

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD: UNA CRÍTICA A LA PROPUESTA DEL CANNABIS MEDICINAL EN MÉXICO DESDE LAS TEORÍAS DE LA IDENTIDAD Y LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Vinasco-Barco, J.A. (2016). La construcción social de la enfermedad: una crítica a la propuesta del cannabis medicinal en México desde las teorías de la identidad y las representaciones sociales. *Revista Cultura y Droga*, 21 (23), 74-90. DOI.10.17151/culrd.2016.21.23.5.


JAIME ANDRÉS VINASCO-BARCO*

Recibido: 25 de septiembre de 2016
Aprobado: 02 de diciembre de 2016

RESUMEN

Objetivo. Realizar una crítica —basada en las nociones teóricas de la identidad, las representaciones sociales y la construcción social de la realidad— a la propuesta de legalización y/o regulación del cannabis medicinal en México. **Metodología.** La reflexión del artículo se fundamenta en la literatura y las estadísticas que constantemente revisa el autor para dar avance a la tesis doctoral que desarrolla. Su argumentación se basa en las ideas principales de las teorías de la identidad y las representaciones sociales para cuestionar algunas de las políticas públicas que se están planteando en México para intentar regular y/o legalizar el cannabis medicinal. **Resultados.** En este texto se evidencia que el consumo de drogas en México, específicamente de cannabis, no es necesariamente un problema de salud pública. Desde las teorías de la identidad y las representaciones sociales se devela que la enfermedad está en un plano socialmente construido, simbólico e imaginario, que se presenta como un mundo natural de conocimientos que casi nunca se cuestionan. **Conclusión.** ‘Medicalizar’ el cannabis en México, y etiquetar al consumidor como un enfermo, es una acción desacertada que generaría más problemas que soluciones.

Palabras clave: cannabis medicinal, identidad, representaciones sociales, México.

* Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios Regionales. El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, México. E-mail: Jailau52@hotmail.com.  orcid.org/0000-0001-9076-5207.



THE SOCIAL CONSTRUCTION OF DISEASE: A CRITIQUE OF THE PROPOSED MEDICINAL CANNABIS IN MEXICO FROM THE THEORIES OF IDENTITY AND SOCIAL REPRESENTATIONS

ABSTRACT

Objective. Do a critique —based on theoretical notions of identity, social representations and social construction of what is a reality— to the proposals of legalization and/or regulation of medical cannabis in Mexico. Methodology. The reflection article is based on literature and statistics constantly reviewed by the author in order to advance the PhD thesis that is being developed. His argument is based on the main ideas of the theories of identity and social representations, as well as to question some of the public policy proposals that are being considered in Mexico to regulate and/or legalize medicinal cannabis. Results. In this document it is shown that the consumption of drugs in Mexico —specifically Cannabis— is not necessarily a public health problem. From the theories of identity and social representations, it also reveals that the disease is within a level which is “socially constructed”, symbolic, and imaginary. It is presented as a natural world of knowledge, an everyday reality that is rarely questioned. Conclusion. ‘Medicalize’ the cannabis in Mexico and to label the consumer of cannabis as a “patient”, would be an unfortunate action that would generate more problems than solutions.

Key words: medicinal cannabis, identity, social representations, Mexico.

INTRODUCCIÓN

Una importante corriente de pensamiento, alimentada por neoliberales reconocidos, plantea la tesis de que la globalización socioeconómica ha acarreado la desterritorialización de los procesos económicos, sociales y culturales (Giménez, 2007). La reacción contra esta tesis extremosa, y en buena parte ideológica, se ha dado desde el campo de las ciencias sociales; donde diferentes autores han planteado que:

los territorios, a pesar de sus constantes (re)configuraciones, siguen siendo actores económicos y políticos importantes, y siguen funcionando como espacios estratégicos, como soportes privilegiados de la actividad simbólica, y como lugares de inscripción de las excepciones culturales. (Giménez, 2007, p. 117)

