



Universidad
Nacional
de Rosario

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TIF

El cannabis como alternativa terapéutica en Salud Mental

Los riesgos de la medicalización y
el rol profesional del Psicólogo en su indicación

Investigación empírica / de campo

Autor: Pedroza, Matias

Legajo: P-5503/4

DNI: 40.127.434

Correo electrónico: ps.matias.pedroza@gmail.com

Docente TIF: Florencia Harraca

Docente tutora: Silvia Inchaurrega

2025

Agradecimientos

A todas las personas que en esta formación fueron mi sostén y mi compañía;

A los y las docentes que durante todos estos años no sólo me transmitieron su conocimiento teórico sino que me inspiraron un sentido compromiso ético para la práctica profesional;

A la Universidad Nacional de Rosario, pública y gratuita, que me abrió sus puertas y me dió a mi, y a tantas otras personas, la posibilidad de acceder a un estudio universitario de calidad.

Indice

Resumen - Palabras clave	1
Tema y Problema	2
Fundamentación de la relevancia del problema	3
Objetivos General y Específicos	4
Marco Teórico	5
Métodos y procedimientos de recolección de datos	7
Desarrollo	8
¿Qué es el cannabis?	8
Cannabis medicinal.....	9
Análisis de las entrevistas.....	12
- Accesibilidad de los TCM y disponibilidad de aceites de cannabis	12
- Motivos de consulta	13
- Rol del/a profesional psicólogo/a	14
- Resistencias a la incorporación del cannabis como alternativa terapéutica	16
- Riesgos de medicalización observados	17
Consumo de drogas en un marco de medicalización y medicamentación	18
Conclusiones: Uso racional del Cannabis como alternativa terapéutica	21
El rol profesional del Psicólogo en TCM desde una perspectiva de RRD	22
Referencias bibliográficas	25
Anexo 1	27

Resumen

Esta investigación propone abordar la situación actual de los tratamientos con cannabis medicinal específicamente en el campo de la Salud Mental, en la ciudad de Rosario. Se conducen entrevistas semidirigidas a médicos/as y psicólogos/as que se encuentran trabajando en este área en Rosario. La investigación se concibe a partir de la hipótesis de que la inclusión de profesionales psicólogos/as legitima intervenciones en el campo de la Salud Mental, abriendo las puertas a renovados procesos de medicalización de los padecimientos psicológicos. Se introduce una breve historia sobre la planta de cannabis para luego especificar sus usos medicinales antes de pasar al análisis de las entrevistas que son sistematizadas en base a 5 ejes de relevancia: accesibilidad de los tratamientos y disponibilidad de aceites de cannabis; motivos de consulta; rol del/a profesional psicólogo/a; resistencias a la incorporación del cannabis como alternativa terapéutica; y, por último, riesgos de medicalización observados. Los resultados así obtenidos se consideran tomando en cuenta los niveles de consumo de drogas en Argentina y la advertencia de los mencionados procesos de medicalización. Se concluye luego sobre el uso racional del cannabis como alternativa terapéutica en salud mental y se proponen líneas de referencia para el trabajo del/a profesional psicólogo/a desde un paradigma de reducción de riesgos y daños. Finalmente, se considera la necesidad de una regulación legal del cannabis para el cuidado de todos los usuarios de esta droga considerando, más allá de los usos terapéuticos, los consumos no enmarcados en un tratamiento médico.

Palabras clave

Cannabis, Salud Mental, Medicalización, Reducción de Riesgos y Daños

Tema y Problema

En esta investigación se propone abordar la situación actual de los tratamientos con cannabis medicinal (en adelante TCM) específicamente en el campo de la Salud Mental, en la ciudad de Rosario. Se pone énfasis en el uso de aceite de cannabis como complemento y/o alternativa terapéutica a otros fármacos comunes para el abordaje de casos de ansiedad, estrés, trastornos de sueño, entre otros padecimientos psicológicos.

Cabe mencionar que las investigaciones para el uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados son habilitadas recientemente en Argentina a partir de una ley sancionada en 2017, pero de manera restringida para casos de epilepsia refractaria. Recién en 2020 y 2021 se amplían las posibilidades de investigación más allá de estos casos, estableciendo un registro específico para “todos los pacientes que acceden a través del cultivo controlado a la planta de cannabis y sus derivados, como tratamiento medicinal, terapéutico y/o paliativo del dolor” (Resolución 800/2021, s.p.).

El interés farmacológico del cannabis reside en su potencial analgésico, antiinflamatorio, antiemético, orexígeno, antitumoral, antiespástico, antidepresivo, ansiolítico, antioxidante, entre otros efectos probados (Ascolani, 2014). Estos efectos permiten pensar una lista de “blancos terapéuticos” para la indicación razonable de cannabis, en donde podría ubicarse: espasticidad, tics y estereotipias, dolor, depresión, apatía, crisis de irritabilidad, ansiedad, movimientos involuntarios, rigidez, distonías, anorexia, caquexia, convulsiones, trastorno del sueño, náusea y vómitos, etc.

Actualmente se continua desarrollando evidencia sobre el uso de cannabis para variados diagnósticos de Salud y Salud Mental. Estos tratamientos se producen dentro de un marco de seguimiento y cuidado profesional bajo la dirección de un/a Médico/a.

La presente investigación se centra sobre la constatación de la incorporación de profesionales de la Psicología a los equipos interdisciplinarios que se conforman recientemente en TCM. A partir de este hecho se busca reconocer los espacios de acción profesional que ocupan los psicólogos y psicólogas al interior de estos equipos.

La interrogación de este lugar de acción profesional reviste gran importancia en tanto se considera el riesgo de que los/as psicólogos/as que están siendo convocados/as a participar de estos TCM habiliten acríticamente tratamientos en Salud Mental, legitimando renovados procesos de medicalización de los padecimientos psicológicos.

La problemática de la medicalización (Illich, 2006; Iriart, 2018) se analiza en la presente investigación a partir de la inauguración del acceso al cannabis como complemento y/o alternativa terapéutica para el tratamiento de padecimientos de Salud Mental en la ciudad de Rosario.

Fundamentación de la relevancia del problema

Como profesionales de la Salud Mental resulta un compromiso ético reflexionar sobre nuestra influencia dentro de una matriz medicalizadora de los problemas de sufrimiento subjetivo producidos por los modos de vida actuales. Por ello, se busca precisar el aumento de la oferta de TCM en el campo de la Salud Mental, indagando los espacios que ocupan actualmente los psicólogos/as en este área de intervención.

Si bien el profesional psicólogo/a no posee dentro de los alcances de su título la prescripción de medicación sí está formado para asesorar al médico/a que la indica. En este sentido cabe considerar todas las posibilidades de consulta y orientación tendientes a promover, recuperar y rehabilitar la salud de los pacientes tratados. Por tanto, toda evaluación, diagnóstico y pronóstico que aporte el profesional de la Psicología condiciona el tratamiento y determina el seguimiento de los/as pacientes que se someten a un TCM.

El abordaje interdisciplinario en estos tratamientos se considera fundamental. Los aportes de los/as profesionales de la Psicología permiten, además de todo lo mencionado anteriormente, un acompañamiento de los pacientes en su padecimiento que puede contribuir a la adherencia, eficacia y seguridad de los tratamientos.

La escucha y contención de los pacientes en estos procesos, como se verá más adelante que está delegada en los/as psicólogos/as, resulta central para detectar a tiempo los riesgos y daños posibles por un consumo inadecuado. En el seguimiento constante del tratamiento pueden advertirse signos de policonsumo de drogas, con los peligros que ello implica, y también signos de consumo abusivo.

El cannabis como alternativa terapéutica ingresa al campo de la Salud Mental recientemente y se encuentra en un largo proceso de debate profesional que exige considerar la evidencia existente para la validación de su eficacia y seguridad como medicamento. En tanto tal puede presentar los mismos riesgos de medicalización que pueden observarse actualmente con muchos otros psicofármacos de circulación legal.

Una inquietud recorre esta investigación de inicio a fin: ¿los/as psicólogos/as que intervienen en los TCM actúan promoviendo el cuidado de la salud y la salud mental de quienes acceden a estos tratamientos, o bien, habilitan y promueven acríticamente procesos de medicalización en el campo de la salud mental llegando a producir efectos iatrogénicos en los pacientes?

Objetivos generales y específicos

Un análisis completo del potencial terapéutico del cannabis y sus derivados debe incorporar no sólo una consideración de los beneficios resultantes de su aplicación, sino también una apreciación de los posibles riesgos y daños de su uso para la salud de las personas que eligen un TCM como alternativa terapéutica.

Estando advertidos de los procesos de medicalización y de sus efectos iatrogénicos sobre las poblaciones (Iriart, 2018) es que se vuelve necesario en primer lugar conocer los puntos de acceso a un TCM en Rosario.

El objetivo de la investigación es identificar los espacios de acción profesional de los Psicólogos/as que se encuentran trabajando en los equipos interdisciplinarios que se conforman en el proceso de los TCM, específicamente para problemáticas del campo de la Salud Mental, en la ciudad de Rosario. Se busca indagar así los beneficios de la incorporación de Psicólogos/as a estos equipos, y se intenta contrastar las dificultades con las que se encuentran aquellos equipos que sólo se encuentren integrados por profesionales de la Medicina.

Se pone énfasis en la determinación de la participación del profesional psicólogo en las acciones de: diagnóstico, evaluación de síntomas, pronóstico, tratamiento, seguimiento, recuperación, etc.

Hacia el final de este escrito también se proponen líneas de referencia para el trabajo del/a profesional psicólogo/a desde un paradigma de reducción de riesgos y daños. Se intenta así concebir acciones de cuidado y estrategias particulares para responder a la aparición de estos tratamientos en el campo de la Salud Mental.

