
14. El placer es mío. Cannabis: ¿autoatención o automedicación?

Antoni Llorca Suárez

Resumen

Hablar de normalización y regulación del consumo supone revisar obligatoriamente conceptos relacionados con la salud como el de adicción, corporalidad/placer y autoatención/automedicación. Es recurrente al referirnos a los diferentes usos del cannabis u otras sustancias hablar de uso medicinal, autoatención o automedicación en salud, todos ellos procesos estructurales en toda sociedad. El uso de sustancias psicoactivas responde a ambos conceptos (autoatención y automedicación) ya sea como «remedios empíricos o como elementos simbólicos (en el contexto de múltiples rituales sociales), o como ambas cosas a la vez». En este artículo veremos cómo estos conceptos nos brindan una interesante oportunidad de análisis para describir diferentes formas de consumo.

Palabras clave: cannabis, autoatención, automedicación, regulación.

Abstract

Speaking of normalization and regulation of consumption necessarily involves reviewing health related concepts such as addiction, corporeality/pleasure and self-care/self-medication. It is recurrent when referring to the different uses of cannabis or other substances, to discuss medicinal use, self-care and self-medication healthcare, all structural processes in every society. The use of psychoactive substances responds to both concepts (self-care and self-medication) either as «empirical remedies or as symbolic elements (in the context of multiple social rituals), or as both at once». In this article, we will see how these concepts give us an interesting opportunity for analysis to describe different forms of consumption.

Keywords: cannabis, self-care, self-medication, regulation.

Introducción

La mayoría de investigadores y estudiosos de las ciencias sociales hemos forjado nuestra mirada hacia las drogas aprendiendo o trabajando

sobre una determinada visión social del consumo de sustancias ilegales, casi siempre basada en la problematización del mismo. Decorte (2011, p. 61) señala que los expertos y trabajadores del ámbito de las drogas estamos «infectados» por un tipo de «visión de túnel». En la rutina diaria nos enfrentamos a menudo con un cierto tipo de usuarios pertenecientes a subculturas específicas o con ciertos patrones de comportamiento, dando por sentado, algunas veces, que todos los grupos de usuarios de sustancias muestran las mismas características o se comportan de manera similar. El ejemplo que aquí nos ocupa, el del uso del cannabis, la sustancia que goza de mejor reputación entre las ilegales, puede ayudar a superar este sesgo metodológico.

Hablar de normalización y regulación del consumo supone revisar obligatoriamente conceptos relacionados con la salud como el de adicción, corporalidad/placer y autoatención/automedicación. En este capítulo veremos cómo estos conceptos nos brindan una interesante oportunidad de análisis para describir diferentes formas de consumo. Esto también implica reflexionar sobre la superación de los tradicionales clichés aplicados al fenómeno del uso de sustancias psicoactivas y aceptar que la mayoría de consumidores poseen la capacidad de autogobernarse y gestionar su cuota de riesgo.¹

El modelo de adicción como enfermedad

La adicción como enfermedad no surgió de la acumulación natural de descubrimientos científicos (Reinarman, 2005, p. 308), sino que fue inventada histórica y culturalmente bajo condiciones específicas, por actores e instituciones particulares y reproducida por medio de ciertas prácticas discursivas. Otros autores apuntan que inicialmente se gestó como un término «especulativamente neurobiológico», escasamente «científico» en lo metodológico y arraigado profundamente a intuiciones «psicológicas» (Apud y Romaní, 2016, p. 117). El concepto de adicción en realidad es un evocador término psicológico y médico cuyo significado ha cambiado notoriamente con el tiempo. Durante la

1. Basándome en datos del último informe mundial sobre drogas UNODC (2016), 250 millones de adultos (uno de cada veinte) manifiesta usar drogas ilegales (doce millones por vía inyectada). El 11,6 por 100 sufre trastornos relacionados.

mayor parte del siglo XX se relacionó con los términos de síndrome de abstinencia (dependencia y abstinencia) y se asoció con el consumo de heroína.

