



Scripta Ethnologica

ISSN: 0325-6669

ISSN: 1669-0990

caeasecretaria@gmail.com

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Argentina

Acosta, Luis Ernesto; Lavagnino, Nicolás José

**Construcción de una terapia de cannabis, autocultivo y autoatención como
camino para mejorar la calidad de vida: estudio de un caso-ejemplo en Argentina.**

Scripta Ethnologica, vol. XLIV, núm. 1, 2022, Enero-Diciembre, pp. 31-52

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14871844001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

CONSTRUCCIÓN DE UNA TERAPIA DE CANNABIS, AUTOCULTIVO Y AUTOATENCIÓN COMO CAMINO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA: ESTUDIO DE UN CASO-EJEMPLO EN ARGENTINA

Luis Ernesto Acosta* y Nicolás José Lavagnino**

Title: CANNABIS THERAPY CONSTRUCTION, SELF-CULTIVATION AND SELF-CARE AS A WAY TO IMPROVE QUALITY OF LIFE: A CASE STUDY IN ARGENTINA.

Summary: In the present work we addressed a case-example of cannabis therapy of a mother and her son diagnosed with Autism Spectrum Disorder. Starting from previous studies on the network like construction of cannabis therapy based on “know-how” exchanges and classic Menéndez’s medical anthropology categories, we describe and analyze a contemporary case-example. The cannabis therapy experience reported efficiently improve health and life quality of the people who practice it, in a scenario where the hegemonic biomedical model did not seem to offer satisfactory answers. We propose that cannabis therapy could be included in self-care medical model and implies a construction of a “know-how” in the daily life, based on “trial and error”, with a certain autonomy and horizontal socialization. A different process from those based on scientific theories and methods that are the basis of biomedical therapies. It was also observed that the interaction with different instances of biomedicine presents a series of permanent transactions that is not univocal of rejection and subordination, but rather dynamic forms of interaction. The case-example shown here is part of other similar trajectories experienced by women mothers of children with pain and suffering, who are inserted into therapeutic cannabis networks of growing importance. Which makes it unavoidable to prioritize the non-professional know-how produced. In fact, in that proves, self-cultivation of the plant stands out as the key aspect to avoid commodification attempts and promote this health action with high therapeutic value.

Keywords: Cannabis Therapy, Case-study, Self-cultivation, Self-care medical model, Biomedical model.

Resumen: En el presente trabajo se aborda un caso-ejemplo de una terapia de cannabis de una madre y su hijo que fuera diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista. Partiendo de estudios previos sobre la construcción en redes de intercambio de un “saber-hacer” sobre el cannabis terapéutico y de las categorías clásicas de la antropología médica de Menéndez, describimos y analizamos el caso-ejemplo contemporáneo seleccionado. La experiencia de terapia de cannabis relatada muestra que funciona de forma eficiente para mejorar la vida y la salud de las personas que la practican, frente a un panorama donde la biomedicina no parecía ofrecer respuestas satisfactorias. Proponemos que la terapia de cannabis se enmarca en el modelo de autoatención de los padecimientos e implica la construcción de un saber-hacer desde la propia vida cotidiana

*[ORCID ID: 0000-0002-5088-1411](https://orcid.org/0000-0002-5088-1411). Laboratorio de Producción de Aceite de Cannabis con Fines de Investigación, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. E-mail: luisacosta79@gmail.com

**[ORCID ID: 0000-0001-9737-3820](https://orcid.org/0000-0001-9737-3820). Grupo de Filosofía de la Biología, FFyL – FCEyN, Universidad de Buenos Aires - CONICET Argentina. E-mail: nlavagnino@gmail.com

con cierta autonomía, a partir de “prueba y error” y socialización horizontal; es decir un proceso diferente a los basados en teorías y métodos científicos que son la base de las terapias del modelo biomédico hegemónico. Se observó también la interacción con diferentes instancias de la biomedicina presenta una serie de transacciones permanentes que no es unívoca de rechazo y subordinación, sino que presenta formas dinámicas de interacción. El caso-ejemplo aquí mostrado forma parte de otros recorridos similares transitados por mujeres madres de niños/as con dolores y padecimientos que se insertan en redes de cannabis terapéutico de creciente importancia en la actualidad, lo que vuelve ineludible jerarquizar el saber-hacer no profesional producido. De hecho, en dicha jerarquización se destaca al autocultivo de la planta como el aspecto clave para evitar intentos de mercantilización y potenciar esta acción de salud con valor terapéutico alto.

Palabras Claves: Cannabis Terapéutico, Caso-ejemplo, Autocultivo, Modelo médico de autoatención, Modelo biomédico.

Introducción

Nuestro artículo aborda el cultivo y utilización de la planta de *Cannabis sativa* L. (cannabis o marihuana en el lenguaje popular) con fines terapéuticos en la Argentina. Tomamos un caso contemporáneo que funciona como caso-ejemplo de otras experiencias similares. Se trata de la experiencia de Gabriela cuyo hijo Santiago fuera diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y en algún momento de sus vidas emprendieron una terapia de cannabis (utilizamos seudónimos para preservar la privacidad e identidad de las personas). El abordaje de esta experiencia nos permitirá, a partir de una serie de hipótesis de trabajo, conocer las representaciones que Gabriela tiene sobre la construcción de la terapia de cannabis, el intercambio con otras personas y organizaciones relacionadas a dicha terapia (cultivadoras y usuarias), y también el vínculo con el área de la salud.

El marco legal respecto al uso terapéutico del cannabis en Argentina muestra que los preparados a base de cannabis para uso medicinal

fueron de venta libre en farmacias y droguerías argentinas hasta 1919, cuando un decreto limitó su comercialización. Las leyes siguientes fueron de carácter punitivo, llegando finalmente en 1989 a la criminalización con la sanción de la ley 23.737 (ley de estupefacientes), que penaliza la tenencia (plantas, hojas, semillas), el cultivo, y todo consumo de cannabis. Luego, el primer registro local de uso terapéutico del cannabis dentro de un marco legal se remonta a 2015. Una niña de dos años con diagnóstico de síndrome de West (un tipo de encefalopatía epiléptica infantil muy severa y poco frecuente), que obtiene la autorización para la importación de aceite de cannabis rico en CBD (1) contemplado para su tratamiento. En octubre de 2016, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) de Argentina comunicó que la única terapéutica autorizada sería para las epilepsias refractarias y a través de fallos específicos. En 2017 se sancionó la Ley 27.350 de “Investigación Médica y Científica del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus De-

rivados”, la cual no habilitaba el cultivo por parte de la población pero si la importación de aceites de cannabis (Labiano, 2018; Taratuto et al, 2020). Luego, en marzo de 2021, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina dictó la Resolución N°800/2021, por medio de la cual se aprueba el Sistema de Registro del Programa de Cannabis (“REPROCANN”), una base de datos que registra personas que cuenten con las condiciones para acceder a un cultivo controlado de la planta de cannabis, a través de un certificado emitido por dicho ministerio. La resolución permite el cultivo y transporte de cierta cantidad limitada de plantas, extractos de aceites y flores secas (cantidades que podrán ser revisadas y actualizadas). Por último, se promulgó la Ley 27.669 en mayo del 2022 que establece el marco regulatorio de la industria del cannabis medicinal y el cáñamo industrial. También crea la Agencia Regulatoria de la Industria del Cáñamo y del Cannabis Medicinal (ARICCAME), que tiene entre sus funciones regular, administrar y fiscalizar toda la cadena productiva de cannabis y cáñamo.