Marco Teórico

a- Definición y caracterización de los principales conceptos

El marco teórico desde el cual se proyecta el presente trabajo es el paradigma de reducción de riesgos y daños. Este surge en oposición y respuesta al fracaso y a los daños producidos por el paradigma prohibicionista-abstencionista (Inchaurreaga, 2003).

La reducción de daños es un conjunto de teorías, prácticas e intervenciones que conforman el nuevo paradigma en políticas de drogas. Busca minimizar los daños asociados tanto con el consumo de drogas como con las políticas de drogas ineficaces centradas en la prohibición, el encierro y la estigmatización de los usuarios (extraído de www.arda.org.ar).

El marco elegido permite proponer estrategias de reducción de riesgos y daños en relación al uso del cannabis medicinal, con miras al cuidado de la salud de los/as pacientes bajo TCM.

Considerando la magnitud que adquiere el uso de cannabis medicinal en nuestro país, y especialmente su disponibilidad para el tratamiento de cuestiones de Salud Mental, se estima necesario problematizar esta alternativa como una nueva forma de medicalización, entendida como la “expansión de la jurisdicción médica sobre situaciones previamente no consideradas como padecimientos” (Iriart, 2018, p.96).

Debe mantenerse una posición precavida ante el incremento de la oferta de estos tratamientos, sabiendo que el “uso excesivo, innecesario, injustificado y muchas veces iatrogénico está más relacionado con el lucro que con la salud” (Iriart, 2018, p.97). El/la profesional psicólogo/a, advertido de estos procesos históricos en el campo de la Medicina, puede reflexionar así sobre su acción respecto de los recientes TCM en su campo particular, el campo de la Salud Mental.

El trabajo de los psicólogos y psicólogas queda enmarcado desde 2010 bajo la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. La misma define a la Salud Mental como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (p.10). Desde esta complejidad inherente al campo de la Salud Mental se sitúa el campo propio de conocimiento y de acción de la Psicología para luego reflexionar acerca de los TCM que se desarrollan actualmente en la ciudad de Rosario.

La mencionada ley, en su artículo 7, afirma el “derecho a recibir atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos” (p.13) y sostiene para las personas con padecimiento mental el “derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento” (p.15). Cabe preguntarse entonces si los TCM tienen estos fundamentos científicos y si son ofrecidos a los pacientes que pudieran elegirlos entre distintas alternativas terapéuticas para sus padecimientos singulares.

La propia complejidad del campo de la Salud Mental reclama para su abordaje un nivel igual de complejidad en los saberes y técnicas que se disponen para ello. El tratamiento de la Salud Mental desde solo una disciplina limita la producción de conocimientos acerca del objeto sobre el cual se quiere intervenir. “La aproximación interdisciplinaria, en cambio surge ante la demanda social, ante las situaciones de problemas cada vez más complejos y por la evolución interna de las ciencias” (Elichiry, 1987, p.2). Comprendida en este sentido, la complejidad inherente a la Salud Mental determina la necesidad de la cooperación de distintos saberes y profesiones para lograr un abordaje integral.

Bajo esta perspectiva integral e interdisciplinaria puede discernirse la fundamentación para la integración de profesionales de la Psicología a los equipos clínicos que ofrecen TCM en Rosario. Esta investigación apunta, más allá de la razón de su incorporación a estos dispositivos clínicos, a los espacios de acción reales que ocupan hoy allí.

Un último concepto a ser mencionado introductoriamente es el de accesibilidad. Este concepto permite profundizar sobre el “vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (Comes, 2007, p.208) de salud. Mediante esta comprensión pueden ahondarse tanto las condiciones en que se ofrecen los servicios de salud como las representaciones que los sujetos demandantes de ese servicio se hacen de ellos. Esto resulta así en algo más que un simple análisis de lo que se ofrece, particularmente en TCM en Rosario, para dar un paso más y considerar los usos reales que se hacen hoy de estos servicios.

b- Objetivos

Objetivo general: identificar los espacios de acción profesional de los Psicólogos/as que se encuentran trabajando en los equipos interdisciplinarios que brindan TCM, específicamente para problemáticas del campo de la Salud Mental, en la ciudad de Rosario.

Objetivo específico: proponer acciones y líneas de referencia para el trabajo del/a profesional psicólogo/a desde un paradigma de reducción de riesgos y daños.

c- Hipótesis

La hipótesis para el trabajo de investigación es que la inclusión de profesionales Psicólogos/as legitima intervenciones en el campo de la Salud Mental, abriendo las puertas a renovados procesos de medicalización de los padecimientos psicológicos.

d- Variables o categorías que fundamentan la investigación

Las categorías de análisis que permitirán abordar el problema planteado son: salud mental, interdisciplina, accesibilidad, y medicalización.

Métodos y procedimientos de recolección de datos

Se elige como técnica la entrevista semidirigida y se selecciona a algunos/as profesionales que se encuentran dedicados/as a los TCM en la ciudad de Rosario.

A partir de un primer acercamiento se encuentra que la consulta médica para obtener información sobre TCM puede buscarse en Rosario de dos formas: mediante los llamados *Consultorios de Cannabis* (CC) o vía las *Organizaciones Cannábicas* (OC).

Se abordan así dos espacios: uno Público/Estatal y otro Privado/Civil. Por un lado se encuentran los “Consultorios de Cannabis Medicinal” que funcionan en Centros de Salud y Hospitales Públicos bajo jurisdicción de la Provincia de Santa Fe, y por otro lado, las distintas asociaciones civiles que ofrecen información y facilitan el acceso a TCM.

Dadas las limitaciones del presente trabajo se seleccionan dos OC, escogidas en razón de su antigüedad y reconocimiento en la ciudad, además de la distinguida integralidad en sus abordajes; ellas son:

1 - La *Asociación de Usuaris y Profesionales para el abordaje del Cannabis y otras drogas* (AUPAC), una organización sin fines de lucro fundada en 2017 por profesionales involucrados previamente en el activismo cannábico. Ofrece un dispositivo de atención interdisciplinaria médico-psicológica constante y posee además dentro de la organización profesionales de la Bioquímica, la Nutrición, la Veterinaria, entre otros campos. Se entrevista a una Psicóloga con más de 10 años de experiencia en el uso de cannabis medicinal, fundadora de la organización.

2 - El *Centro de Estudios Interdisciplinarios en Salud* (CEIS), una ONG formada por profesionales y estudiantes del campo de la salud que se especializan en terapias a base de cannabis. Fundada más recientemente, en 2021, ofrece asistencia profesional con un equipo interdisciplinario que asesora y acompaña a usuarixs, familias y círculos de apoyo. Se entrevista a la Psicóloga encargada de la coordinación general del equipo de salud de la ong.

Por otro lado, se prefiere acudir a solo un CC ya que no se encuentran profesionales Psicólogos allí sino una atención centrada en profesionales de la Medicina (Neurólogos, Psiquiatras, Médicos generalistas, etc.). Se selecciona el Hospital Centenario como espacio para la investigación y se entrevista a un Médico Neurólogo que tuvo un lugar central en el armado, capacitaciónn y coordinación de los CC en la provincia de Santa Fe.

Las entrevistas se conducen sobre los siguientes ejes de interés: años de atención, composición de los equipos (si los hay), criterio de inclusión/exclusión de profesionales de la Salud Mental, división de roles profesionales, calidad de los seguimientos, valoración de la evidencia disponible de TCM, consideración del cannabis como alternativa terapéutica frente a otros medicamentos ya conocidos, estimación del desarrollo a futuro del cannabis a escala local y nacional, entre otros.

Las observaciones de los espacios que ofrecen TCM en Rosario sumada a los testimonios obtenidos a partir de las entrevistas son analizados comparativamente para responder a los objetivos propuestos al inicio.

Desarrollo

¿Qué es el cannabis?

Cannabis, marihuana, cáñamo, sea como sea nombrada, se refiere siempre a la planta “Cannabis Sativa L.”. Planta herbácea anual, de corta temporada de crecimiento, con capacidad de adaptación a diversas condiciones (climas, suelos, atmósferas), que puede ser utilizada en su totalidad y en la que se encuentran unos compuestos químicos muy particulares: los cannabinoides.

Numerosas fuentes bibliográficas pueden explayarse sobre sus usos históricos por miles de años, ya sea que se piense en su consumo como alimento, su manufactura elaborada para tela y cuerdas, o en sus usos medicinales, espirituales o religiosos. Para más información sobre su historia puede consultarse Herer, J. (1985) y Soriano, F. (2017).

Fue una de las primeras plantas en ser domesticadas, cerca del año 10.000 a.C., su origen se sitúa en Asia central, en los territorios hoy pertenecientes a China, India y otros países de Medio Oriente. Actualmente se la encuentra en todos los continentes, estando prohibida en varios países y sólo legalizada completamente en un puñado de naciones.

El uso de esta planta se encuentra bajo una polémica interminable que puede ser captada con un breve recorrido histórico. En 1961 ocurre uno de los actos más determinantes para el destino actual del cannabis: habiendo sido incluido dentro de la *Convención Única de Estupefacientes de Naciones Unidas* comienzan décadas de prohibición y persecución penal de sus usuarios. La connotación negativa del consumo de marihuana viene dada por su asociación con crímenes violentos y enfermedades mentales, así como por una gran estigmatización de quienes la consumen.

La década del 70' es tiempo de instauración de una gran “guerra contra las drogas”, liderada por los Estados Unidos, bajo la doctrina de la “defensa nacional”. Por aquella época es ilegal sembrar, cultivar y hasta guardar semillas y elementos para su producción. Hoy puede reconocerse en esta persecución motivos políticos y morales por sobre un fundamento científico en contra del consumo de marihuana, una persecución que ha generado más daños que el producido por el uso mismo de la planta (Inchaurraga, 2003).