Peele (2010, p. 1), por ejemplo, arguye que, a pesar de que Charles O'Brien —líder del grupo para los trastornos relacionados con las sustancias para el nuevo DSM-V— sea un gran defensor de la noción de la adicción como enfermedad, no puede sustentar que nada de lo propuesto en el DSM-V apoye la idea de que tal síndrome se pueda explicar mejor si se entiende como una enfermedad crónica del cerebro. El retorno al uso de la terminología «adicción» y «trastornos adictivos», remplazando el de «dependencia» para referirse a los problemas relacionados con las sustancias, apela inmediatamente al clásico modelo bioquímico de la adicción, el cual fue aplicado a la heroína y a otros derivados y, después, se expandió al ser aplicado también a la cocaína y a la marihuana (introduciéndose en el DSM-V el síndrome de abstinencia al cannabis no existente en versiones anteriores). Obviamente estas sustancias tienen un perfil químico y farmacológico totalmente distinto.

Categorizar la realidad clínica, la de los trastornos mentales y del comportamiento, no es tarea fácil. Más difícil aún lo es en un trastorno con tan alta carga social (ej., disponibilidad y precio de la sustancia, alto nivel de prevalencia) y psicológica (ej., expectativas, percepción de riesgo de cada sustancia, procesos de aprendizaje). Sin negar el claro peso biológico de este trastorno, una mera explicación biológica es insuficiente para explicar esta compleja conducta, y menos tal como se han propuesto los criterios del trastorno relacionado con las sustancias y trastornos adictivos² (Becoña, 2014, p. 61).

2. Becoña (2014), sintetiza los principales cambios en el DSM-V respecto al IV de la siguiente manera: «Los principales cambios que el DSM-V introduce son los siguientes: 1) Se elimina el abuso y dependencia del DSM-IV y solo queda el Trastorno Relacionado con las Sustancias (TRS) como una suma de criterios de abuso y dependencia del DSM-IV. El diagnóstico se hace cuando la persona tiene dos o más síntomas de once a lo largo de un período de tiempo de doce meses. 2) Aparece el nivel de severidad: bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más) en función del número de criterios diagnósticos. Se ha sugerido que la categoría de baja equivale al abuso del DSM-IV, y las de moderado y severo a las de dependencia del DSM-IV. 3) Los once criterios proceden de unir los de abuso y dependencia del DSM-IV con las siguientes excepciones: a) Se elimina el ítem del DSM-IV referido a tener problemas legales (aduciendo que apenas se utilizaba), y b) Se añade el ítem de *craving*. 4) Los TRS se dividen en dos

A finales de los ochenta y principios de los noventa, la cocaína sustituyó a la heroína en el papel de droga prototipo de abuso, ya que nunca antes se había considerado que la cocaína pudiera producir «dependencia física». Sin embargo, tanto para la cocaína como para la heroína, los modelos actuales de la adicción —modelos ampliamente propagados por los medios de comunicación— reducen los patrones de consumo de drogas a sus propiedades químicas y las características biológicas del usuario. En la creación de este modelo, los debates científicos y clínicos junto con los debates públicos se basan en los resultados supuestamente típicos, inevitablemente adictivos, del consumo de cocaína repetido y compulsivo.

No tan solo no se consideraba una sustancia que producía dependencia física o fisiológica, sino que se hablaba de que únicamente producía dependencia psicológica. Por ese motivo se consideró en un primer momento menos nociva, pero con la progresiva equiparación al uso de heroína se forzó a que existiera sintomatología fisiológica o física en la deprivación. Este aspecto no se justifica por la falta de sustancia en el organismo sino por el desencadenamiento de síntomas secundarios asociados al *craving* o deseo de consumir, que se expresan de formas muy parecidas a los de un cuadro de ansiedad provocado por las ganas intensas de repetir determinadas sensaciones o efectos y que debido a su gran intensidad vivida por la persona como irreprimible, pueden llegar a tener —y cada vez se observa con mayor frecuencia— una expresión corporal. Es a partir de esta lenta y sutil transformación de la representación social y cultural de la relación de la cocaína o el cannabis con el sujeto que se produce la modificación en el DSM-V.