En relación directa con la elaboración de la legislación respecto a la terapia de cannabis transcurrían experiencias y recorridos de varias organizaciones activistas involucradas en redes de cooperación e intercambio de saberes y prácticas en torno al uso terapéutico de cannabis (Díaz, 2020a,b,c). En las investigaciones etnográficas de Díaz (2020a,b) se relata que en la década de los 90s del siglo XX, el cannabis se proponía por parte de especialistas del área de salud como estrategia de “reducción de daños” para el consumo problemático de otras drogas; y también para disminuir los efectos secundarios de los tratamientos con drogas

legales en personas con VIH-SIDA y cáncer. Luego, el activismo sobre el uso terapéutico de cannabis se extendió a familiares de niños con patologías complejas. Es así que para mediados de la segunda década del siglo XXI había en Argentina varias agrupaciones activistas de cultivadoras y de usuaries de cannabis terapéutico. En términos de avances en derechos, a partir de 2016 se generó un consenso sobre impulsar y demandar una ley específica para el uso terapéutico del cannabis, lucha que forjó las condiciones necesarias para que en Argentina se sancionara en 2017 la ley 27.350 y luego la reglamentación en la Resolución N°800/2021, mencionadas anteriormente. Un eje central en torno a las experiencias de uso terapéutico de cannabis es el lugar fundamental que ocupa el desarrollo de saberes en torno a todo lo que tenga que ver con la planta, en tanto conduce a la creación de experticia en la propia práctica. Como señala también Díaz (2020c), las organizaciones activistas han montado dispositivos de ayuda, contención y cuidados a usuaries y sus familias que incluyen el proceso de cultivo de la planta, técnicas de extracción y producción de aceites, dosificación, etc.; procesos que muchas veces se dan en contacto o con acompañamiento de profesionales de la salud (Díaz, 2020a,b,c). A dicha construcción colectiva, Díaz (2020a) la caracteriza como “conjuntos de saber y saber-hacer incorporados y reiterados tanto en prácticas como en la interacción entre sujetos” (p. 3), categoría que retomamos en la presente investigación. De todo este entramado se derivan algunos interrogantes que nos interpelaron a lo largo de la investigación: ¿cuáles son los aspectos singulares en la construcción de ese saber-hacer en torno al cannabis terapéu-

tico, desarrollado en el ámbito doméstico en la cotidianidad? ¿cuáles son los vínculos de estas terapias no tradicionales con la biomedicina? Respecto a la terapia de cannabis para tratar niños con diagnóstico de TEA, se han reportado en los últimos años nueve estudios metodológicamente diversos en Austria, Brasil, E.E.U.U, Inglaterra e Israel que muestran efectos clínicos positivos, una buena eficacia y seguridad de la terapia (ver la revisión de Silva Junior et al, 2021). En Latinoamérica hay además un reporte de caso publicado en Ecuador (Pesántez Ríos et al, 2021). También relatos de experiencias en diferentes plataformas de divulgación no académicas y que se comparten entre usuarios, se pueden encontrar algunas en Díaz (2020b). En definitiva, en este artículo nos proponemos como objetivo describir y analizar la experiencia de construcción de un saber-hacer en torno al autocultivo y la autoatención con terapia de cannabis, tomando como caso-ejemplo la experiencia de Gabriela y su hijo Santiago, para dar cuenta de recorridos similares transitados por mujeres madres de niños con distintos padecimientos y/o diagnósticos que desarrollan su experiencia con el cannabis terapéutico. Al mismo tiempo buscamos entender de qué modo se articula ese saber-hacer con el conocimiento y las prácticas de la biomedicina. En el panorama actual de la bibliografía sobre terapia de cannabis y TEA, la experiencia aquí presentada, que funciona como caso-ejemplo de otras similares, puede aportar ciertas singularidades propias del contexto contemporáneo en Argentina; como también a la expresión de las propias vivencias con la terapia de quienes las llevan adelante en sus vidas.

Terapia de cannabis como modelo de autoatención de los padecimientos en transacciones permanentes con la biomedicina como modelo médico hegemónico

Tal como plantea Menéndez una de las características del proceso hegemonzador de la biomedicina es que “(...) ha tratado de expandirse sobre la población buscando excluir, eliminar y/o subordinar a las otras formas de atención” (Menéndez, 2020 [1990], p. 88). Es así que, en esta conceptualización clásica respecto a los modelos de atención de los padecimientos, el fortalecimiento de la biomedicina como modelo médico hegemónico (MMH) acompañó el abandono de otras prácticas médicas, como por ejemplo buena parte de la fitomedicina. En dicho caso, asignándole valoraciones negativas que se alejaban de aquellas del MMH, entendiéndola como brujería o chamanismo. Es en este contexto que, como mencionamos en la sección anterior, la población en general transita dificultades para practicar la terapia de cannabis. Es también en este proceso que el personal de salud ha mostrado resistencia a usar el cannabis como herramienta terapéutica por cuestiones legales y también porque carecía de algunas de las características principales de la biomedicina hegemónica. Al respecto, algunas de las características principales del MMH según Menéndez, que pueden resultar relevantes para el análisis son: biologismo; identificación ideológica con la racionalidad científica; relación médico-paciente asimétrica; relación de subordinación social y técnica del paciente; concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; inducción a la participación subordinada y pasiva de los “consumidores” de acciones de salud;

producción de acciones que tienden a excluir al “consumidor” del saber médico (Menéndez, 2020 [1990]; 2003).

Además del mencionado MMH, en su conceptualización clásica Menéndez propone otros modelos de atención de los padecimientos subalternos en nuestras sociedades. Uno de los más extendido, y que nos interesa particularmente, es el de autoatención (Menéndez 2020 [1990]; 2003). La caracterización que Menéndez (2003) hace de la autoatención es: “(...) representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma.” (p. 198). Particularmente nos interesa la versión restringida de autoatención, “(...) que refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso s/e/a” (Menéndez, 2003, p. 199). El autor plantea que lejos de ser compartimentos estancos, se dan entre los diferentes modelos médicos relaciones estrechas, impulsadas sobre todo por las prácticas y representaciones de las personas y conjuntos sociales que los utilizan, aunque desde el sector salud se tienda a ignorar, marginar y/o negar a los modelos no biomédicos (Menéndez, 2003). Por lo tanto, sucede de forma dinámica lo que se caracteriza como un “sistema de transacciones permanentes” entre los modelos, donde

no es posible pensar un escenario de rechazo y paralelización total sino que se dan relaciones y articulaciones (Menéndez, 1982; 2003). Lo que Menéndez señala como “(...) una relación dialéctica con la práctica médica y con las industrias de la salud y de la enfermedad” (1982, p. 176). Luego, cabe señalar que el “sistema de transacciones permanentes” entre modelos de atención opera en dos niveles. Un nivel que “(...) refiere a las relaciones establecidas entre las diversas formas de atención a través de uno de los diferentes operadores de las mismas (...)” (Menéndez, 2003, p. 189), por ejemplo, la biomedicina apropiándose de modelos de atención de los padecimientos alternativos y/o subalternos como la acupuntura o la medicina herbolaria, etc. Otro nivel que se constituye como el más frecuente, dinámico y extendido que es “(...) la integración de dos o más formas de atención por sujetos o grupos que tienen algún padecimiento (...)” (Menéndez, 2003, p. 189).

