversies on benzodiazepines in Uruguay, between medical and non-medical discourses*. En M. Pillar., S. Iria., I. Porfirio., C. Vale., G. Lopez., G. Alano., M. Scheren., F. Tchinnene. (Coord). *18th IUAES World Congress: World (of) Encounters: The Past, Present and Future of Anthropological Knowledge*, (pp.459-473) Triboilha.
- Canham, S. L., Gallo, J., & Simoni-Wastila, L. (2014). Percepciones de la dependencia de las benzodiazepinas entre mujeres de 65 años o más. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(8), 872–888. DOI:10.1080/01634372.2014.901470
- Delano, L. (2025). *Unshrunk: A Story of Psychiatric Treatment Resistance*. Viking.
- Davis, J. E. (2020). *Chemically imbalanced: Everyday suffering, medication, and our troubled quest for self-mastery*. University of Chicago Press.
- Dumit, J. (2002). Drugs for Life. *Molecular Interventions*, 2(3) 124-127. DOI:10.1124/mi.2.3.124
- Dumit, J. y Greenslit, N. (2006). Informed Health and Ethical Identity Management. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30, 127-134. DOI:10.1007/s11013-006-9017-z

- Fegadolli, C., Carlini, E. de A., Delgado, D., Gómez, K., & Varela, N. (2019). Percepciones y experiencias de usuarios de benzodiazepinas en la atención primaria de salud en Cuba. *Saúde e Sociedade*, 28(4), 137–146.
- Grippaldi, E., & Bianchi, E. (2025). *Intimidades públicas y narrativas biográficas de experiencias de depresión en YouTube (Argentina, 2018–2024)*. *Astrolabio*, 34, 26–54. DOI:10.55441/1668.7515.n34.44335
- Gómez San Luis, A., & Almanza Avendaño, A. (2017). Benzodiazepinas: Narrativas de adicción y recuperación de una anestesióloga. *Salud y Drogas*, 17(1), 133-144. DOI:10.21134/haaj.v17i1.281
- Laporte, J. (2024). *Crónica de una sociedad intoxicada*. Península.
- Lins de Souza, A., Opaleye, S., & Noto, A.(2013). Contextos y patrones de uso indebido de benzodiazepinas entre mujeres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1131-1140.
- Martin, E. (2006). The pharmaceutical person. *BioSocieties*, 1(3), 273-287.
- Mato, M., Toledo, M., Olmos, I., Frontini, M., Nan, M., Parpal, F., & Montero, L. (2012). Estudio de consumo de Benzodiazepinas en la policlínica psiquiátrica del hospital Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 76 (1):25-34.
- Meccia. (2019). Cuéntame tu vida. Análisis sociobiográfico de narrativas del yo. En Ernesto Meccia (ed.), *Biografías y sociedad*, pp.63-96.UNL y Eudeba.
- Moncrieff, J. (2008). La creación del concepto de antidepresivo: un análisis histórico. *Ciencias Sociales y Medicina*, 66(11), 2346-2355.
- Moncrieff, J., & Cohen, D. (2005). Rethinking models of psychotropic drug action. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(3), 145-153.
- Navarro Denis, S. (2021.). *Psicología clínica y benzodiazepinas : un controvertido encuentro*. Ediciones Universitarias. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/48119>
- Palacio, A., & Bertel, K. (2024). *Narrativas del uso recreativo de benzodiazepinas. Análisis de un caso*. Universidad de Sucre. Disponible en: <https://repositorio.unisucra.edu.co/handle/001/1785>

Rose, N. (2007). Beyond medicalisation. *The Lancet*, 369(9562), 700-702.

Sismondo, S. (2004). Pharmaceutical Maneuvers. *Social Studies of Science*, 34(2), 149-159.

Zorzanelli, R., & de Marca, R. (2018). El caso del uso crónico de clonazepam en Río de Janeiro a través de las voces de los usuarios. *Salud Colectiva*, 8(2), 194–213.