Varias décadas tendrán que pasar hasta la reclasificación del cannabis en la ONU y el reconocimiento oficial de su potencial terapéutico. Hoy en día se reconocen, con distintos niveles de evidencia, tratamientos a base de cannabis para dolor, depresión, ansiedad, anorexia, caquexia, convulsiones, trastorno del sueño, náusea y vomitos asociados a quimioterapia, etc. (Ascolani, 2014).

A pesar de ello los procesos de disputa por la legalización y regulación del uso de cannabis continúan en el presente de manera que es necesario tener en cuenta un marco legal en constante variación.

En lo referente a Argentina deben tenerse presentes tres normas vigentes en una coexistencia problemática, entrecruzando visiones desde lo Penal, lo Sanitario y lo Económico.

Paralelamente puede mencionarse la *Ley de estupefacientes* (Ley 23.737) del año 1989 que aún determina las prohibiciones del cultivo, tenencia y comercialización de la planta, incluida bajo la categoría de “estupefaciente”; la *Ley de Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados* (Ley 27.350) del año 2017 que inaugura el marco legal para la investigación, producción y prescripción de derivados de la planta tales como el aceite de cannabis; y, por último, el *Marco Regulatorio para el Desarrollo de la Industria del Cannabis Medicinal y el Cáñamo Industrial* (Ley 27.669) del año 2022 que promueve el desarrollo nacional de estas cadenas productivas.

Es necesario reconocer detrás de las últimas dos leyes referidas la acción colectiva de los movimientos y organizaciones cannábicas. Décadas de activismo y discusión pública preceden al debate legislativo que conduce al actual estado de situación.

Lo que se viene gestando y desarrollando así son los espacios regulados para la investigación y el desarrollo del cannabis, no sólo para fines medicinales sino también industriales, abriendo las puertas a negocios millonarios en el rubro (tal como ya sucede en otros países como Canadá y EEUU). En lo que respecta a este trabajo sólo se profundizan los esfuerzos y demandas por el acceso a tratamientos con cannabis medicinal en Argentina y más puntualmente en la ciudad de Rosario.

A continuación se profundizará sobre los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son hoy los usos medicinales del cannabis? ¿Con qué evidencia empírica se cuenta para fundamentar su potencial terapéutico? ¿Cómo se accede a un tratamiento?

Cannabis Medicinal

Las investigaciones para el uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados son habilitadas en Argentina a partir de la mencionada Ley 27.350, sancionada en 2017, pero de manera restringida para casos de epilepsia refractaria. Recién en 2020 y 2021 se amplían las posibilidades de investigación más allá de estos casos, estableciendo un registro específico para “todos los pacientes que acceden a través del cultivo controlado a la planta de cannabis y sus derivados, como tratamiento medicinal, terapéutico y/o paliativo del dolor” (Resolución 800/2021, s.p.).

Existe así desde 2020 (reglamentado en 2021) el *Registro del Programa Nacional de Cannabis* (REPROCANN) que establece un registro específico y otorga el marco legal a estos tratamientos, asegurando la protección ante la ley penal en todo el país.

A partir del REPROCANN puede apreciarse un incremento en la accesibilidad y disponibilidad de TCM. En el primer año de reglamentación del registro se inscribieron unos 80.000 pacientes y a fines de 2023 se reconocían ya más de 200.000 inscriptos.

Actualmente se continua desarrollando evidencia sobre el uso de cannabis para variados diagnósticos de Salud y Salud Mental. Estos tratamientos se producen dentro de un marco de

seguimiento y cuidado profesional para el ajuste de las dosis según las particularidades de cada caso, indicando las vías de administración más adecuadas. En la mayoría de casos se trabaja con administración de gotas de aceite de cannabis ingerido por vía sublingual aunque otra forma muy común es la vía inhalatoria.

Para comprender cuales son los elementos terapéuticos presentes en la planta de cannabis es necesario profundizar en su estudio fitoquímico. Lo que se utiliza de la planta son sus metabolitos secundarios, estos son compuestos químicos sintetizados por las plantas que cumplen funciones no esenciales en ellas. Entre ellos se encuentra a los aludidos fitocannabinoides, pero también a los terpenoides y los flavonoides, entre otros.

El descubridor del principal ingrediente activo del cannabis fue Raphael Mechoulam, un médico israelí que sintetizó aisladamente la molécula Δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC) por primera vez en 1964. También aisló el *cannabidiol* (CBD) y dirigió un grupo de investigación que continuó profundizando en este campo por décadas.

Su funcionamiento está asociado a un sistema endógeno en nuestro cuerpo: el sistema endocanabinoide. La comprensión de este sistema es la base de entendimiento de los mecanismos de acción de los distintos fitocannabinoides hallados en la planta.

El interés farmacológico de estos compuestos reside en su potencial analgésico, antiinflamatorio, antiemético, orexígeno, antitumoral, antiespástico, antidepresivo, ansiolítico, antioxidante, entre otros efectos probados (Ascolani, 2014). Estos efectos permiten pensar una lista de “blancos terapéuticos” para la indicación razonable de cannabis, en donde podría ubicarse: espasticidad, tics y estereotipias, dolor, depresión, apatía, crisis de irritabilidad, ansiedad, movimientos involuntarios, rigidez, distonías, anorexia, caquexia, convulsiones, trastorno del sueño, náusea y vomitos, etc.

Hoy se reconocen a los fitocannabinoides, o simplemente cannabinoides, como los compuestos de mayor interés farmacológico en la planta de cannabis. Son liposolubles por lo que pueden extraerse con aceites, alcohol y otros solventes orgánicos para obtener resinas concentradas a partir de las cuales se elaboran distintos productos medicinales.

El efecto terapéutico dependerá de la composición específica de cada derivado de la planta y esto puede visualizarse mediante estudios cromatográficos que, en el caso de los aceites de cannabis por ejemplo, arroja una cuantificación de cannabinoides precisa.

Se deja aquí de lado el consumo del cannabis por vía inhalatoria para ahondar en los procesos de purificación y aislamiento de cannabinoides específicos en forma de aceites. Lo que se obtiene en estos preparados puede ser, dependiendo de la materia prima, aceites de cannabidiol aislado (sólo contiene CBD, normalmente en una proporción de 100mg/ml) o bien aceites “de espectro completo” (contienen más de un cannabinoide).

En su mayoría lo producido a gran escala por empresas farmacéuticas son aceites de CBD aislado (*Convupidiol*®, *Kanbis*®, *Epidiolex*®) mientras que lo obtenido por autocultivo, ya sea individual o asociativo, son aceites de espectro completo.

Debido a las fuertes restricciones legales para el estudio del cannabis medicinal, por haber sido considerada una droga peligrosa por décadas, sólo empieza a haber sólida evidencia científica hace pocos años, y esto únicamente viene teniendo lugar en los estudios de las grandes empresas farmacéuticas (especialmente en Estados Unidos). Hasta hace pocos años los ensayos sólo estaban permitidos si excluían al THC de la composición del medicamento a testear. Este cannabinoide, por sus conocidos efectos psicotrópicos, era relegado en los estudios para fines exclusivamente terapéuticos.

Por estas regulaciones es que la mayoría de estudios y ensayos clínicos realizados hasta el momento muestran resultados y evidencias del CBD aislado, haciéndolo el primer producto en llegar a los mercados masivos de la mano de los grandes laboratorios.

Como se desarrollará más adelante, esto no detiene la producción de evidencia empírica por parte de los usuarios que cultivan sus propias plantas ni de los profesionales en las asociaciones civiles que cultivan solidariamente para decenas de pacientes registrados. Puede adelantarse aquí que existen ya años de documentación de historiales clínicos, notas, planillas y registros de seguimientos de tratamientos, importantes casuísticas a ser tomadas en cuenta para considerar los resultados que vienen teniendo los tratamientos con aceites de espectro completo. Esto abre a la consideración de los beneficios de la incorporación no sólo del THC sino también de otros cannabinoides, terpenoides y flavonoides presentes en la planta de cannabis.

Un gran desbloqueo para la accesibilidad de tratamientos con cannabis medicinal ha sido el nombrado REPROCANN. Puede considerarse a este normativa no solo como un sistema informático de registro, sino también como una política de acceso a la salud, en tanto inaugura el acceso legal al cannabis medicinal promoviendo tanto las posibilidades de abastecimiento de la droga, por un lado, como la obligación de requerir la mediación profesional para su prescripción por otro lado.

Se profundizará ahora sobre los siguientes interrogantes: ¿en qué estado se encuentran estas investigaciones en Rosario? ¿Qué rol profesional desempeña el/la Psicólogo/a en ellas? ¿Cómo se componen los equipos interdisciplinarios o dispositivos clínicos de atención? ¿Por qué optan por el cannabis como alternativa terapéutica?

Análisis de las entrevistas

A continuación se destacan 5 ejes de relevancia para el análisis comparativo de la información obtenida en las entrevistas: accesibilidad de los TCM y disponibilidad de aceites de cannabis; motivos de consulta; rol del/a profesional psicólogo/a (o apreciación de su ausencia en el caso del CC); resistencias a la incorporación del cannabis como alternativa terapéutica; y, por último, riesgos de medicalización observados.

Para facilitar la lectura de los resultados de las entrevistas se seleccionan breves citas para integrar al análisis y se anexa al final de este trabajo un cuadro con todas las citas pertinentes para una fundamentación más ampliada de lo desarrollado a continuación.

► Accesibilidad de los TCM y disponibilidad de aceites de cannabis

El concepto de accesibilidad es fundamental en este análisis ya que permite evaluar el “vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios”; esto es, “interesarse tanto por las condiciones y discursos de los servicios como por las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Comes, 2007, p.208).