Existen al momento unos pocos trabajos académicos que caracterizan a la terapia de cannabis como una práctica de salud del tipo de autoatención, en general incluyéndola dentro de la más amplia práctica de la autoatención por fitoterapia (ver por ejemplo Barragán-Solís 2006; Gutiérrez y Vega, 2021). Tomando la caracterización clásica de Menéndez de autoatención y la relación con la biomedicina hegemónica desarrollada en los párrafos anteriores; nos parece que la experiencia de uso terapéutico de cannabis abordada abre la pregunta de si efectivamente se enmarca en el modelo de autoatención apartándose de una atención centrada en la biomedicina; e incluso si se conforma un sistema de transacciones que

implican relaciones dialécticas, de marginación pero también algún tipo de acompañamiento e integración entre autoatención y biomedicina.

Estrategia de abordaje e hipótesis

Partiendo desde nuestra propia inserción en el mundo del cannabis terapéutico en organizaciones profesionales y activistas llegamos a conocer la experiencia de Gabriela y Santiago, y luego decidimos abordarla a través de una serie de entrevistas semi-estructuradas donde, partiendo de nuestras preguntas, y desde sus propias palabras Gabriela expresó la experiencia de autocultivo y construcción de la terapia de cannabis para su hijo Santiago. Las entrevistas fueron realizadas en varios encuentros virtuales durante el mes de marzo de 2021, estando Gabriela en su hogar en la zona sur del conurbano bonaerense en la provincia de Buenos Aires, Argentina.

Para abordar los objetivos mencionados en la introducción nos basamos en dicho caso y utilizamos dos hipótesis de trabajo orientadoras:

a) El autocultivo y terapia de cannabis implican una construcción de un saber-hacer desde la propia experiencia cotidiana de los sujetos, a partir de métodos de “prueba y error” y socialización horizontal, que se constituye en una forma de autoatención que funciona para mejorar la salud de las personas.

b) La interacción entre la biomedicina hegemónica y la terapéutica de cannabis presenta una serie de transacciones permanentes, sobre todo motorizado desde la perspectiva de los usuarios, que no son unívocas de rechazo y subordinación, sino que presentan formas diná-

micas de interacción que cambian en el tiempo.

En las próximas secciones se recorre la experiencia de Gabriela y su hijo Santiago. Luego, retomando el marco general sobre la situación actual de la terapia de cannabis, las categorías de análisis desarrolladas y las hipótesis de trabajo realizaremos algunas reflexiones a modo de discusión y conclusiones.

Experiencia de una madre y su hijo en la construcción de una terapia de cannabis como experiencia terapéutica que funciona para mejorar la calidad de vida

A) De madre a terapeuta: El acercamiento al cannabis en la búsqueda de una terapia que funcione para mejorar la calidad de vida.

Según relata Gabriela, el acercamiento a la terapia de cannabis sucede en un momento en que con su hijo Santiago estaban realizando tratamientos biomédicos:

“(…) como mamá y como familia siempre acompañamos de todas las formas con terapias, llevándolo a distintos profesionales (...), al principio queríamos la pastillita mágica pero no estaba, así que bueno, tuvimos que caminar y transitar un camino largo, con muchas cosas, con terapias y con fármacos también, (...) con escuchar sobre el cannabis medicinal la verdad es que para mí era todo muy nuevo porque primero nunca había escuchado ni cannabis ni marihuana, o sea para mí la marihuana era, eh como muchas personas todavía lo piensan, era algo que no era bueno para las personas, algo que perjudicaba a las personas, algo que ve-

níamos trayendo de hace muchos años y bueno, eh, costaba un poco, pero nunca estuve cerrada a esto y empecé a investigar, me pareció que estudiando, investigando, ahí podría llegar a ver de qué se trataba y encontré un artículo donde hablaba sobre el déficit de la atención y el cannabis”. Gabriela se interesó por el efecto del cannabis en el déficit de la atención ya que en ese momento evaluaba sobre Santiago que “(...) su más grave problema es su déficit, su gran déficit de la atención; (...) éste le trae bastantes complicaciones, a veces uno piensa que no es algo, digamos, problemático, pero sí es problemático en él porque su atención es muy corta y se complica bastante (...)”.

Luego profundiza: “(...) fue más o menos hace 6 años, (...) entre los 8 y los 9 años empezamos en este camino; hasta esa edad bien con nuestra acompañante, pero ahora entran más chicos a la secundaria y él tenía que ir a la secundaria con su acompañante (...) el estaba re contento, no tenía problemas (...). También nosotros brindarle la confianza como papás para que él pueda emprender su camino solo, no estar siempre dependiente de una persona que lo acompañe ¿no?, y también tener nosotros la seguridad como papás de que él sí podía estar solo, porque si uno no lo prueba, nunca lo va a saber, entonces nosotros estábamos siempre con ese miedo, en dejar a que él se independice.”

Respecto a los resultados que observaba de la terapia con psicofármacos decía:

“(...) no veíamos un cambio en él, o sea no cambiaba, había que aumentar (...) eso era lo que a mí me preocupaba, y también que ya

era grande y que él iba siempre con un acompañante al colegio; entonces yo dije: -bueno, si podemos hacer que él sea más independiente con algún fármaco estaría bueno-. Empezamos con ése [se refiere a la Ritalina, el psicofármaco más utilizado para tratar el déficit de atención] y no funcionó, no funcionó, no había forma, era como si no tomara nada; después eh bueno cuando la psiquiatra me dijo de cambiar este fármaco, yo no me acuerdo cuál era, pero ella me dijo que lo iba a tener que tomar de por vida, ya leyendo el prospecto de este fármaco nosotros habíamos leído que esto le iba a traer complicaciones (...).”

Es entonces que comienzan en el camino de la terapia de cannabis:

“(...) yo seguí estudiando sobre el cannabis, mi compañera hizo aceite, yo había probado con varios aceites comprados, pero no, tampoco funcionaba (...). Así me fui haciendo de otros padres, donde empezamos a compartir aceites y la verdad es que yo vi un cambio en [Santiago] en la cepa veintiuno (2); o sea, no me fue fácil pero nunca bajé los brazos (...), yo en la cepa veintiuno (...) sentí un silencio en mi casa que me pareció tan extraño ese silencio que escuchaba, pero no me daba cuenta que era, y era que mi hijo había dejado de aplaudir, él a veces tenía las manos rojas de tanto que aplaudía y yo me di cuenta que él tenía las manos a sus lados mirando televisión y sin aplaudir, ese fue mi primer mirada hacia el cannabis de que funcionaba, o sea yo me di cuenta que (...) a él lo había hecho dejar de aplaudir; ninguna cepa, ningún fármaco, ni nada, sólo esa cepa que yo había probado”.

El relato de Gabriela sobre la terapia de cannabis de Santiago es reiteradamente expresado desde el costado vivencial cotidiano, en cuanto a las consecuencias que la terapia tuvo en la vida del niño y la familia:

“(...) también nos dimos cuenta que el está muy bien, que ya se puede reír, se puede asustar; que no se hace pis...eso también para nosotros fue soltarlo, porque no queríamos que se ría, no queríamos que se asuste, no queríamos nada porque teníamos ese miedo de que él tenga su pantalón mojado; la verdad es que para algunas personas quizás no es importante, pero para nosotros sí lo era, porque siempre estábamos ahí al pie del cañón para cuidarlo para que él esté bien ¿no? (...) y la verdad es que el cannabis nos ayudó a todos, lo ayudó a mi hijo, y nos ayudó a todos, a toda la familia porque cambió nuestra calidad de vida, nos ayudó a ser mejores personas”.