Continúa predominando el discurso basado en los experimentos con animales en el laboratorio en lugar de reforzar la imagen de que el uso de toda sustancia depende del entorno del usuario.³ En realidad,

grupos: a) trastornos por consumo de sustancias, y b) trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicación). Se mantienen la mayoría de los síndromes psiquiátricos inducidos por sustancias del DSM-IV (ej., depresión inducida por consumo de sustancias) y se amplían a otros (ej., trastorno bipolar inducido por el consumo de sustancias). 5) Aparece por primera vez en el DSM-V el trastorno de juego dentro de la categoría de trastorno por consumo de sustancias».

3. Uno de los ejemplos más paradigmáticos de reconstrucción del modelo de adicción como enfermedad fue el experimento denominado *Rat Park*. Un estudio sobre la adicción realizado a finales de 1970 (y publicado en 1980) por el psicólogo canadiense

incluso los más graves ejemplos de uso compulsivo de drogas pueden revertirse cuando se modifican elementos clave en la configuración contextual. Estos resultados deberían desempeñar actualmente un papel fundamental en ambas concepciones científicas y sociales de la adicción, pero no lo hacen. Continúan manteniendo un papel subsidiario dentro de lo que hemos denominado modelo biomédico, que ha creado el «modelo de adicción como enfermedad» a favor de sus intereses y el de las clases dominantes en una sociedad neoliberal que busca establecer mecanismos de control social para perpetuarse. Como afirman (Apud y Romaní, 2016, p. 123) todavía no se han integrado satisfactoriamente las estrategias y enfoques científicos de carácter sociocultural que toman en cuenta las relaciones entre sustancias, sujetos y contextos.

La in-corporación del placer desde una visión político-cultural

Uno de los principales beneficios del uso de sustancias psicoactivas, además de los beneficios de la socialización positiva que en la mayoría de los casos implica, o sus usos instrumentales, es la obtención de placer.⁴ La noción de placer está intrínsecamente ligada a vivencias corporales físicas y psíquicas fuertemente mediatizadas por la calidad y características del contexto en que suceden y de las personas que las experimentan. Las vivencias corporales nos invitan también a reflexionar sobre las distintas representaciones que elaboramos sobre el cuerpo. El ideal de cuerpo, en nuestra cultura (política y culturalmente correcto) es el de belleza, representado por un cuerpo fuerte, sano y autodisciplinado en consonancia con los valores culturales dominantes de autonomía, tenacidad, competitividad, eterna juventud y autocontrol (Scheper-Hughes y Lock, 1987, p. 25). Bajo esta idea política y cultural, el consumo de sustancias psicoactivas para alcanzar esta-

Bruce K. Alexander (2001) y sus colegas en la Universidad Simon Fraser en la Columbia Británica, Canadá. La hipótesis de Alexander era que las drogas no causan adicción, y que la aparente adicción a drogas opiáceas comúnmente observadas en ratas de laboratorio expuestas a ella es atribuible a sus condiciones de vida, y no a cualquier propiedad adictiva de la droga en sí.

4. Goce o disfrute físico o espiritual producido por la realización o la percepción de algo que gusta o se considera bueno (RAE).

dos de placer o como instrumento para conseguir determinados estados mentales o adaptarse a determinados ritmos de vida se ha considerado siempre una conducta desviada y fuera de control, y en consecuencia ha transformado la visión de nuestro cuerpo en un cuerpo contaminado.

En realidad, la idea de que los individuos identificados como desviados son diferentes de las personas «normales» está profundamente arraigada en el pensamiento científico y popular occidental y toma diferentes formas en relación a determinados contextos históricos y políticos.

Con raíces tempranas en estudios comparativos de Aristóteles, la idea de que el carácter moral tiene sus raíces en el cuerpo ha estructurado una amplia variedad de estudios médicos y científicos modernos, y da forma a las ficciones populares que circulan sobre los cuerpos de todos los tipos de personas de las cuales se considerará que de alguna manera su comportamiento es aberrante o perjudicial para la sociedad (Terry y Urla, 1995, p. 11).