Esta dimensión abre a la comprensión de los modos en que pueden estar ofertándose los TCM a los potenciales demandantes en el territorio de la ciudad de Rosario. Resulta interesante entonces identificar los aceites de cannabis disponibles en el mercado, sean productos de grandes laboratorios farmacéuticos o aceites de producción artesanal; y, a la vez, poder distinguir las formas en las cuales estos medicamentos son expendidos.

A partir de las entrevistas pudo determinarse que al día solo existe una empresa productora de aceites de cannabis en Santa Fe: LIF (Laboratorio Industrial Farmacéutico). Allí se elabora aceite de CBD aislado a partir de la importación de materias primas. Esta es la única producción local (provincial) a la fecha que se distribuye de manera gratuita, exclusivamente a través de la prescripción médica por vía de excepción y bajo plan de gestión de riesgo de LIF para efectuar su farmacovigilancia. A este aceite se accede por prescripción de una médica o un médico en el sistema público de salud de Santa Fe.

Se llamará “vía pública” a la cual puede accederse por turnos tomados en los CC. Se reconoce que desde fines del 2023 funcionan más de 30 en la provincia de Santa Fe, brindando 4 turnos semanales en cada efector, están distribuidos en Hospitales y Centros de Salud de las grandes ciudades de la provincia y en algunas pequeñas localidades. El principal aceite que se receta en estos espacios es el mencionado aceite del LIF (ver anexo).

Para otros casos se considera necesario emplear aceites con THC para tratar el síntoma más adecuadamente, por ejemplo para el tratamiento de dolor crónico. Estos casos requieren el establecimiento de una estrategia de abastecimiento paralela ya que el sistema provincial de farmacia sólo autoriza aceites de CBD para pacientes con epilepsia refractaria (ver anexo).

Estos aceites pueden asegurarse para la continuidad del tratamiento de varias formas: autocultivo, cultivo solidario, o mediante una OC.

Una vez garantizado el recurso terapéutico se establece una evaluación integral del estado del paciente, sus expectativas del tratamiento y un esquema de tomas del aceite. Estos espacios clínicos aportan evidencia de TCM con aceites de CBD principalmente, pero también THC, CBG y otros metabolitos secundarios de la planta aún menos estudiados.

Tanto en los consultorios de Hospitales y Centros de Salud como en las organizaciones cannábicas los pacientes pueden solicitar una inscripción al REPROCANN para asegurarse su protección ante la ley penal por el cultivo y/o posesión de plantas de cannabis y productos elaborados en base a ella si así lo prefieren.

La segunda vía de acceso a TCM se diferenciará como “vía privada”, esta es la mediación ocurrida en las Organizaciones Cannábicas. En ellas se manifiesta la disponibilidad de aceites de CBD pero también aceites de THC y de proporciones equilibradas de CBD y THC.

Las dos organizaciones contempladas tienen sus propias producciones de cannabis, respaldadas con una inscripción al REPROCANN y certificadas con los análisis de los laboratorios correspondientes. Las cosechas regulares y constantes de distintos tipos de cannabis permiten tanto la trazabilidad como la especialización de los elaborados (ver anexo).

► Motivos de consulta

Se registra que en los CC las consultas aportan todo tipo de información acerca del cannabis como alternativa terapéutica y aseguran la prescripción, abastecimiento y evaluación del tratamiento si el paciente es considerado candidato a recibir un TCM por su sintomatología.

Si bien se atienden preguntas en relación a todo tipo de cuadros clínicos la mayoría de las consultas se realizan por epilepsia refractaria y por dolor crónico. Debido a la cronicidad de estos casos clínicos los tratamientos no suelen ser restringidos en el tiempo. El trabajo de estos profesionales busca coordinarse con los médicos y médicas de cabecera de los pacientes que llegan a consulta y no busca sustituir esa relación previamente establecida.

En contraste con esta situación, en las OC se recepcionan demandas respecto de un espectro mucho más amplio de sintomatologías. Por ejemplo, en el CEIS se admite que “el 80% de las consultas se producen por ansiedad” (ver anexo). Aseguraron que en la pandemia de COVID-19 se acentuaron los problemas para sostener e inducir el sueño, y además, se notó un aumento general de la ansiedad, dos focos actuales de consulta que reciben para TCM.

Por su parte, en AUPAC, se identificó un abanico mucho más amplio en relación a las consultas: “dentro de lo que es salud tenemos personas con psicosis, autismo, asperger; (...) depresiones profundas, anorexia, bulimia, trastornos alimentarios, border o TPL; tenes un plus de diagnósticos” (ver anexo). Si bien se producen consultas por todos estos cuadros tan disímiles la mayoría de los pacientes en TCM coinciden con lo expresado por el CEIS; esto es, se consulta más por tratamiento para sintomatología ansiosa y por problemas para dormir.

Estos testimonios dan cuenta del amplio abanico de consultas y de aplicaciones actuales de TCM en salud mental. Esto muestra que es un error suponer que el uso de cannabis como alternativa terapéutica se reduce hoy al tratamiento del dolor crónico y de la epilepsia farmacorresistente. Puede verse así que se se ha ampliado la indicación hacia otras patologías y otras sintomatologías sobre las cuales el nivel de evidencia para TCM es aún hoy menor.

► Rol del/a profesional psicólogo/a (o apreciación de su ausencia)

En las entrevistas realizadas pudo determinarse que aunque los CC no cuentan con Psicólogos/as en sus espacios de atención sí estuvo contemplada la opción de un abordaje interdisciplinario. Esto no pudo lograrse debido a falta de recursos estatales y al freno de los avances del cannabis medicinal por cambios en la gestión política tanto a nivel provincial como nacional en las últimas elecciones (2023).

Esta limitación fue reconocida en la entrevista marcando la necesidad de que el trabajo del consultorio no se reduzca a la mera prescripción de cannabis. Se reconoce que en un caso ideal “un equipo transdisciplinario permitiría pensar una cuestión más integral en relación a los tratamientos” (ver anexo). Se observa cómo esto circunscribe la atención a la prescripción y descuida la supervisión singular del paciente.

Por su parte, ante la consulta en las OC se lleva adelante un proceso de admisión que suele comprender una entrevista inicial, el establecimiento del diagnóstico o limitación de la sintomatología a tratar y la diagramación de un esquema de seguimiento para la evaluación del tratamiento. Estos procesos de admisión son desarrollados por duplas médico-psicológicas.

La principal diferencia evidente a considerar en las OC es la inclusión de estos profesionales de la Salud Mental. En las entrevistas pudo apreciarse que los equipos interdisciplinarios cuentan, además de los/as médicos/as a cargo de la prescripción de los TCM, con psicólogos/as, y, en el caso de AUPAC, también nutricionistas. Los equipos conformados delimitan la sintomatología y deciden la posibilidad de un TCM, dando inicio a una supervisión constante que promueve la efectividad, continuidad y seguridad del tratamiento.

En el CEIS se destacó la formación del equipo de salud mental como central para el abordaje integral de los pacientes y para una visión ampliada sobre su sintomatología (ver anexo). El seguimiento queda a cargo de los/as psicólogos/as una vez que se establece el tratamiento y solo se vuelve a consulta con el/la médico/a para control cada 15 días.

Tanto en AUPAC como en CEIS se encuentra que los profesionales no consideran al TCM como un trabajo aislado, por lo que se disponen a trabajar en interconsulta con los médicos de cabecera de los pacientes tomados. Al igual que los médicos en los CC, los equipos de las OC intentan no centralizar el trabajo sobre estos consultorios especializados para poder así descentralizar y multiplicar los espacios de información sobre TCM.

De manera esquemática podría señalarse que los roles profesionales se dividen dentro de los equipos interdisciplinarios de la siguiente manera:

- Médicos/as: delimitan sintomatología “específicamente física”; emiten las prescripciones para el aceite de cannabis; controlan el ajuste progresivo de las dosis y las posibles interacciones con la medicación previamente establecida de los pacientes (la mayoría de los consultantes llegan polimedicados por lo que este punto es crucial).

- Psicólogos/as: delimitan sintomatología “específicamente psicológica”; dan un espacio de escucha y contención para el padecimiento de los pacientes (aunque no brindan espacios de psicoterapia propiamente dicha); están a cargo del seguimiento y evolución para el mayor beneficio terapéutico del tratamiento; y, se ocupan de una sintomatología que podría denominarse “secundaria”, a saber, condiciones asociadas al diagnóstico central para el cual se indica el TCM.

Esta diferenciación sólo apunta a discriminar la división de tareas observada al interior de los equipos interdisciplinarios de atención; en la práctica efectiva su trabajo se realiza en conjunto, o bien, de manera totalmente coordinada con una comunicación permanente.

Resulta ineludible mencionar que, si no se limita el análisis a las acciones tendientes a suprimir la enfermedad o el padecimiento, pueden enfatizarse también las tareas de promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida. Esto último implica los beneficios resultantes de poder influir sobre la calidad de sueño, el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal del paciente, entre otras cosas más.

Las duplas médico-psicológicas parecen funcionar muy bien en este sentido. Mientras tanto, la ausencia de profesionales de la Psicología que pudieran cumplir las tareas arriba mencionadas traerían aparejadas ciertas dificultades y carencias en la atención en salud.

Antes de pasar al próximo eje es importante señalar aquí el aporte de evidencia clínica de las OC como evidencia del mundo real, producto de los años de elaboración de historiales clínicos y planillas de registro. Las profesionales entrevistadas en ambas organizaciones mostraron un fuerte compromiso para la construcción colectiva del conocimiento sobre los TCM y afirmaron la necesidad de publicar sus investigaciones e informes de relevamiento de los historiales clínicos para abrir esa información al público interesado.