B) Autocultivo y proceso de búsqueda por prueba y error en la terapia de cannabis: Construcción de un saber-hacer desde la propia vivencia cotidiana

Continúa Gabriela respecto a la construcción de la terapia de cannabis de su hijo:

“(...) lamentablemente es prueba y error (...) estaría bueno que no sea así, pero bueno, como todavía no tenemos muchos estudios científicos, tenemos algunas cosas; y bueno, esto sale a veces de que probamos cosas y nos funciona bien. Entonces con mi hijo fue un poco eso, fue ir probando, siempre en dosis bajas e ir viendo lo que hacía en él, y bueno, siempre

estaba viendo que él no, todas las plantas que yo estaba probando, los métodos como que no avanzaba, estaba siempre igual; y bueno un día probé con una planta que se llama Mataró CBD y ese mismo día noté el cambio (...)”.

Luego agrega: *“(...) como siempre les cuento a las mamás, porque en algunos casos se torna bastante difícil llegar a la cepa adecuada o al método. Entonces yo les digo que bueno, esto también es un camino largo como puede ser corto, siempre les digo lo mismo, puede ser que lo encuentren en la primera cepa o puede ser que le pase que la encontró en el veintiuno (...)”.*

Respecto a las formas de acceso a las plantas de cannabis decía:

“(...) yo la verdad es que me empecé a armar de plantas a través de una cadena solidaria que nos íbamos intercambiando diferentes plantas o comprábamos una semilla y la compartíamos; bueno esto me llevó a aprender todo sobre el cultivo y creo que bueno, ya sabemos que es la mejor forma de buscar. A mi por ejemplo un aceite comprado, no, no sé, no. Yo utilicé aceites comprados, pero de la forma en la que yo encontré la cepa de mi hijo creo que no me hubiese servido comprar un aceite en la farmacia; es lo que yo siempre digo porque yo tuve que pasar por muchas plantas hasta llegar a esta planta que tiene diez de THC y siete de CBD. Entonces bueno, nos fuimos haciendo así, y cada planta que hacía la probaba y veía que no funcionaba, entonces decía: -bueno, voy a cultivar otra-; y a su vez con esa planta ayudaba a otra familia y nos ayudó también a nosotros esto de la solidaridad y de compartir,

y de compartir con el otro que está pasando por la misma circunstancia que uno (...) también una palabra, una esperanza, te doy una plantita y en esa plantita poner una esperanza para cada familia ¿no? Fue un camino largo el mío, (...) pero bueno, suele pasar que después de tantas, de tantos caminos recorridos y de tantas experiencias con familias capaz que le doy cinco cepas y probá; y me dice: -solo una de todas esas le hizo bien-, entonces yo a veces digo: -bueno, no es que me pasó a mí sino que cada sistema endocannabinoide (3) reacciona a diferentes cepas o a diferentes métodos- (...).”

Todo el proceso implicó también el desarrollo de un saber-hacer respecto a las formas de extracción, preparación y administración del aceite de cannabis a ser usado en la terapia:

“Yo el método que uso (...) es el método del macerado o el oleato que le dicen (...) son 10 gramos de flores, 150 mililitros de aceite de coco utilizo porque nos gusta más, nos parece que es mejor para los niños con TEA y eso lo trituro con una mini-pimer; siempre cuidando la higiene, todo higienizado con alcohol, en el momento que voy a hacer el aceite solamente me dedico a hacer el aceite, higienizo toda mi mesada como si fuese un laboratorio y ahí inicio (...). Lo dejo eso triturado, lo pongo en un frasco Schott que es un frasco con tapa azul, a baño maría tres horas, que no superen los 80 grados, lo filtro tres veces, y ya lo tengo listo para dárselo (....) dentro del macerado, al hacerlo tapado, lo bueno es que podemos conservar todas las cosas, digamos las propiedades terapéuticas de la flor: distintos cannabinoides,

terpenos (...) entonces eso hace que funcione prácticamente igual que un aceite que no está tan diluido, por lo menos a él le refuncionó. Y bueno, lo comparto con mucha gente y también le funciona (...).”

La lógica de prueba y error también sucede en estos aspectos metodológicos:

“(...) cuando yo empecé hacía todo el procedimiento de la descarboxilación en el horno, (...) lo ponía en alcohol, lo seriaba, lo trituraba, lo filtraba tres veces y lo evaporaba con temperatura, con baja temperatura siempre. Pero ya te digo, una vez pruebo con el macerado y veo que a él le funcionaba exactamente igual, entonces me rinde mucho más, yo de una planta chica puedo tener mucho más aceite, puedo ayudar a muchas más personas y tengo siempre aceite, aunque la planta sea chiquita, porque bueno con 10 gramos hago 120 mililitros y es un montón, para mí es un montón, entonces yo dije bueno, si es mucho menos trabajo (...).”

En medio de todos los detalles respecto a las formas de extracción, preparación y administración para el aceite hay una certeza:

“(...) la realidad es que cuando encontré la planta, lo podes hacer de todas las formas, de todas las formas funciona, a veces nos volvemos locas con el método, que puede funcionar un poquito más digamos, pero me parece que lo más importante es encontrar la cepa para cada persona, eh yo probé, por ejemplo había cepas que las probaba de todas formas y no funcionaba, esta planta sin embar-

go la hice de diferentes formas y a él le seguía funcionando (...)”.

C) Estrategias para abordar la resistencia al tratamiento y evaluación continua de los resultados de la terapia de cannabis

Otro punto que nos interesa destacar es respecto al fenómeno de “resistencia a la terapia”. El mismo es consecuencia del proceso de adaptación fisiológica de los organismos ante la acción de compuestos con acción terapéutica. Al respecto, Gabriela relataba:

“(…) de vez en cuando él hace resistencia, como todos los chicos, no tiene una resistencia tan rápida (...) pero bueno, hay que cambiar la cepa o se hace un descanso (...); si yo lo veo mal lo que hago es sacársela dos o tres días, si está en casa se la saco directamente y lo dejo que descanse y vuelvo de vuelta; en mi caso con un grano de arroz (4) porque no toma más dosis, si no tendría que volver al principio, pero está bárbaro con esa dosis, que a pesar de que el creció y engordó y está más grande, sigue con la misma dosis y está bárbaro; (...) en otros chicos son más complicados, que tienen una patología más complicada y vuelven para atrás cuando dejan de tomar el aceite, en el caso de él no, a él lo ayudó mucho y no volvió, o sea, si yo lo dejo unos días sin aceite él no es que está mal, yo puedo hacer que su cuerpo se resetee digamos, y volver de vuelta al aceite y está bárbaro la verdad es esa, que está bárbaro.”