En el denominado fenómeno de uso de droga, la dinámica del conflicto social está también localizada en el concepto de cuerpo en un sentido amplio, es decir, las divisiones entre la salud y la patología, la normalidad y la desviación, la pureza y la adulteración. Esta es, sin duda, una cuestión compleja y a menudo conflictiva de entender las relaciones sociales tanto a nivel micro como macro. Ciertamente, en nuestro contexto cultural contemporáneo, los cuerpos se han convertido en «sitios» de luchas políticas, precisamente, sobre la representación y sobre el significado de lo que es normal y lo que no lo es. Scheper-Hughes y Lock (1987, p. 26) afirman que las culturas son disciplinas que proporcionan códigos y pautas sociales para la domesticación del cuerpo individual de acuerdo a las necesidades de la política y del orden social. Por ejemplo, Douglas (1973, p. 173) apunta que la cultura y los ritos «actúan sobre el cuerpo político mediante el instrumento simbólico del cuerpo físico». De esta manera se propone el debate teórico sobre una concepción triple del cuerpo como objeto de estudio, el cuerpo individual, social y político.

A través de sus hábitos, comportamientos y significaciones, los cuerpos se han territorializado, inscrito o moldeado en relación a posicionamientos políticos sobre lo que debería ser permitido y lo que debe prohibirse, y lo podemos observar en temas tan dispares como el

aborto, la reproducción, la homosexualidad, la genética, el consumo de drogas, el crimen y el control de enfermedades (Terry y Urla, 1995, pp. 15-16). El cuerpo, de esta manera, se entiende como un dispositivo de adaptación al medio y vehículo para la expresión de la identidad y la interacción social. En consecuencia, se verá modificado, afectado o moldeado por las estructuras sociales y las distintas conceptualizaciones o culturas del riesgo que legitiman o no determinadas prácticas como el uso de sustancias psicoactivas.

De esta manera podemos entender mejor la naturaleza de los miedos alrededor de las drogas y la forma en que se manifiestan como fuerzas restrictivas o como fundamentos de la política y la intervención en el ámbito local e internacional. Esto supone que debemos realizar un esfuerzo mayor para redefinir el papel de las sustancias psicoactivas en nuestra sociedad empezando, por ejemplo, a aceptar, subrayar y demostrar que no todos los usos son necesariamente problemáticos.

¿Autoatención o automedicación?

Es recurrente al referirnos a los diferentes usos del cannabis u otras sustancias hablar de uso medicinal, autoatención o automedicación en salud, todos ellos procesos inherentes en toda sociedad. Estos términos se usan concretamente para definir procesos relacionados con la atención a la enfermedad o la prevención de la misma, así que debemos ser muy cautelosos y aplicar un análisis profundo si queremos por lo menos hablar con cierta propiedad de los mismos y no realizar asociaciones erróneas. Al hilo de lo que se ha escrito en este capítulo podemos debatir si el uso de sustancias con el fin último de obtener placer, bienestar o relacionarnos positivamente con nuestras redes formales e informales, es o no es, una cuestión de autoatención relacionada con la salud o se limita a una simple actividad hedonista pudiendo también discutir de qué manera estos conceptos pueden articularse.

Dando ya por sentado que se acepta el consumo de sustancias psicoactivas como algo inherente a la humanidad en sí misma con distintos fines, mágicos, religiosos, lúdicos, médicos, o como forma de acceder a determinados conocimientos entre otros aspectos de la vida cotidiana, debemos volver a insistir en considerar la automedicación, en un sentido amplio (dentro de los denominados procesos de autoa-

tención) como otro elemento universal del comportamiento humano. Más aun, la autoatención implica también decidir la autoprescripción o automedicación y el uso de un tratamiento de forma autónoma o relativamente autónoma (Menéndez, 2005, p. 55).

El uso de sustancias psicoactivas responde a ambos conceptos (autoatención y automedicación) ya sea como «remedios empíricos o como elementos simbólicos (en el contexto de múltiples rituales sociales), o como ambas cosas a la vez» (Romaní, 1997, p. 41).