Los/as psicólogos/as participan activamente en la producción de evidencia sobre TCM, proponiendo líneas de investigación y aportando evaluaciones para el relevamiento de la seguridad y efectividad de los tratamientos. Avances en las investigaciones de estas dos organizaciones, así como de otras a nivel nacional, pueden encontrarse en las publicaciones de la revista *Cannabis y Salud* (Sedan, 2024), particularmente su tercera edición del año 2024.

Se determina que la investigación paralela a la prescripción de TCM es llevada adelante respetando criterios éticos. Esto puede afirmarse siguiendo las observaciones de Emanuel et al. (2000) que apunta como requisitos éticos, además del consentimiento informado, que la investigación clínica aporte: valoraciones sobre los usos terapéuticos del cannabis, efectos científicamente validables y comparables, tratamientos con una relación riesgo-beneficio

favorables, resultados públicos abiertos a la evaluación independiente, y un respeto total a la intimidad de los datos e información del paciente.

Cabe recordar que la evidencia científica de los TCM es aún muy baja para cuestiones no relacionadas directamente con la epilepsia refractaria, el dolor crónico y, en menor medida, para vómito y náuseas asociados al cáncer. Pero esto sólo es así si se decide hablar de evidencia científica limitando la consideración a los meta-análisis, las revisiones sistemáticas y los estudios controlados aleatorizados.

Por debajo en esa jerarquía pueden encontrarse múltiples estudios abiertos, observacionales, reportes de casos y opiniones de expertos de lo más diversas sobre el potencial terapéutico del cannabis. En estos estudios observacionales el testimonio y las evaluaciones producidas por los/as profesionales psicólogos/as puede aportar información importante respecto de la dimensión subjetiva del paciente bajo TCM.

► Resistencias a la incorporación del cannabis como alternativa terapéutica

El obstáculo central aquí es el mismo que se mencionó en la introducción a este trabajo: el problema del estatus legal del cannabis tanto en Argentina como a nivel mundial. Las restricciones para la investigación del cannabis siguen siendo una complicación a la hora de poder explorar libremente esta sustancia y poder difundir sus efectos terapéuticos. El control policial y judicial sobre la marihuana es un obstáculo para la investigación, desarrollo y garantía de TCM en todo el territorio nacional.

A continuación se incluyen algunos comentarios extraídos de las entrevistas para visibilizar las resistencias con las cuales se encuentran los y las profesionales al intentar ofrecer cannabis a pesar de la evidencia producida hasta el momento:

Yo trabajo en un sanatorio privado y un montón de veces traté de instalar el tema y siempre te corren con la misma “no hay evidencia de que se puede usar” [...] ¿Por qué no? Yo tengo evidencia empírica de personas que mejoran. [...] No es evidencia científica pero es evidencia empírica, está todo anotado, los efectos positivos y negativos que se tuvieron a partir de empezar a tomar el aceite. (ver anexo)

Esta renuencia a aceptar la incorporación del cannabis como alternativa terapéutica debe contemplarse en un marco en donde “la evidencia no se puede generar cuando se tiene una sustancia fiscalizada” (ver anexo). Resulta imprescindible por tanto una crítica sobre las reglas de juego de la industria farmacológica.

Se considera fundamental para ello contemplar dos elementos: lo primero es detenerse sobre la necesidad del cannabis de un “traje a medida” (ver anexo) para la investigación; y, lo segundo, es considerar a las OC como productoras de evidencia clínica. Teniendo esto en cuenta puede comprenderse mejor el estado de la cuestión respecto a los beneficios terapéuticos comprobados del cannabis y los niveles de evidencia disponibles.

Es que tanto la evaluación de aspectos subjetivos en el tratamiento, la variabilidad interindividual de las dosis mínimas efectivas, la diversidad de productos artesanales a base de cannabis observados y los múltiples elementos a ser considerados cuando se habla de mejoramiento de la calidad de vida (en vez de enfocar solo la enfermedad) reafirman la necesidad de unas condiciones especiales para la investigación de TCM.

Ahora bien, tanto el marco legal que prohíbe al cannabis como las reglas para la producción de evidencia en la industria farmacéutica son aspectos políticos que exceden el presente trabajo y no pueden abordarse aquí en profundidad.

► Riesgos de medicalización observados

Se aprecia un gran nivel de precaución en este punto por parte de los/as profesionales, ya sean formados/as en Medicina o en Psicología. De manera similar todos/as los/as profesionales expresan gran cautela a la hora de indicar cannabis como alternativa terapéutica.

Lo que sí aparece recurrentemente en las entrevistas destacado como riesgo son los casos de aquellas personas que se inscriben al REPROCANN y que acceden a cannabis, sea por autocultivo o por medio de terceros, encubriendo un uso recreativo como un uso medicinal.

En estos casos se alerta que, principalmente por el hecho de no contar con un seguimiento profesional, pueden producirse excesos, consumos abusivos y empeoramiento de las sintomatologías precedentes. Esto es mencionado en todas las entrevistas y es un punto que genera inquietud y molestia a los profesionales de la salud en este campo.

Por estas observaciones resulta imperativo interrogar si se llega a la consulta para legitimar un consumo precedente (algo más parecido a una automedicación) o para solicitar una intervención profesional sobre un padecimiento. Sea esta consulta en un CC o en una OC la diferenciación se sostiene: no es lo mismo hablar de la decisión individual de consumo del/a usuario/a de cannabis que hablar de la atención profesional que responde a la demanda por un tratamiento de salud con cannabis medicinal.

El médico del CC reconoció esto afirmando que existe “un gris donde el REPROCANN viene a darle legalidad a una situación que no está amparada en la ley de drogas”; en donde, “termina siendo un paraguas para gente que quiere hacer un uso adulto del cannabis, sin producir daño a terceros, amparados ante la ley” (ver anexo).

Una de las profesionales entrevistadas tuvo la claridad de enfatizar la diferencia evidente en la actualidad entre las OC formadas como asociaciones civiles y las empresas que se constituyen como SRL (ver anexo).

En estas empresas ubican los/as profesionales entrevistados/as los mayores riesgos de consumo excesivo de cannabis como producto del interés económico prevaleciendo sobre un interés de salud genuino. La mercantilización del cannabis se aprecia aquí por sobre la atención en salud bajo estrictos principios éticos.

Más allá de esta situación particular se observa que tanto en los CC como en los OC ocurre todo lo contrario a un uso excesivo del recurso farmacológico. Lo que se aprecia en estos espacios clínicos es una crítica pormenorizada de los esquemas de medicación de los consultantes que, muchas veces, llegan con largos historiales de consumo de todo tipo de fármacos. Incluso se destaca en varias ocasiones y con distintos profesionales, la oportunidad de reducir, sustituir y eliminar fármacos a partir de los TCM.

El médico del CC llega a reconocerlo así: “lo que veo es que muchas veces yo termino re-evaluando todo el esquema de medicación, no solo haciendo un consultorio de cannabis” (ver anexo). De esta manera puede verse como el espacio abierto para la consulta sobre cannabis permite no una medicalización sino una desmedicalización.

Esto mismo es resaltado en CEIS y en AUPAC, poniendo como ejemplos varias reducciones exitosas en pacientes con altos consumos de Tramadol, Clonazepam y Risperidona (ver anexo). Todos los casos de reducción de estos fármacos gracias a un TCM fueron conducidos en coordinación e interconsulta con los/as médicos/as y psiquiatras de referencia de los pacientes.

Consumo de drogas, medicalización y sociedad de consumo

El análisis de la relación entre las personas y las drogas no puede quedar escindido de las formas particulares que la época imprime a las relaciones entre las personas y sus consumos. Las drogas –sobre todo, las drogas legales– no han escapado a este proceso: tanto los medicamentos como el alcohol se han integrado a una batería de objetos de consumo para la vida cotidiana. (SEDRONAR, 2020)

Este recorte del documento publicado por la SEDRONAR, titulado *Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos*, habilita la consideración contextualizada de los consumos de drogas. Puede verse allí que la determinación de qué consumos son o no excesivos se complejiza cuando se normalizan ciertos consumos en la vida cotidiana.

Correlativamente, “mientras que las sustancias legales como los psicofármacos, el tabaco y el alcohol son no solo tolerados sino incluso promovidos, otras sustancias son demonizadas” (ibid.). El caso de la marihuana es ejemplar en este punto, es evidente cómo se promueve y se demoniza una misma sustancia. Se aprecia y se recomienda su uso medicinal al mismo tiempo que se condena y reprocha el uso no recetado por un/a médico/a.

Esta diferencia sostenida entre “cannabis medicinal legal” y “cannabis de uso recreativo ilegal” mueve a algunos consumidores a refugiarse bajo el paraguas del REPROCANN, como se ha comentado anteriormente, para evitar las consecuencias de la ley penal.

Esto lleva a dos situaciones: a la mentira de los usuarios de cannabis que fingen una patología para obtener su certificado que los habilite al autocultivo y posesión de marihuana; o bien, a la complicidad de algunos/as de los/as médicos/as que, a sabiendas de esto, aceptan

recibir honorarios particularmente más elevados que por cualquier consulta médica promedio para inscribir a los pacientes al sistema de registro.

Sea cual sea la situación, no debe considerarse esto simplemente un problema de gestión o de control de las políticas de acceso al cannabis sino una inconsistencia derivada del sostenimiento del paradigma prohibicionista.

Además, el consumo de cannabis, y su constante aumento en las últimas dos décadas, debe ser cuidadosamente observado dentro de la tendencia de incremento del consumo de otros estupefacientes ilegalizados pero también de otras drogas legales.