Superando esta discusión —de espacio y territorio— a continuación se presenta un texto que, más que argumentar que el territorio sigue vigente en la inscripción de las excepciones culturales, plantea el hecho de que en México —en donde actualmente se propone una regulación médica (no recreativa) del cannabis— la identidad, vista como el conjunto de significados, tradiciones y modos de comportamiento que funcionan dentro de un grupo social como elementos que instituyen sentimientos de estabilidad y pertenencia (Hall, 2014), podría estar configurando enfermos no ‘reales’ logrando que consumidores de cannabis —sin padecimiento alguno— se inscriban de forma ladina y conveniente en roles sociales de ‘pacientes’ o ‘enfermos’.

Para sostener esta idea, primero, se puntualiza que el pasado 21 de abril de 2016 el presidente Enrique Peña Nieto aprobó enviar al Senado una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud que buscaba permitir la autorización de medicamentos elaborados a base de cannabis, la prescripción médica de estos y el consumo por parte de las personas que acrediten los requisitos médicos para hacerlo. Bajo esta escena se resalta que México ha tenido una amplia variación de planteamientos —esencialmente políticos— que, asumiendo las inconsistencias vecinas de políticas de drogas, han buscado implementar la regulación del cannabis con argumentos estrictamente medicinales; los cuales han buscado sacar a la sociedad mexicana —en especial a la usuaria de cannabis— del limbo jurídico que representa (i) poseer y consumir legalmente pequeñas cantidades de la sustancia y (ii) adquirir y producir ilegalmente esta misma.

Sin embargo, justo ante estos planteamientos que sustentan la conveniencia de legalizar el cannabis de forma estrictamente medicinal, este artículo discute el hecho de que desplegar tal propuesta —con todo lo que esta conlleva—, en un país como México donde la mayoría de los usos de la sustancia no son medicinales sino recreativos, es un pleno desacierto que puede llevar a muchos de los usuarios no problemáticos de la sustancia (sobre todo a aquellos que buscan calidad, seguridad y disponibilidad) a identificarse, inscribirse y asumirse —en su afán de consumir

cómoda y lícitamente— en categorías identitarias tales como enfermos o paciente sin necesariamente ser ni lo uno ni lo otro.

De esta manera, a través de dos teóricos de la identidad (Hall y Valenzuela) y uno de las representaciones sociales (Jodelet), el presente texto sostiene que: “la regulación del cannabis medicinal en México no es, desde ningún punto de vista, una solución a las problemáticas de consumo del país sino que es un desacierto que, de implementarse, configurará un error político-administrativo que materializará nuevos problemas de consumo al mismo tiempo que prolonga los habidos hasta hoy”.

INICIATIVAS PARA LA REGULACIÓN DEL CANNABIS MEDICINAL EN MÉXICO

A pesar del rechazo que han expresado varios líderes políticos sobre la discusión de una probable regulación del cannabis con fines medicinales en México, diversas iniciativas en la materia han sido estimadas en el Congreso de la Unión (Cámara de Diputados y Senadores) y los Congresos Locales del Distrito Federal. Una de las propuestas legislativas más relevantes fue la iniciativa con proyecto de decreto que presentó ante el pleno Congreso mexicano, el pasado 21 de abril de 2010, el grupo parlamentario del partido político Convergencia (Appel, 2013).

Esta iniciativa proponía que el Estado mexicano, a través del Sistema Nacional de Salud, permitiera “la siembra, cultivo, cosecha, procesamiento, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercialización, transporte en cualquier forma, suministro, venta uso y consumo, de la sustancia cannabis sativa índica y americana o marihuana, para fines medicinales” (Gaceta Parlamentaria, 2010). A su vez, proponía que la Secretaría de Salud designara las zonas y parcelas de los terrenos donde se permitiría el cultivo; expandiera las licencias para el cultivo y la fabricación de productos cannábicos; adquiriera la totalidad de las cosechas de los cultivadores y almacenara la existencia que no se encontrara en poder de fabricantes de productos medicinales.