Luego, Gabriela cuenta como junto a otras personas han desarrollado estrategias para

lidiar con la resistencia a la terapia:

“(…) yo siempre me volqué más al autismo, pero todo esto me trajo aparejado un montón de patologías, mucha epilepsia refractaria, que yo no sabía que existía esto; la verdad es que bueno, el cannabis me hizo conocer el dolor de mucha gente, porque tener un hijo que hace 300 convulsiones por día es muy triste y doloroso para la familia. El tema de la epilepsia hay que abordarlo diferente, siempre se utilizan cepas muy altas en CBD y mínimo hay que tener cinco cepas porque estos niños hacen resistencia cada tres días, entonces por eso muchas veces los médicos dicen: -No, el aceite no sirve para la epilepsia refractaria, al tercer día va a empezar a convulsionar-. Sí, es verdad, al tercer o cuarto día va a empezar a convulsionar de vuelta, va a empezar con las crisis, en algunos casos no saca todas las crisis, pero por ejemplo de cien bajan a diez y después bajan a tres, después bajan a dos, una o dos por día capaz que tiene, también puede llegar a tener ninguna, que puede pasar. Pero pasa esto, como hacen mucha resistencia medicamentosa, por eso no hay nada que le saque las crisis, nada, nosotros los manejamos con eso de rotar (...), esto también salió a través de estar con las mamás y decir: -bueno, ahora cambiale, mirá cambiale el aceite y cambiáselo de vuelta-, y me dicen: -¿pero no le va a hacer mal?-, -no le va a hacer nada- (...) y así nos dimos cuenta que no sólo aumentar la dosis, porque muchos médicos aumentan la dosis, yo siempre pruebo con rotar; sigo con la misma dosis pero pruebo con rotar y la verdad es que me da muy buenos resultados. Es difícil porque hay que tener cinco cepas CBD o seis cepas

CBD, (...) a la quinta o sexta cepa ahí volvemos a la primera y la verdad es que están bárbaros los nenes con esa rotación de cepas”.

Entonces, según relata Gabriela, y como es esperable en las resistencias a las terapias, queda definida una ventana temporal limitada durante la cual el tratamiento hace efecto. También, a diferencia de la estrategia habitual en la biomedicina de aumentar la dosis, el efecto de tolerancia en la terapia de cannabis parece revertirse discontinuando brevemente la administración del preparado o rotando cepas. Durante las interacciones con Gabriela notamos que el proceso de la terapia de cannabis incluía también una evaluación continua sobre cuáles son los resultados de la misma, ya sea en su hijo u otros a quienes acompañaba. Una cita ejemplifica éste punto:

“(....) lo que yo le pongo fichas es que a veces hay pequeños cambios en los niños y los papás no se dan cuenta; entonces yo a veces charlando les digo: -mira, eh tal cosa, ¿la sigue haciendo?-, y me dicen: -no, vos sabes que duerme mejor- (...), y les digo: -entonces en tu hijo ya es un cambio-. O sea que venís viendo lo que hace el cannabis en cada uno pero a veces no te das cuenta, no percibís esas pequeñas cosas; o capaz que me dicen: -vos sabes que hoy habló- o -vos sabes que hoy agarró el cubierto y pinchó la carne-; cosas sencillas, que a veces buscamos un cambio muy grande, de golpe, en un niño o en un adulto también y a veces no se da de esa manera, hay pequeños cambios, (...) es una mejor calidad de vida que a veces no nos cambia completamente a nuestro hijo pero si lo ayuda en un montón de cosas y

le da una mejor calidad de vida ¿no? Ya que muchas medicaciones por más que les den a veces les hace peor y los ven peor y una vez que están tomando el cannabis, eso es otra cosa. (...) Empiezan a tomar el cannabis y dicen: -ya le saqué siete fármacos pero sigue igual-, entonces yo le digo: -no, no está igual, porque vos sacaste siete fármacos-. Entonces ese niño no está igual, está viviendo con dos gotas de cannabis y sin siete fármacos, o sea que todos esos fármacos no hacían nada, y es un gran cambio en la vida de un niño, porque eso hace que su hígado descanse, que su riñón descanse; (...) para mí es un gran cambio en una persona haber podido dejar siete fármacos.”

Estos relatos parecen indicar que en el proceso de la terapia de cannabis se desarrollan concepciones sobre qué es un buen resultado, saber que luego se comparte y transmite entre usuaries y sus familiares.

D) Aprender y transmitir: la terapia de cannabis como un saber-hacer que se comparte de manera horizontal

En varias de las citas textuales anteriores Gabriela expresó que el proceso con el cannabis incluye la transmisión y el intercambio de experiencias y también recursos materiales como semillas para el autocultivo, aceites, etc. De hecho, queda expresado que en el propio proceso de pruebas de diferentes extracciones y preparaciones de extractos de la planta surgen nuevas posibilidades de intercambio con otras personas con padecimientos que exceden la propia terapia de su hijo:

“(....) probé en hacerlo más diluido, incluso

he probado también, cuando no tengo y bueno, le quiero dar a alguien (...) con mucha edad, 80, 70 y tienen muchos dolores, hago una segunda extracción, con lo que ya utilicé para hacer el macerado o una extracción en alcohol, más todavía la extracción en alcohol, dejo secar toda esa materia prima que se salga todo el alcohol, seco bien todas esas flores que utilicé en la oscuridad y las tapo de aceite, y vuelvo a hacer una segunda extracción y funciona súper bien. Incluso también muy bien para insomnio, no sé por qué será, pero debe ser por todo el proceso que va pasando que se convierte un poquito más en CBN supongo.”

El CBN es un producto de la oxidación del THC, que también ha mostrado efecto terapéutico y que no presenta actividad psicoactiva. En otra cita textual se aprecia el compartir horizontal:

“(...) ayudo gente hasta de México, de Colombia (...), y a través de la video-llamada vamos viendo cómo va su planta y me mandan mensajes; Chile, mucha gente de Chile, y la verdad es que mucha gente que nunca llegué ni siquiera a conocer, a veces la ayudo también a cultivar su planta, o en una charla; o me dice: -bueno hacemos una video llamada-, -dale hacemos-; (...) porque necesitan esa palabra, necesitan eso, que les cuente sobre el cannabis, porque es una luz de esperanza para una persona que está sufriendo un problema de salud, es complicado, no es fácil; entonces es como que me dicen: -necesito que me cuentes- y bueno todo esto me lleva tiempo, además del cannabis, también me lleva este tiempo de contar mi experiencia con el aceite.” A esto se

añade: “Todo lo que yo aprendí lo tengo que transmitir de alguna forma porque, bueno, yo también me sentía igual que cuando una persona llega a mí, me sentía de la misma forma, entonces yo tengo que entender también a esa persona, como estaba yo, y todo lo que aprendí yo necesito transmitirlo, no me lo puedo guardar, entonces creo que ayudar a otro, creo que me lo enseñó un poco también la vida, mi hijo y la planta. Yo creo que conocí la solidaridad con el cannabis, con la planta, fue algo que además me trajo un montón de alegrías a mí y poder conocer gente (...) desde el lugar más chiquito igual se puede ayudar, siempre se puede ayudar, estando allá arriba o allá abajo se puede ayudar siempre, así que yo estoy re contenta con todo esto del cannabis y todo esto que todavía se está generando, que todavía falta y como que tenemos que seguir para que la gente pueda seguir conociendo y dándose cuenta que el cannabis es sanador, y que nos ayuda para tener una mejor calidad de vida.”