Este aumento puede comprobarse en los informes de resultados de los estudios nacionales de SEDRONAR de 2010 y de 2017, y, más recientemente en la encuesta nacional sobre consumos y prácticas de cuidado del 2022. En estos informes puede apreciarse la prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas, es decir, el porcentaje de la población que manifestó, al momento en que se realizó el estudio, haber consumido una determinada sustancia al menos una vez en su vida.

A partir de la serie estadística formada por estos tres informes puede indicarse un aumento de la prevalencia de vida de consumo de marihuana que va del 8,1% en 2010, a 17,4% en 2017 y finalmente al 26,3% en 2022. Se encuentra así una triplicación del consumo de marihuana paralela a la duplicación en los consumos de cocaína y de analgésicos opiáceos (sin pm), un sostenimiento en los consumos de tabaco, un crecimiento de casi el 15% en el consumo de alcohol, y, el más sobresaliente, un aumento del 470% en los consumos de tranquilizantes sin prescripción médica.

Estos datos estadísticos permiten dar un contexto objetivo respecto del consumo de marihuana en el país pero es necesario discriminar dentro de estos consumidores aquellos que específicamente lo hacen con fines medicinales. A los fines de esta investigación aquellos/as que eligen un TCM se consideran plenamente habilitados a hacerlo desde su derecho a la Salud. En este punto es interesante ver qué lugar ocupan los psicólogos/as.

El trabajo de los Psicólogos y Psicólogas queda enmarcado desde 2010 bajo la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. La misma define a la Salud Mental como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (p.10). Desde esta complejidad inherente al campo de la Salud Mental se sitúa el campo propio de conocimiento y de acción de la Psicología.

La mencionada ley, en su artículo 7, afirma el “derecho a recibir atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos” (p.13) y sostiene para las personas con padecimiento mental el “derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento” (p.15). Asegurando el cumplimiento de estos derechos es que psicólogos/as se

incorporan a los espacios profesionales que ofrecen TCM como complemento y/o alternativa terapéutica para cuestiones de Salud Mental.

Considerando la magnitud que adquiere el uso de cannabis medicinal en nuestro país, y especialmente su disponibilidad para el tratamiento de cuestiones de Salud Mental, se estimó necesario problematizar esta alternativa como una nueva forma de medicalización. Entendiendo a la medicalización como la “expansión de la jurisdicción médica sobre situaciones previamente no consideradas como padecimientos” (Iriart, 2018, p.96).

Se atiende así a una época de medicalización de la vida (Illich, 2006). Este escenario demanda detenerse para indagar críticamente estos procesos, conocer sus causas y discernir sus efectos negativos sobre la salud de la población. Ivan Illich supo ver esto hace más de dos décadas en los países desarrollados, en donde advirtió que la obsesión por una salud perfecta se convertía en un factor patógeno. Así lo afirmaba entonces:

El sistema médico, en un mundo impregnado del ideal instrumental de la ciencia, crea sin cesar nuevas necesidades de atención médica. Pero cuanto mayor es la oferta de salud más son las personas que tienen problemas, necesidades, enfermedades. Todos exigen que el progreso ponga fin al sufrimiento de los cuerpos, que mantenga el mayor tiempo posible la frescura de la juventud y prolongue la vida hasta el infinito. Ni vejez, ni dolor, ni muerte. Olvidando así que esta rebelión es la negación de la propia condición humana. (Illich, 1999, s/p)

La *salud perfecta* no es entonces un ideal a perseguir, ni individual ni colectivamente, sino más bien una ilusión que incluso conduce a efectos contrarios a lo esperado. La exigencia de poner fin al sufrimiento de los cuerpos termina negando la sensibilidad y la fragilidad humana, lo imperfecto más propio de la condición humana. En lugar de conducir a estados cada vez superiores de salud se multiplican los problemas, las necesidades y las enfermedades a tratar.

Como profesionales de la Salud Mental resulta un compromiso ético reflexionar sobre nuestra influencia dentro de esa matriz medicalizadora de los problemas de sufrimiento subjetivo producidos por los modos de vida actuales. El rol profesional no puede reducirse a la indicación de medicamentos que acallen, oculten o disimulen estos problemas.

La priorización del recurso medicamentoso como “solución” a los problemas de la vida humana está más ligado a un afán de lucro de la industria farmacéutica (Iriart, 2018) que a una política fundamentada y generalizable para la atención eficiente de los problemas de salud.

Las precisiones respecto del aumento del consumo de marihuana, así como de otras sustancias psicoactivas, son analizadas en el contexto de una supervivencia anestesiada y solitaria (Illich, 2006). ¿Puede considerarse de esta manera la posibilidad de que el cannabis se sume como una droga más a la batería de objetos de consumo para la vida cotidiana, como ya lo son el alcohol, el tabaco y otras drogas legales? Esta pregunta orienta una crítica del cannabis presentado como la nueva panacea de nuestra época, como la cura milagrosa que se ofrece, por ejemplo, para la ansiedad, el estrés y los trastornos de sueño.

Conclusiones: Uso racional del cannabis como alternativa terapéutica

El cannabis medicinal en sus múltiples formas ha probado ser seguro y efectivo para el tratamiento de diversos cuadros clínicos y para una sintomatología de lo más diversa. Esto ha sido así demostrado en el análisis de la evidencia clínica compartida por los/as profesionales médicos/as y psicólogos/as. Entre las posibilidades terapéuticas identificadas se encontró: epilepsia refractaria, dolor crónico, náuseas y vómitos asociados a quimioterapia, trastornos de sueño, trastornos de ansiedad, migrañas, depresión, etc.

En la presente investigación se intenta, mediante la comparación de las respuestas obtenidas en las entrevistas realizadas a los y las profesionales participantes de los TCM en Rosario, identificar cuales son los lugares a los cuales son convocados en su rol profesional los Psicólogos/as. Se ha dejado claro que no se observa la presencia de profesionales de la Psicología en la atención brindada en los Consultorios Cannábicos de Santa Fe (aunque exista una intención de integrarlos), y que, de momento, solo son llamados a participar en las Organizaciones Cannábicas de la ciudad.

En los CC, atendidos solamente por profesionales de la Medicina se reconoció la limitación para pensar cuestiones más integrales en el abordaje de TCM, haciendo notar cómo esto circunscribe la atención a la prescripción y descuida la supervisión singular del paciente.

En las OC indagadas el rol profesional del/a psicólogo/a se centra en los siguientes puntos:

- Reconocimiento y delimitación de sintomatología de salud mental: ansiedad, estrés, alteraciones del estado de ánimo, trastornos del sueño, fobias, etc.;
- Ofrecimiento de una escucha y contención para el padecimiento de los consultantes, sin establecer espacios de psicoterapia propiamente dichos;
- Seguimiento de la evolución del tratamiento, observando especialmente signos y síntomas relativos no solo a la enfermedad u objetivo terapéutico principal sino a la calidad de vida percibida por el paciente;
- Participación en investigaciones para la producción de evidencia clínica sobre los usos medicinales del cannabis aportando una mirada interdisciplinaria.

La atención integral, cercana, con comunicación constante entre profesionales y pacientes para una debida supervisión de los tratamientos, ha demostrado ser favorable a la reducción de la sobremedicalización de los pacientes consultantes. Esto ha permitido no sólo controlar la dosis mínima efectiva de cannabis para cada tratamiento sino también la apertura de un espacio de reconsideración de todo el esquema de medicación del paciente.

La hipótesis inicial de este trabajo de investigación, que alertaba sobre los procesos de medicalización de los padecimientos psicológicos, parece quedar así refutada parcialmente. Los espacios en donde se ofrecen TCM contemplados en esta investigación no promueven el uso acrítico del cannabis como recurso terapéutico.

Tanto en las OC como en los CC se observa que, contrario a los mencionados procesos de medicalización, lo que se abren son espacios de consulta con profesionales de la salud que permiten en muchos casos reducir el uso de fármacos en pacientes polimedicados.

Sin embargo, al igual que con otros medicamentos disponibles en el mercado farmacológico, el uso de cannabis puede derivar en abuso de la sustancia. Para evitar esto debe ponerse especial énfasis en las acciones de seguimiento de los TCM, velando por un uso racional del cannabis como herramienta terapéutica.

Ya sea que se esté hablando de cannabis o de cualquier otro psicofármaco debe hacerse un uso crítico de este recurso, siempre considerando otras medidas no farmacológicas en el tratamiento. Muchas veces se cree que el fármaco evita tener que trabajar sobre la dieta, el ejercicio, el descanso y las relaciones interpersonales, pero no puede afirmarse que exista un panacea para el sufrimiento humano, no hay cura mágica del dolor.

Lo que sí puede haber es un uso racional de medicamentos (OMS, 1986) en los casos en donde estos sean necesarios. El problema del “uso racional de medicamentos” ya es considerado en la OMS en la conferencia de expertos de Nairobi de 1985, una mayor profundización en este aspecto puede encontrarse en el informe elaborado en aquel momento.

El rol profesional del Psicólogo en TCM desde una perspectiva de RRD



(*) Revisión agencias reguladoras

(extraído de <https://www.farmaindustria.es/>)

La investigación y desarrollo de un fármaco cualquiera se ve así. Ahora bien, cuando se trata del cannabis, su compleja situación legal requiere algunas observaciones. Su descubrimiento a nivel molecular ya ha sido ubicado con Raphael Mechoulam en 1964, pero 60 años después puede verse que este proceso continúa abierto.