Según Armando Haro, uno de los antropólogos que mejor ha sistematizado la obra de Menéndez referente a los procesos de salud-enfermedad-atención/prevenición,⁵ consideramos autoatención, cuidados legos o *health lay care* a una dimensión estructural que se da en todas las sociedades, y que se materializa en actividades que abarcan una amplia gama de matices y que no siempre están directamente relacionadas con la salud.

Comienzan con el cuidado de nosotros mismos, las rutinas y los hábitos cotidianos, los ritmos de trabajo y reposo, las relaciones sociales que cultivamos y otras conductas protectoras de la salud, la prevención y también el autotratamiento o automedicación en caso de enfermedades. Comprenden también la activación de redes familiares y sociales y, en ciertos casos, la de grupos organizados (autogestión) independientes de los sectores médicos profesionales (Haro, 2000, p. 103). El mismo autor distingue sutilmente entre autocuidado (prácticas cotidianas tales como ducharse, lavarse los dientes, usar preservativo o diafragma, realizar gimnasia, prevenir accidentes o contagios...) y autoatención (referido más concretamente a las respuestas que generamos frente a la enfermedad).

Para Menéndez (2005, p. 55) existen dos niveles de autoatención, uno amplio y otro restringido. El primer nivel refiere a todas las formas y prácticas que se requieren para asegurar la reproducción bio-social de los sujetos y grupos a nivel de los micro grupos y del grupo doméstico, y el segundo remite a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso salud/enfermedad atención, siendo muy difícil de distinguir o delimitar una frontera clara entre las dos.

5. Ver sobre saber médico y alcoholismo: Menéndez, 1981, 1982, 1984; Menéndez y Ramírez, 1980 y sobre el proceso de salud/enfermedad/atención/prevenición y saber popular: Menéndez, 1990; Menéndez y Di Pardo, 1996, 2003.

La automedicación forma parte de la autoatención, y el haber reducido la autoatención a automedicación es justamente un efecto del saber biomédico. Es importante tener en cuenta que automedicación no se refiere solo al uso de productos de la industria farmacéutica, sino que también se refiere al uso de alcohol, cannabis, infusiones u otras prácticas como masajes, cataplasmas, etc.

Partiendo de esta base teórica articularé las siguientes categorizaciones para obtener un marco conceptual más amplio sobre el uso de cannabis en nuestro contexto.

Usos lúdico-recreacionales responden a una lógica de autoatención en sentido amplio porque:

- No se usa como remedio empírico para determinadas dolencias y padecimientos ni está directamente asociado a un objetivo de salud.
- La experimentación de placer es uno de los efectos deseados.
- No intervienen necesariamente expertos, médicos ni instituciones.
- Implica el cultivo de relaciones sociales como una conducta indirectamente protectora o de promoción de la salud.
- Es principalmente un elemento simbólico en el contexto de distintos rituales sociales y en el propio estilo de vida contemporáneo.
- Tiene que ver con la gestión de los ritmos de trabajo y reposo.
- En muchos casos es un hábito cotidiano.
- Comprende la activación de redes sociales informales, familiares o de grupos organizados.
- Implica prácticas de autocuidado que sugieren la movilización de redes informales y que tienen que ver con la lógica de reducción de daños y riesgos: vaporizar, uso de filtros, elegir determinado tipo de producto, conocer los síntomas y signos de alerta, etc.
- No afecta al desarrollo de las funciones requeridas en la vida cotidiana.

Usos medicinales responden a una lógica de autoatención en sentido restringido (automedicación) porque:

- Es usado específicamente como remedio empírico para determinadas dolencias y padecimientos.
- La experimentación de placer no es necesariamente uno de los efectos deseados.

- Intervienen en la mayoría de los casos expertos y/o médicos e incluso instituciones.
- No implica necesariamente el cultivo de relaciones sociales como una conducta indirectamente protectora o de promoción de la salud.
- No responde a las características de elemento simbólico en el contexto de distintos rituales sociales ni en el propio estilo de vida contemporáneo.
- Tiene que ver con la gestión de los ritmos de trabajo y reposo.
- No puede considerarse un hábito cotidiano.
- Puede comprender la activación de redes sociales informales, familiares o de grupos organizados.
- Implica prácticas guiadas de autocuidado que tienen que ver con la lógica de reducción de daños y riesgos: vaporizar, uso de filtros, elegir determinado tipo de producto o principio activo, conocer los síntomas y signos de alerta, etc.
- No afecta al desarrollo de las funciones requeridas en la vida cotidiana.