E) Terapia de cannabis como autoatención en el contexto de una biomedicina hegemónica, transacciones permanentes entre modelos de atención

Como ya se mostró, Gabriela se cruzó inicialmente con información sobre terapia de cannabis para su hijo se dió en contexto de tratamientos biomédicos. En un principio se encontró con cierta resistencia y negación por parte de personal de salud:

“(...) no encontré acompañamiento de los médicos por supuesto al principio, pero después me encontré con una compañera en este camino, en un grupo de chicos con discapa-

ciudad, donde ella comentaba que a su hijo le había hecho muy bien el cannabis (...) yo seguí estudiando sobre el cannabis, mi compañera hizo aceite, yo había probado con varios aceites comparados, pero no, tampoco funcionaba y se lo comenté a la psiquiatra, pero me dijo que para el déficit de atención no estaba comprobado y que todavía no había nada investigado, que si servía para la epilepsia pero que para otras cosas no, y bueno yo seguí investigando y hablaba con todas personas que podía sobre el cannabis para saber lo que era, lo que si yo nunca tuve prejuicios, es lo que yo siempre les digo a las mamás, porque, porque yo había leído mucho y sabía de qué se trataba, (...) la verdad es que hasta ese momento no conocía médicos pro cannabis, y con todos los médicos a los cuales yo me acercaba no tenía una respuesta ni siquiera apoyo de ningún tipo”.

Por otro lado, como se puede apreciar en este relato, y también en los incluidos en las secciones previas, la terapia de cannabis se podría enmarcar en el modelo de autoatención de los padecimientos según Menéndez; en el sentido de encontrarnos con representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso s/e/a/c para atender, controlar, aliviar, aguantar, curar o solucionar los procesos que afectan a la salud en forma relativamente autónoma de curadores profesionales (aun cuando estos pueden tener vínculo y realizar terapias sobre quienes padecen). Así, Gabriela y Santiago como personas que practican autoatención con cannabis encontraron en personal de salud cierto rechazo al principio, pero también apoyo y acompañamiento en otros momentos:

“El pediatra de mi hijo (...) no está tan con el fármaco (...), cuando él era chiquito, que yo le decía, me decía: -vos dejalo, dejalo tranquilo que los hijos, los hijos tienen todos sus tiempos, él ya va a hablar, hagamos terapia-. Porque yo siempre cuando mi hijo era chiquito buscaba la pastillita mágica que le saque el autismo, yo quería encontrar una pastilla que me lo cure, hasta bueno, con el tiempo me di cuenta que no es una enfermedad y que tampoco se cura, sino que es una forma de vivir diferente a los demás, (...) pero bueno, (...) el pediatra de él se acercó mucho al tema del cannabis (...)”.

De hecho, en el avance de la experiencia de Gabriela contó una articulación con agentes e institución del sector salud:

“(...) yo hice un proyecto en el municipio de [localidad de zona sur del conurbano bonaerense] donde estamos trabajando con médicos y estamos informando a toda la gente (...). Todavía no fue aprobado el proyecto pero si tenemos el permiso para poder informar a agentes de salud y ya hicimos varios encuentros con los médicos y bueno, conseguimos bastante apoyo de médicos, de los hospitales de la zona y el que se anota siempre primero es el pediatra de mi hijo, que en un momento él notó la diferencia (...), vio lo distinto que él estaba, así que bueno desde ese momento él se empezó a informar y es más, todos los papás que le llevan a él nenes con algún problema que él sabe que ya probaron con muchas cosas, me lo pasa a mí que hablen conmigo, les dice: -bueno, hablá con Gabriela que es la mamá de Santiago, ella te va a saber informar, te va a mandar con al-

gún médico que entienda sobre el tema y te va a decir cómo es esto-; porque no es, como yo les digo a todos, no es ir a comprar cannabis a la dietética; no es eso, muchos piensan que con eso va a estar todo bien y bueno después se dan cuenta que no es así, así que es un camino largo, yo les digo a los papás, a veces es corto y a veces es largo, el mío fue largo.”

Sobre lo mismo la siguiente cita: “(...) para mí lo positivo es siempre apuntar a lo natural, (...) por ejemplo hay muchas mamás donde me dicen: -se golpea- y -no para de...y no para esto...-, entonces le digo: -bueno, probemos con fármacos-; porque también podemos apuntar a lo natural, pero también hay que estabilizar, (...) estabilizar a ese niño para después poder (...) [realizar un tratamiento con cannabis sin fármacos]”.

Luego continúa: “(...) está bueno que ese niño esté estabilizado porque es muy difícil un niño que capaz que tiene 200 convulsiones por día (...) poder parar todo eso solamente con el cannabis. Pero sí, lo que yo siento es que cuando ese niño está estable, poder empezar a bajar medicación, siempre acompañado del médico ¿no? (...). Para mí en niños que son muy complicados, que se pegan, que se auto-agreden, que tienen muchas convulsiones, por supuesto siempre tienen que estar acompañados de un médico que sepa qué medicación bajar o cómo reducirlo, pero ir reemplazando por el cannabis. Yo creo que es una de las mejores formas para que ese chico se estabilice y quedar con la medicina natural, porque me parece que en ese niño que ya tiene su hígado reventado de tantos fármacos, (...) no sé cuánto puede llegar a a funcionar el cannabis, un mes, dos meses, tres meses, cuatro meses, seis meses; mientras

tanto su hígado descansó; yo creo, o sea, mi opinión es esa, que todo ese tiempo que el cannabis funcionó ese niño descansó. (...) Yo hablo de los niños [pero] esto se ve también en gente adulta, con dolores, con problemas bastante complicados de salud; (...) me dicen: -no porque tomo la pastilla para la presión y ahora la dejo por el cannabis-, les digo: -no no, no es así, tomó la pastilla de la presión y después vemos si dejamos o cambiamos, el cannabis te va a acompañar a lo que a vos te está pasando, si vemos que el cannabis acompaña y a vos te está bajando la presión, entonces ahí muy despacio se puede ir bajando la medicación-. La verdad es que funciona en casi todo el mundo, o sea (...) son muy pocas las personas a las que no le funciona el cannabis (...).”

Entonces, desde la propia experiencia de Gabriela con la terapia de cannabis también queda expresado que conoce el rol, alcance y límites de la misma. En este sentido, al reconocer dichas características queda lugar para una relación dialéctica, donde en simultáneo con la práctica de la autoatención con cannabis se da un vínculo cotidiano con la biomedicina, pero modificando ciertos aspectos hegemónicos.

Discusión

A lo largo de la interacción con Gabriela fuimos vislumbrando que ella ocupa muchos roles a la vez: madre, mujer que cumple tareas domésticas y de cuidado de sus familiares, también tareas de cuidado de la salud (en particular la terapia de cannabis de su hijo Santiago), cultivadora de cannabis, acompañante en numerosas casos de uso terapéutico del cannabis

de personas que no son su hijo, miembro de redes organizadas que comparten el autocultivo y la terapia de cannabis, agente de salud en el municipio donde vive, etc. Luego, específicamente sobre la experiencia de autocultivo y terapia de cannabis, transmite que es realizada de forma “artesanal”, desde la propia experiencia cotidiana. Ya sea en redes de familiares, de activistas, de cultivadores allegados, etc., o directamente por las personas afectadas por ciertas dolencias o padecimientos. Es decir, tal como lo ha caracterizado anteriormente Díaz (2020a), el proceso de terapia conlleva la construcción de un saber-hacer desde la vida cotidiana y también una socialización horizontal entre usuaries, familiares y cultivadores, tanto de dicho saber-hacer como también de los recursos materiales necesarios. A la vez se trata de una práctica enmarcada en el modelo de autoatención de los padecimientos y que es aplicada intencionalmente al proceso de s/e/a/c en el que Gabriela y su familia se encontraron cuando Santiago fue diagnosticado con TEA. Un aspecto muy relevante es que la terapia funciona para mejorar la salud y la calidad de vida de Santiago. Luego de varios años de terapia de cannabis ya no utiliza fármacos y casi no toma aceite, lo que repercute en que puede comenzar a desarrollar su vida sin un encierro en una categoría diagnóstica médica como la de TEA, con todas las consecuencias que ello conlleva. Es más, Gabriela expresa que la terapia de cannabis tuvo un efecto más amplio:

“(…) la verdad es que el cannabis nos ayudó a todos, lo ayudó a mi hijo y nos ayudó a todos, a toda la familia porque cambió nuestra calidad de vida, nos ayudó a ser mejores

personas.”