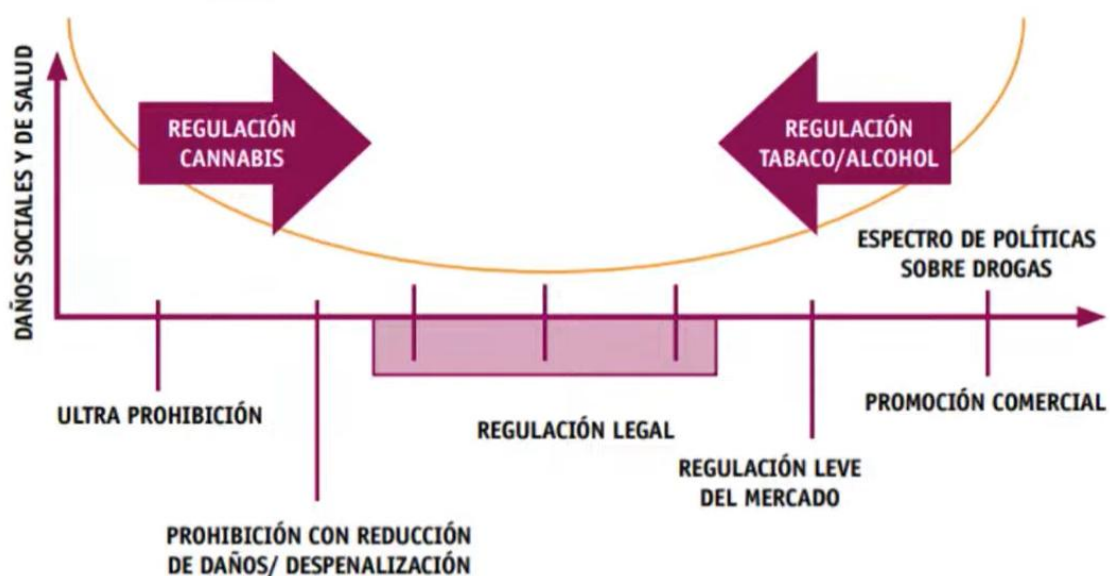
Se encuentran aún cientos de trabajos académicos sobre compuestos a base de cannabis en fase preclínica. Algunos productos han pasado los ensayos clínicos y se encuentran hoy comercializados legalmente. Se observa una intensa farmacovigilancia sobre los medicamentos que han llegado a estar en circulación. Siendo este el escenario no puede hablarse de una situación única de la investigación médica del cannabis y de su desarrollo en general.

A pesar de la ley 27.350 que enmarca la investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados aún se encuentran fuertes restricciones y limitaciones para el pleno desarrollo de la producción de elaborados a base de cannabis. El progreso futuro de la investigación de los usos terapéuticos del cannabis y el desarrollo de este a escala industrial está ligado a la modificación de la ley de drogas (Ley 23.737).

Esta situación es compartida a lo largo de todo el continente y no se limita estrictamente a la política argentina. Corda y Fusero (2016) supieron plantearlo en los siguientes términos:

Los países de América Latina y el Caribe deben estar preparados para escenarios de reforma de cara al futuro, en vez de pensar en soluciones provisionales que seguirán reproduciendo las mismas consecuencias nocivas. Dejar acotada la reforma únicamente al cannabis medicinal resulta ser una solución parcial, insuficiente y momentánea. Si realmente se desea cambiar esta realidad, es necesario avanzar hacia modelos de regulación estatal del cannabis para todos sus fines. (Corda y Fusero, 2016, p.1)

Esta visión confluye con la de los profesionales entrevistados, quienes también afirmaron desear dirigirse hacia una regulación legal del cannabis, una situación semejante a lo que ocurre actualmente con otras drogas legalizadas como el tabaco y el alcohol. Esta legislación permitiría abrir posibilidades de desarrollo productivo y comercial del cannabis pero también reducir los daños y riesgos asociados a su consumo. Podría graficarse de la siguiente manera:



(Adaptado de Marks, J. (1993). The paradox of prohibition. En: Brewer, C. (Ed.), Treatment options in addiction: Medical management of alcohol and opiate use, pp. 77-85. London: Gaskell)

Una regulación de este tipo daría lugar a la posibilidad de un control del mercado del cannabis, sea medicinal o no, a través de la reglamentación de su producción y su comercialización. Por otro lado puede aprovecharse la recaudación fiscal proveniente de este nuevo mercado (tal como sucede en países como Uruguay o Canadá) para políticas de reducción de riesgos y daños, por ejemplo:

- Dejar de perseguir penalmente a los usuarios de cannabis y empezar a cuidarlos, generando consciencia del riesgo de sus consumos y ofreciendo atención profesional ante la posibilidad de un exceso o abuso de la sustancia, o bien, de un desborde de la persona.

- Proveer cannabis legal de calidad. Esta acción, dentro de un marco regulado, evita los peligros de la persecución penal/policial y reduce los riesgos a los cuales se exponen los usuarios de cannabis en el mercado clandestino.

- Escuchar las problemáticas subyacentes determinantes del consumo problemático. Nuevamente es necesario reafirmar que los problemas de abuso de sustancias no pueden comprenderse en la esfera individual de los sujetos consumidores. Se requiere para el abordaje de estos casos una mirada que se extienda a las relaciones sociales del usuario: familia, amigos, compañeros de trabajo, etc. que sirvan de apoyo y contención.

La reducción de daños es en principio una forma de sensibilidad social, humana. Es una propuesta en oposición y respuesta a la lógica prohibicionista y al discurso moralizante del “dí NO a las drogas”. Este discurso se ha sostenido históricamente por ser tan redituable como funcional a las disputas políticas partidarias (especialmente en épocas electorales en donde la toma de posición sobre la regulación del consumo de drogas sigue siendo un punto para el juicio y opinión pública de los candidatos/as).

A pesar de aquel anhelo idealista de una sociedad sin drogas se encuentra que hay drogas que pueden hacer mal, pero hay políticas de drogas que hacen peor (Inchaurreaga, 2003). Sobre el fracaso del idealismo prohibicionista se propone un realismo que busca reducir los daños no sólo del consumo de sustancias sino también de la prohibición en sí misma.

Pensar el trabajo del/a profesional psicólogo/a desde un paradigma de RRD implica partir de asegurar un derecho básico que es el derecho de acceso a la información, particularmente de los saberes necesarios para el autocuidado de las personas. Comprometerse en esta tarea es ya una forma de evitar daños.

La reducción de riesgos y daños no es una teoría de la resignación, la intención no es normalizar, ni mucho menos fomentar, el consumo de drogas, sino cuidar la salud de aquellos que deciden consumir una sustancia y de aquellos que no pueden dejar de consumirla.

Por restricciones propias de la modalidad de escritura de este trabajo integrador final no pueden abordarse en profundidad, pero quedan bosquejadas, problemáticas en relación a la ética médica puesta en juego en la naciente “industria cannábica” y los efectos en la salud de las poblaciones por los vaivenes de las políticas públicas (caso REPROCANN por ejemplo). Estas cuestiones quedan pendientes de ser profundizadas en investigaciones posteriores.

Referencias bibliográficas

- Ascolani, P. (2014) *Marihuana en Argentina: Historia, rendimiento, usos industriales y terapéuticos de la cannabis sativa*. Editado por AREC. Rosario, Argentina.
- Botta, F. (2021). Derivados de cannabis y salud. En *Cannabis, Ciencia y Sociedad*. Recuperado de <https://linktr.ee/cannabis.peis.unl>
- Comes, Y. et. Al. (2007) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV(),201-209. ISSN: 0329-5885. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>.
- Concha, A. y Fusero, M. De la Punición a la Regulación: Políticas de cannabis en América Latina y el Caribe. INFORME SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS | 48 | Septiembre de 2016
- Emanuel, E. et al. (2000) What Makes Clinical Research Ethical? *JAMA*. 2000;283(20):2701–2711. doi:10.1001/jama.283.20.2701
- Elichiry, N. (1987) *Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de las metodologías transdisciplinarias*. En *El niño y la escuela*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión
- Herer, J. (1958) *El emperador está desnudo: El cáñamo y la conspiración de la marihuana*. Cádiz: Castellarte.
- Illich, I. (1999) La obsesión por la salud perfecta, un factor patógeno predominante. En *Le Monde Diplomatique*, Marzo (p.28). Recuperado de: <https://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/2855>
- Illich, I. (2006) *Obras reunidas*. Vol I. Revisión de Valentina Borremans y Javier Sicilia, México: Fondo de Cultura Económica
- Inchaurrega, S. (1995). La drogadicción como malestar social en los bordes de la modernidad. En Cimarelli, S. et al., (1995) *Malestares sociales en las fronteras de la modernidad*. Rosario, Argentina: UNR.
- Inchaurrega, S. (2001). *Drogas y políticas públicas. El modelo de reducción de daños*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Inchaurraga, S. (2003) Drogas, políticas prohibicionistas y daños. La disyuntiva de legalizar consumos, drogas o mentiras. En: Inchaurraga, S. (comp.) Las drogas: entre el fracaso y los daños de la prohibición. Rosario: Editorial Amalevi.
- Inchaurraga, S. (2010) Reducción de daños y/o Psicoanálisis: Uso de drogas, sujetos que se dañan y daños sin sujetos. Revista Psyberia. (N°2), pp. 29-33
- Iriart, C. (2018) Medicalización, biomedicalización y proceso salud-padecimiento-atención en *Medicalización, salud mental e infancias*. Buenos Aires: Teseo.
- Ley 23.737. Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. Publicada en el *Boletín Oficial* el 11 de Octubre de 1989.
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Publicada en el *Boletín Oficial* el 3 de Dic. de 2010.
- Ley 27.350. Ley de Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados. Publicada en el *Boletín Oficial* el 19 de Abril de 2017.
- Ley 27.669. Marco Regulatorio para el Desarrollo de la Industria del Cannabis Medicinal y el Cáñamo Industrial. Publicada en el *Boletín Oficial* el 26 de Mayo de 2022.
- Organización Mundial de la Salud (1986) Uso racional de los medicamentos: informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985. (recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/37403>)
- Resolución 800/2021 del Ministerio de Salud. *Sistema de Registro del Programa de Cannabis*
- Sedan, D. (2024) Revista Cannabis y Salud ISSN 2953-4968 EDICIÓN #3 SEPT.2024
Directora: Dra. Daniela Sedan (recuperado de <https://www.cannabisysalud.org/>)
- Russo, E. (2011) Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. En *British Journal of Pharmacology*, Volumen 163, 1344-1364.
DOI:10.1111/j.1476-5381.2011.01238.x
- SEDRONAR (2010) Estudio Nacional - Informe de Resultados en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina
- SEDRONAR (2017) Estudio Nacional - Informe de Resultados en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina
- Soriano, F. (2017) Marihuana. La historia. De Manuel Belgrano a las copas cannábicas. Buenos Aires: Planeta.