En los países en que el uso medicinal está permitido legalmente ésta práctica deja de considerarse automedicación, ejemplificando de manera modélica una de las posibles transacciones y articulaciones entre la biomedicina y la autoatención.

Existen otros modelos de uso que podemos insertar dentro de la categoría automedicación que responden a patrones de uso problemático o dependiente y que:

- Responden a la lógica de remedio empírico para determinadas dolencias y padecimientos.
- La experimentación de placer no es necesariamente uno de los efectos deseados.
- No intervienen expertos, médicos ni instituciones.
- No implica necesariamente el cultivo de relaciones sociales como una conducta indirectamente protectora o de promoción de la salud.
- No responde necesariamente a las características de elemento simbólico en el contexto de distintos rituales sociales ni en el propio estilo de vida contemporáneo.
- Tiene que ver pocas veces con la gestión de los ritmos de trabajo y reposo.

- En muchos casos es un hábito cotidiano.
- No comprende necesariamente la activación de redes sociales informales, familiares o de grupos organizados.
- No necesariamente implica prácticas de autocuidado que tienen que ver con la lógica de reducción de daños y riesgos.
- Sí pueden afectar al desarrollo de las funciones de la vida cotidiana.

Usos lúdicos-recreacionales responden a una lógica de autoatención en sentido amplio porque:	Usos medicinales, responden a una lógica de autoatención en sentido restringido (automedicación) porque:	Usos que podemos insertar dentro de la categoría automedicación que responden a patrones problemáticos o dependientes porque:
No se usa como remedio empírico para determinadas dolencias y padecimientos, ni está directamente asociado a un objetivo de salud.	Es usado específicamente como remedio empírico para determinadas dolencias y padecimientos.	Responden a la lógica de remedio empírico para determinadas dolencias y padecimientos.
La experimentación de placer es uno de los efectos deseados.	La experimentación de placer no es necesariamente uno de los efectos deseados.	La experimentación de placer no es necesariamente uno de los efectos deseados.
No intervienen necesariamente expertos, médicos ni instituciones.	Intervienen en la mayoría de los casos expertos y/o médicos e incluso instituciones.	No intervienen expertos, médicos ni instituciones.
Implica el cultivo de relaciones sociales como una conducta indirectamente protectora o de promoción de la salud.	No implica necesariamente el cultivo de relaciones sociales como una conducta indirectamente protectora o de promoción de la salud.	No implica necesariamente el cultivo de relaciones sociales como una conducta indirectamente protectora o de promoción de la salud.
Es principalmente un elemento simbólico en el contexto de distintos rituales sociales y en el propio estilo de vida contemporáneo.	No responde a las características de elemento simbólico en el contexto de distintos rituales sociales ni en el propio estilo de vida contemporáneo.	No responde necesariamente a las características de elemento simbólico en el contexto de distintos rituales sociales ni en el propio estilo de vida contemporáneo.
Tiene que ver con la gestión de los ritmos de trabajo y reposo.	Tiene que ver con la gestión de los ritmos de trabajo y reposo.	Tiene que ver pocas veces con la gestión de los ritmos de trabajo y reposo.
En muchos casos es un hábito cotidiano.	No puede considerarse un hábito cotidiano.	En muchos casos es un hábito cotidiano.
Comprende la activación de redes sociales informales, familiares o de grupos organizados.	Puede comprender la activación de redes sociales informales, familiares o de grupos organizados.	No comprende necesariamente la activación de redes sociales informales, familiares o de grupos organizados.
Implica prácticas de autocuidado que sugieren la movilización de redes informales y tienen que ver con la lógica de reducción de daños y riesgos: vaporizar, uso de filtros, elegir determinado tipo de producto, conocer los síntomas y signos de alerta, etc.	Implica prácticas guiadas de autocuidado que tienen que ver con la lógica de reducción de daños y riesgos: vaporizar, uso de filtros, elegir determinado tipo de producto o principio activo, conocer los síntomas y signos de alerta, etc.	No necesariamente implica prácticas de autocuidado que tienen que ver con la lógica de reducción de daños y riesgos.
No afecta al desarrollo de las funciones requeridas en la vida cotidiana.	No afecta al desarrollo de las funciones requeridas en la vida cotidiana.	Sí pueden afectar al desarrollo de las funciones de la vida cotidiana.