Es relevante destacar que el caso aquí abordado se suma a otras muchas experiencias terapéuticas de cannabis con efectos positivos sobre diferentes dolores y padecimientos, y también sobre la calidad de vida de usuaries y sus entornos. Entonces, la experiencia de Gabriela y Santiago funciona como un caso-ejemplo de muchas otras madres y sus hijos con dolencias. Profundizar sobre esta experiencia funciona también como punto de partida para una indagación sobre recorridos biográficos y sociales de las personas que se dedican al uso del cannabis para al tratamiento de problemáticas de salud.

Respecto a la terapia de cannabis como autoatención de los padecimientos, hay algunas características que dicho modelo presenta que pueden ser destacadas en el caso abordado. Por ejemplo, y vinculado con la construcción de un saber-hacer por medio de una socialización horizontal en redes de personas y grupos sociales: “(…) la autoatención no implica sólo la posibilidad de consecuencias negativas o positivas para la salud, sino que es el medio a través del cual los sujetos y sus grupos evidencian su capacidad de acción, de creatividad, de encontrar soluciones, y en consecuencia es un mecanismo potencial – y subrayo lo de potencial – de afianzamiento de ciertos micro-poderes, así como de la validez de sus propios saberes” (Menéndez, 2003, p. 204).

Dichas características se observan en el relato de Gabriela cuando señala lo importante que fue que la terapia funcionara, y también compartir todo lo que aprendió y construyó con otras personas a quienes a su vez también la

terapia les funcionó. Por otro lado, siendo que “(...) la autoatención no debe ser pensada como un acto que los sujetos y grupos desarrollan aislada y autónomamente, sino como un proceso transaccional entre éstos y las diferentes formas de atención que operan como sus referentes” (Menéndez, 2003, p. 201); no se puede soslayar el rol del sector salud, tanto cuando hubo resistencia a la terapia, pero también en instancias de acompañamiento, como el pediatra de Santiago.

Así, mientras el rechazo o las dudas de profesionales de la salud genera incertidumbre en los usuarios sobre la terapia de cannabis, el acompañamiento y la aceptación en cambio abona a darle validez a la terapia construida. Esto señala que las transacciones permanentes de las que habla Menéndez son interacciones dialécticas, en tensión y formadas por contradicciones. Resulta que en la terapia de cannabis serían las propias personas y grupos que la practican quienes motorizan un vínculo con la biomedicina, que incluye instancias de rechazo y subordinación, pero también acompañamiento, aceptación y validación. Esta característica del proceso ha sido también resaltada en los trabajos etnográficos de Díaz sobre el activismo cannábico (Díaz, 2020 b y c). Entonces, “(...) la autoatención no es un proceso aislado u opuesto al quehacer médico, sino que es parte integral del proceso s/e/a que incluye a ambos. En consecuencia, debería abandonar una actitud escotomizante de la realidad, a partir de impulsar un saber relacional de la misma.” (Menéndez, 2003, p. 205).

Al respecto, se puede mencionar también, el reconocimiento por parte de diferentes sectores a este saber-hacer de características

especializadas que han desarrollado los diversos colectivos de cultivadores y que los ha convertido en asesores de usuarios, y también los ha vinculado a profesionales de la salud y del sector científico-tecnológico (Díaz, 2020c). Recuperar su experiencia acumulada sobre este material vegetal y los saberes sobre procedimientos de cultivo y procesamiento necesarios es fundamental, por un lado, para su reconocimiento como trabajadores y, por el otro, para habilitar la producción con autonomía de estos preparados con valor terapéutico. Al respecto, el estudio de caso aquí presentado permite abordar la experiencia de terapia de cannabis en el contexto de su propia singularidad, y que entendemos sucede en conjunto con muchas otras experiencias similares de mujeres en nuestra sociedad. Cabe decir que, si bien es un aporte exploratorio importante, presenta los límites propios del estudio de caso para abordar la multiplicidad de experiencias y sus contextos sobre el cannabis terapéutico que mencionamos deben ser reconocidas y valorizadas. Para movernos en ese camino es necesario continuar acumulando evidencia tanto cualitativa como cuantitativa en múltiples contextos.

Como muestra el caso abordado, la propia forma de realizarse de la terapia de cannabis implica ciertos límites a la estandarización y predictibilidad. En lugar de ser un problema, dicha particularidad en las terapias puede ser pensada como funcional en un sentido positivo, ya que habilita autonomía, flexibilidad y adaptabilidad a cada caso de dolor y padecimiento particular, al conocimiento del propio cuerpo y la propia historia. Sin embargo, hay que señalar que para el MMH basado en una perspectiva científica del mundo, biologicista y

reduccionista; la estandarización y predicción son características valoradas positivamente y necesarias. Por lo tanto, se establece aquí un potencial punto de conflicto, ya que esta diferencia puede implicar que en las transacciones dinámicas, el lado hegemónico de la interacción inevitablemente tienda a motorizar una estandarización y universalización empobrecedora del saber-hacer desarrollado en la terapia de cannabis. Al respecto, cabe comentar un caso que Gabriela acompañó. Fue una terapia de cannabis en una niña con epilepsia refractaria que inicialmente había sido tratada en un hospital pediátrico público de Buenos Aires con CBD purificado. Como la niña no respondía a ese tratamiento, la estrategia médica fue ir aumentando la dosis y ante la persistencia de una no respuesta al aumento de dosis, la decisión médica fue que la niña no era apta para el tratamiento y se lo discontinuó. Luego de dicha situación, el caso llega a Gabriela, quien plantea a familiares utilizar no ya CBD purificado sino extractos completos de plantas de cannabis ricas en CBD y rotación de cepas, obteniéndose un buen resultado terapéutico. Esta estrategia terapéutica se basaba en otras experiencias y en ese saber-hacer que a partir de ellas se habían acumulado. De hecho, el artículo de Pamplona, Silva y Coan (2018) muestra una buena cantidad de datos respecto a los beneficios de utilizar extractos completos de plantas de cannabis ricas en CBD para epilepsias resistentes. Se pone de manifiesto entonces como la flexibilidad y adaptabilidad en las terapias que habilita el autocultivo y la autoatención, muchas veces difícil de lograr en instituciones biomédicas, fue más eficiente que una estrategia terapéutica estandarizada sin

posibilidad de variarla.