Anexo 1: Cuadro de citas de entrevistas

Eje \ Espacio	<i>Consultorio de Cannabis</i>	<i>AUPAC</i>	<i>CEIS</i>
<p>Accesibilidad de los TCM y disponibilidad de aceites de cannabis</p>	<p>“Prescribimos un producto farmacéutico de CBD purificado, hecho por el LIF, análogo del que se vende en farmacias como Kanbis o Convupidiol por ejemplo. Esos otros los podemos prescribir pero tenemos la producción provincial que nos conviene por un tema de costos”.</p> <p>“Aunque quisiera probar con ese aceite, porque hay médicos que sí utilizan CBD para tratar dolor, igualmente si se lo pido a la provincia no lo está autorizando, sólo está autorizando a los pacientes con epilepsia refractaria. Estos son lineamientos bajados desde la comisión de farmacia. (...) es una decisión médica, profesional y también política, porque hay evidencia”.</p>	<p>“La especialización de los quimiotipos nos permite ir investigando y percibiendo con mayor fineza su efecto. En epilepsia nosotros ya sabemos que sí o sí vamos a trabajar con aceites ricos en CBD pero también necesitamos una pizca de THC. En insomnio sabemos que el THC es un aporte significativo. En oncología sabemos que vamos a trabajar por los efectos que tiene sobre las náuseas, los vómitos y también la reducción de los posibles tumores, vamos a trabajar con THC y sabemos que a la persona le va a asentar un poco bien o mal en relación a su forma de ser, en su salud mental, esta psicoactividad posible o no, entonces ahí establecemos preparados equilibrados que no tengan un mayor vuelo para sus mentes, sus pensamientos y sus temores.”</p>	<p>“Nosotros oficiamos como puente, como ONG tenemos usuarios dados de alta en el REPROCANN, lo que nos habilita a ciertos m2 de cultivo para la producción propia y para expendio a los usuarios. Pero no somos los únicos que producimos, hacemos puentes entre otros productores y los usuarios.”</p> <p>“Estamos usando CBD para lo que es autismo, ansiedad e insomnio y THC para dolor crónico. Después aceites equilibrados para algunos tipos de dolor con característica inflamatoria o dolor crónico en pacientes añosos o con una condición cardiovascular en donde el THC en dosis altas los puede descompensar”.</p>
<p>Motivos de consulta</p>	<p>“Ya hace unos años era bastante frecuente que los pacientes me preguntaran “¿esto lo puedo tratar con cannabis?” o “¿sirve o no sirve para lo que tengo?”. Ya en 2017-18 habían aceites</p>	<p>“Dentro de lo que es salud mental tenemos personas con psicosis, autismo, asperger; hay un montón de cuadros, depresiones profundas, anorexia, bulimia, trastornos alimentarios, border o</p>	<p>“Hasta el día de hoy el 80% de las consultas se produce por ansiedad. En pandemia se acentuó mucho, muchos problemas para dormir, para sostener el sueño y para inducirlo, y una</p>

	<p>artesanales circulando. Hay varios motivos de consulta donde está el cannabis rondando: en epilepsia es muy frecuente que los pacientes pregunten, y en dolor en general también es muy frecuente que el paciente pregunte cuando no encontró solución con tratamientos de primera línea.”</p>	<p>TPL; tenes un plus de diagnósticos. Ansiedad no específica tenes miles de casos, insomnio, trastorno de ansiedad mixto, alzheimer, trastornos de sueño, etc.”</p>	<p>cuestión muy inhabilitante en relación al funcionamiento psíquico, toda la sintomatología cognitiva que va con la ansiedad: flujo de pensamientos, pensamientos intrusivos, rumiación, no poder “apagar la cabeza” por la noche.”</p>
<p>Rol del/a profesional psicólogo/a</p>	<p>“Primero, como crítica, es una atención que no tiene interdisciplina, porque yo soy médico, médico neurólogo, y no hago este laburo con un equipo de psicólogos. Idealmente este trabajo estaría bueno que sea un equipo transdisciplinario: que haya psicólogos, que haya gente de salud mental, que haya administrativos del hospital, que se pudiese armar un equipo para un volumen de pacientes y para un volumen de prácticas menos circunscripto a la prescripción y a la cuestión médica. El cannabis te permite pensar una cuestión más integral en relación a los tratamientos. Esto hay que decirlo porque no está siendo contemplado, hay sólo un médico haciendo un consultorio de cannabis.”</p>	<p>“Es un doble movimiento que sale del rol del psicólogo, yo soy Psicóloga, es mi único título, y soy la presidenta de la cooperativa, y soy la fundadora de la asociación, y soy quien fue marcando los tiempos de la necesidad del dispositivo, AUPAC como dispositivo en general. Eso también es el rol del psicólogo en cannabis, después, algún día llegamos a la indicación”.</p> <p>“La admisión siempre es interdisciplinaria médico-psicológica. Después vos tenes distintos seguimientos que los podes pedir con Nutrición, con Psiquiatría, con el mismo Médico, eso se va viendo con el equipo de cabecera que fue quien admitió.”</p>	<p>“Lo que nos permitió el equipo de salud mental es abordar integralmente al paciente, porque de repente acá viene un paciente con dolor y ese dolor le genera otro tipo de padecimientos, entonces también podemos indagar más sobre cuales son las repercusiones que tiene sobre el estado emocional por ejemplo. Eso nos dá una visión más amplia sobre el paciente.”</p> <p>“Tenemos un rol específico de la Psicología dentro de este ámbito que es el espacio de escucha y de contención para los usuarios.”</p> <p>“No es una sesión psicológica pero tiene estas cosas de escuchar el discurso, nuestro rol es ese.”</p>
<p>Resistencias a la</p>	<p>“La evidencia es lo más sólida que puede ser teniendo en</p>	<p>“La evidencia no se puede generar cuando tenemos una</p>	<p>“Yo trabajo en un sanatorio privado y un montón de veces traté</p>

<p>incorporación del cannabis como alternativa terapéutica</p>	<p>cuenta el contexto de que las condiciones para el estudio del cannabis no son las ideales porque el cannabis se plantea en un paradigma distinto [...] Cuando al cannabis lo pusieron a jugar en esas condiciones, de la manera adecuada, en la situación adecuada, pudo demostrar. Pero lo tenes que poner a jugar y evaluarlo en las condiciones de diseño adecuadas.”</p>	<p>sustancia fiscalizada, una de las cosas que más ha costado fue generar evidencia con la planta de cannabis. AUPAC tiene un respaldo clínico que es asumido por el Ministerio de Salud de la Nación.”</p>	<p>de instalar el tema y siempre te corren con la misma “no hay evidencia de que se puede usar” [...] ¿Por qué no? Yo tengo evidencia empírica de personas que mejoran. [...] No es evidencia científica pero es evidencia empírica, está todo anotado, los efectos positivos y negativos que se tuvieron a partir de empezar a tomar el aceite.”</p>
<p>Riesgos de medicalización observados</p>	<p>“También hay mucha gente haciendo consultorio de REPROCANN para anotar pacientes sin una patología, con otros diagnósticos, pero, no digo que esté mal, tiene que ver con estas cuestiones de ese gris donde el REPROCANN viene a darle legalidad a una situación que no está amparada en la ley de drogas. Termina siendo un paraguas para gente que quiere hacer un uso adulto del cannabis, sin producir daño a terceros, que puedan estar amparados ante la ley.”</p> <p>“Lo que veo es que muchas veces yo termino re-evaluando todo el esquema de medicación, no solo haciendo un consultorio de cannabis”</p>	<p>“Sin un paradigma integral, sin esa lectura de una forma que mire la salud desde otro lugar en el futuro va a haber una mercantilización, ya la hay”.</p> <p>“Tenemos organizaciones y tenemos empresas. Nosotros teníamos para cuando empezó esto 90 organizaciones en el suelo argentino y hoy hay 350, la mitad son clubes y la otra mitad SRL. El movimiento cannábico es una cosa pero el negocio y el mercado ya llegó hace rato, la gente hace un estudio de mercado para ver si se abre como ONG, club, asociación civil o lo que sea.”</p>	<p>“Hay un monton de pacientes que han bajado muchísimo las dosis de Risperidona, que lo toman practicamente todos los niños con autismo; solamente uno la pudo suspender completa, después todos los otros bajaron a dosis mínimas.”</p> <p>“Con el clonazepam pasa mucho eso también (...) mchuas veces llegan a dosis bajas y no hay manera de que lo puedan sacar. La mayoría lo suspende.”</p> <p>“En dolor funciona como complemento y otras veces vienen tomando Tramadol, Paracetamol, infiltraciones y qué se yo, y siguen con dolor; ahí arrancan con el aceite y todo lo otro no lo necesitan porque en realidad no les estaba surtiendo efecto, lo pueden dejar.”</p>