FIGURA 1. Modelos de usos cannabis autoatención/automedicación.

Los usuarios recreativos quizá solo busquen placer, mitigar el estrés, socializar un espacio-momento, materializar la identificación con una determinada subcultura o estilo de vida, alinear una sesión de sexo, escuchar música, aligerar los tedios de la rutina laboral o estudiantil, y un largo etc., como el que aprecia y usa un buen vino para relajarse y obtener determinadas cuotas de placer. Existe, pero, siempre el riesgo, igual que como el bebedor de vino, que un consumidor recreativo de cannabis pueda convertir su consumo en una actividad no controlada y consuma más de lo que le gustaría o ya no pueda controlar sus efectos o gestionar su uso según sus necesidades o la medida obtención de placer. Éstos, por el deseo de suprimir sentimientos negativos, males-

tares existenciales, ansiedad, estrés, problemas personales y relacionales, o para mitigar los malestares producidos por algún problema de salud mental latente o subyacente ejemplifican así un modelo de «automedicación», asociado directamente —aunque quizá no conscientemente— al uso de sustancias con el fin de solucionar algún problema de salud determinado.

Conclusiones

Tratar el fenómeno del uso de cannabis y otras sustancias desde perspectivas no problematizadoras, analizar y proponer debates en torno a la normalización del consumo como fase previa a posibles escenarios de regularización, no es tarea fácil, y no agrada al establishment político-científico ni a la mayoría de la opinión pública. Desde mi punto de vista, y esto es lo que he propuesto en este capítulo, no debemos dejar de aportar duras críticas a la actual legislación prohibicionista con sólidos argumentos, al mismo tiempo que no podemos dejar de proponer marcos de análisis y propuestas para que el debate sea constructivo.

Respecto a las críticas al prohibicionismo y al concepto de adicción, no solo es necesario entender su raíz ideológica y las causas que permitieron que se hayan convertido en la política hegemónica mundial sobre sustancias psicoactivas, sino que también debemos despertar cierta conciencia sobre las consecuencias que este tipo de políticas arrojan sobre los individuos. En este caso, se han propuesto algunas ideas de cómo el prohibicionismo no solo afecta a las sustancias, sino que en realidad ejerce un gran poder y control sobre nuestras libertades y nuestro cuerpo en última instancia. Éste, como dispositivo de adaptación al medio y vehículo para expresarnos, relacionarnos y en definitiva vivir en sociedad está siendo moldeado y castigado por una determinada visión o ideal de cómo debe ser, de qué manera debemos entender la salud y qué estilo de vida es el correcto. Al acercarnos a las sustancias ilegales, la coacción y la percepción del riesgo construida al respecto —no tanto por sus propiedades farmacológicas sino más por su ilegalidad— niegan e impiden nuestro derecho a la búsqueda de placer, al mismo tiempo que se generan dinámicas de estigmatización y se legitiman conceptos como el de desviación.

Otra de las propuestas presentadas en este capítulo ha sido la de superar el modelo de adicción como enfermedad. La adicción se presenta generalmente como un comportamiento individual aislado y/o como una enfermedad del cerebro y no reconoce el impacto del contexto sociocultural que varía según las culturas y que afecta al comportamiento o a la motivación para el consumo de sustancias psicoactivas. Como ya hemos señalado, el concepto de adicción como enfermedad no surge de la acumulación natural de descubrimientos científicos objetivos, sino que se ha ido configurando histórica y culturalmente bajo condiciones específicas y por determinadas instituciones de poder que se reproducen mediante la imposición de discursos científicas.