Por último, queremos remarcar la importancia del autocultivo. Siguiendo a Menéndez (2020[1990], 2020), podemos decir que el MMH presenta, desde su instalación en nuestras sociedades, un alto grado de mercantilización de la práctica médica como una de sus características principales. En las sociedades latinoamericanas capitalistas actuales, las instituciones médicas públicas y privadas, y la propia práctica biomédica, están fuertemente determinadas por el mercado; y por ende casi cualquier acción médica tienden a convertirse en productos a ser vendidos y generar ganancias. De hecho, según un análisis actual de Menéndez (2020), dicha mercantilización en el MMH que data de hace varias décadas se sostiene y se profundiza. Tal como señalamos, y en base al caso-ejemplo analizado, la terapia de cannabis presenta transacciones dinámicas con el MMH, pero es el autocultivo de plantas de cannabis el elemento clave en la posibilidad de sostener cierta autonomía respecto de las instituciones y lógicas del MMH. También, casi como consecuencia de la autonomía que posibilita el autocultivo, el mismo es esencial para que la inserción de la terapia de cannabis en el proceso de s/e/a/c pueda resistir lo más posible a dicha lógica mercantilista. Por supuesto, la dinámica de los procesos de interacción entre modelos alternativos al MMH indica que sucederá algún tipo de disputa por cooptar a la terapia de cannabis como práctica de la salud, buscando mercantilizar y controlar aspectos claves.

Conclusión

En el presente trabajo describimos y analizamos la experiencia de autocultivo y terapia de cannabis de Gabriela y Santiago. Terapia que, ante intervenciones no del todo satisfactorias de la biomedicina, funciona para mejorar la vida y la salud de Santiago y su entorno familiar. A dicha experiencia la hemos enmarcado en el modelo de autoatención de los padecimientos, y también reconstruimos el proceso de construcción de un saber-hacer desde la propia vida cotidiana con cierta autonomía, a partir de “prueba y error” y socialización horizontal con otros usuarios y cultivadores. Se trata de un caso-ejemplo, ya que forma parte de otros recorridos similares transitados por mujeres madres de niños/as con dolores y padecimientos que se insertan en estas redes de usuarios y cultivadores de cannabis terapéutico. Al respecto, es ineludible valorizar el saber-hacer no profesional producido sobre el cannabis por personas con problemas de salud, familiares y allegados quienes no encontraban resoluciones del todo satisfactorias en el conocimiento y prácticas biomédicas. Es más, ese saber-hacer colectivo, aplicado en estrategias de autoatención, ha traccionado a la biomedicina a realizar investigaciones que aporten al reconocimiento del valor terapéutico del cannabis. Se observa entonces que la interacción con diferentes instancias de la biomedicina hegemónica presenta, desde la perspectiva de Gabriela y Santiago como usuarios de terapia de cannabis y de otras muchas experiencias, una serie de transacciones permanentes que no es unívoca de rechazo y subordinación, sino que presenta formas dinámicas de interacción. Luego, en términos más generales sostenemos

que el autocultivo es clave para evitar intentos de mercantilización de la terapia de cannabis, y que la misma tiene el potencial de ser una acción de salud con valor terapéutico alto.

Notas

1. El cannabidiol (CBD) es uno de los principales compuestos químicos de tipo cannabinoide de la planta de cannabis en cuanto a abundancia relativa y propiedades terapéuticas. Se considera que el CBD no posee actividad psicoactiva. El otro cannabinoide importante es el tetrahidrocannabinol (THC), que se lo utiliza también en terapias, y tiene actividad psicoactiva.
2. Para los usuarios de cannabis, “cepa” hace referencia a un tipo específico de planta de cannabis con una combinación específica de principios activos, principalmente cannabinoides y terpenos.
3. El sistema endocannabinoide es una vía de señalización endógena, ampliamente distribuida a nivel tisular, celular y subcelular en todos los vertebrados, y algunos invertebrados. Este sistema está involucrado en el control de una gran variedad de procesos fisiológicos, principalmente ligados a la homeostasis.
4. Los macerados de cannabis en aceite de coco son comúnmente almacenados

en jeringas, las cuales se guardan en la heladera, ya que a bajas temperaturas el aceite de coco solidifica. El “grano de arroz” hace referencia al tamaño de la fracción de macerado que se obtiene al presionar el émbolo de la jeringa.

de asesoramiento entre activistas cannábicos en Argentina”, *REDES - Revista de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 26 (50), pp. 209-233. <https://doi.org/10.48160/18517072re50.15>

Bibliografía

Barragán-Solís, A.

2006 “La práctica de la autoatención por fitoterapia en un grupo de familias mexicanas”, *Archivos en Medicina Familiar*, 8 (3), pp. 155-162.

Díaz, M. C.

2020a “Redes y conocimientos acerca del uso terapéutico de cannabis en Argentina”, *Question/Cuestión*, 1 (65), pp. e255. <https://doi.org/10.24215/16696581e255>

2020b “Impacientes: activistas por la regulación del uso terapéutico de cannabis”, *Avá. Revista de Antropología*, 36, 137-164. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169070261007>

2020c “Convertirse en especialista en cultivo y uso terapéutico de cannabis. Contextos, conocimientos y formas

Gutiérrez, R. y L. Vega

2021 “Self-medication with cannabidiol (CBD) and associated treatments in the self-care of anxiety in women from Mexico City: A qualitative study”, *Salud mental*, 44 (6), pp. 295-306. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.038>

Labiano, V.I.

2018 “Cannabis medicinal en Argentina: Cambio menor en el subsistema de política de drogas”, *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 27(2), pp. 75-98. <http://dx.doi.org/10.26851/rucp.28.2>

Menéndez E.L.

1982 “Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes” en Menéndez E.L. (editor) *Medios de comunicación*

- masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*. México: Casa Chata/CIESAS, pp.141-183.
- 2003 “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), pp. 185-207.
- 2020 [1990] *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. Nueva edición corregida y aumentada*. Remedios de Escalada: EDUNLa Cooperativa.
- 202 “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”, *Salud Colectiva*, 16, pp. e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Pamplona, F.A., L.R. da Silva y A.C. Coan
- 2018 “Potential clinical benefits of CBD-Rich cannabis extracts over purified CBD in treatment-resistant epilepsy: observational data meta-analysis”, *Frontiers in Neurology*, 9, 759. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00759>
- Pesántez Ríos, M. X., A. Pazmiño Miranda, M.G. Pesántez Ríos y G. Pesántez Cuesta
- 2021 “Utilización de Cannabidiol en un paciente pediátrico con trastorno del espectro autista y epilepsia: informe de un caso”, *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 22(1): artículo 10 (p. 1-8). <https://doi.org/10.52011/0021>
- Silva Junior, E.A., W.M.B. Medeiro, N. Torro, J.M.M. Souza, I.B.C.M. Almeida, F.B. Costa, K.M. Pontes, E.L.G. Nunes, M.D. da Rosa y K.L.G.D. Albuquerque
- 2021 “Cannabis and cannabinoid use in autism spectrum disorder: a systematic review”, *Trends Psychiatry Psychother*, 44, e20200149. <http://dx.doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0149>
- Taratuto, N., J. Buchuk, C. Magdalena y L.E. Acosta
- 2020 “Cannabis” en *Programa de Actualización en Pediatría (PRONAP)*. Buenos Aires: Editorial Sociedad Argentina de Pediatría, pp. 47-73

Agradecimientos

Agradecemos las discusiones y comentarios constructivos que compartimos con la Dra. Anahi Sy en versiones previas de esta investigación. El trabajo se financió con los siguientes subsidios: Proyecto UBACyT 2018-2021 (20020170100097BA) de la Universidad de Buenos Aires (Argentina), y el proyecto PICT 2018-03290 de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Técnica (Argentina).