Por último, se han revisado las teorías de la autoatención y la automedicación para resaltar el componente universal estructural en toda sociedad que entraña todo uso de sustancias psicoactivas, para el tratamiento de enfermedades y malestares y/o para la acomodación y optimización a determinados estilos de vida. Esto nos permite obtener un marco de análisis más profundo y amplio, no solo para comprender este fenómeno, sino para reivindicar prácticas que se han desnaturalizado y que se han dotado de un estatus ilegal y de estigmatización de manera arbitraria para utilizarlas como herramientas de control social desaprovechando sus potencialidades. Desde este punto de vista un escenario de regulación del cannabis solo puede traer beneficios para la sociedad, entendiendo que la regulación no puede concebirse sin un despliegue proporcional de medidas educativas, de reducción de daños y de promoción de la salud.

Referencias bibliográficas

- Alexander, Bruce K. (2001), *The Myth of Drug-Induced Addiction, A paper delivered to the Canadian Senate*, January 2001, retrieved December 12th, 2004.
- Apud, Ismael y Oriol Romaní (2016), «La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia», *Health and Addictions*, 16 (2), pp. 115-125.
- Becoña, Elisardo (2014), «Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos», *Revista Iberoamericana de psicología*, 110, pp. 58-61.

- Decorte, Tom (2011), «Blinding ourselves with science: the chronic infections of our thinking on psychoactive substances», en Geoffrey Hunt, Maitena Milhet y Henri Bergeron (eds.), *Drugs and Culture Knowledge, Consumption and Policy*, Ashgate Publishing Limited, Farnham, pp. 33-52.
- Douglas, Mary (1973), *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de pureza y contaminación*, Siglo XXI, Madrid, Original 1966.
- Haro, Armando (2000), «Cuidados profanos una dimensión ambigua en la atención de la salud», en Enrique Perdiguero y Josep Maria Comelles (eds.), *Medicina y cultura: Estudios entre la Medicina y la antropología*, Edicions Bellaterra, Barcelona, pp. 101-162.
- Menéndez, Eduardo (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, México.
- (1982), «Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes», en Eduardo Menéndez (ed.), *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*, Casa Chata/CIESAS, México, pp. 4-52.
- (1984), *Descripción y análisis de las representaciones y prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en niños menores de cinco años en una comunidad de Guanajuato*, Ms, México.
- (1990), *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Casa Chata/CIESAS, México.
- (2005), «Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos», *Revista de Antropología Social*, 1, pp. 33-69.
- Menéndez, Eduardo y Renée Di Pardo (1996), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, CIESAS. Col. M. Othon de Mendizabal, México.
- (2003), *El proceso de alcoholización en México. El alcoholismo y los médicos del segundo y tercer nivel de atención*, Manuscrito, México.
- Menéndez, Eduardo y Susana Ramírez (1980), *Producción social y reproducción ideológica de los procesos de salud/enfermedad en una comunidad yucateca*, Manuscrito, México.
- Peele, Stanton (24 de agosto de 2010), «The meaning of addiction: DSM-5. Gives the lie to addiction as a chronic brain disease», *Psychiatric Times*, recuperado de <<http://www.psychiatrictimes.com>>.
- Reinarman, C. (2005), «Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease», *Addiction Research and Theory*, 13, pp. 307-320.
- Romaní, Oriol (1997), «Etnografía y drogas. Discursos y prácticas», *Nueva Antropología*, XVI (52), pp. 39-66.
- Scheper-Hughes, Nancy y Margaret Lock (1987), «The Mindful Body: A Pro-

legomenon to future work in Medical Anthropology», *Medical Anthropology Quarterly*, 1, pp. 6-41.

Terry, Jennifer y Jacqueline Urla (1995), *Deviant Bodies. Critical Perspectives on difference in science and popular culture*, Indiana University Press, Bloomington and Indianapolis.

UNODC (2016), *Informe Mundial sobre las drogas 2016*, Resumen Ejecutivo, UNODC, Viena.