Por otro lado, y con planteamientos similares, han ingresado al debate en los últimos meses otras dos propuestas más elaboradas que también aspiran a reformar la Ley General de Salud. La primera es la liderada por Miguel Ángel Mancera (Jefe de Gobierno del Distrito Federal) y Juan Ramón de la Fuente (exrector de la UNAM) quien plantea de forma clara y concisa “tener un punto concreto de convergencia que

logre que la parte de la marihuana y la salud encuentren un vínculo estrecho con la sociedad mexicana” (Aldaz, 2015).

La segunda es la presentada por el Ministro Arturo Zaldívar —y apoyada por el presidente mexicano Enrique Peña Nieto— quien, encabezando el pronunciamiento histórico de la Suprema Corte de Justicia de la Nación que permitió a cuatro personas validar el cultivo y consumo lúdico del cannabis¹, logró que se convocara (a especialistas, investigadores y académicos de la medicina, el derecho y la psicología, así como a integrantes de organizaciones de la sociedad civil y otras personas con calificación técnica) a participar del llamado “Debate nacional sobre el uso de la marihuana”.

Este debate permitió que los diferentes participantes deliberarán en cinco foros temáticos (concordantes con las tendencias deliberativas a nivel internacional) sobre la conveniencia o no de permitir tres importantes asuntos sobre el cannabis: (i) autorizar el uso de medicamentos elaborados a base de cannabis y/o sus ingredientes activos; (ii) autorizar la investigación clínica con fines de registro para productos que contengan cannabis y sus ingredientes activos y (iii) que no se considere delito la posesión para uso personal de hasta 28 gramos de marihuana.

De conformidad con esta convocatoria, los cinco foros dieron como resultado las siguientes conclusiones que —resumidamente— a continuación se presentan:

[...] se habla del uso terapéutico de la marihuana, no obstante, la marihuana como tal, no es utilizada para fines médicos, sino que son precisamente utilizados en la medicina aquellos productos que contienen el cannabidiol [...] si queremos ver los beneficios en la medicina del canabidiol, es necesaria una adecuada política pública en materia de salud pública, con costos accesibles [...] y completamente regulados [...].

[...] se debe entender que el término regulación de la marihuana, o su uso, no implica permisividad, hay que ser cuidadosos con este término, porque no quiere decir que se abra o libere el mercado de la marihuana de manera descontrolada, ni se fomente el consumo, por el contrario lo que se busca es poder controlar mediante la intervención del Estado, [...].

¹ El 4 de noviembre de 2015 la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó la inconstitucionalidad de diversos artículos de la Ley General de Salud, al amparar a cuatro personas para que el poder ejecutivo les otorgase el permiso para uso lúdico y personal de la marihuana (Amparo 237/2014 de la sesión pública ordinaria de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación).

Prácticamente la generalidad de los especialistas coincidieron en que el Estado Mexicano debe regular el uso medicinal y terapéutico de la marihuana [...].

Debemos tener muy en cuenta que, una política equivocada de droga, provoca más daños que los que causa el consumo de dichas drogas; los especialistas consideraron que la política de drogas de México y el mundo no han funcionado [...]. (Secretaría de Gobierno, Secretaría de Salud, 2016, p. 431)

A pesar de los avances que estas conclusiones representan para México, una sociedad tan afligida y golpeada por un fenómeno como las drogas, en este artículo se sostiene que —aunque los planteamientos son bien intencionados y se inscriben en el contexto de la reciente discusión nacional e internacional que se ha suscitado en torno al grado de restricción o flexibilización del cannabis— son planteamientos que caen en el error de presentarse como la solución definitiva a este ‘problema’; ya que ven al consumo de drogas desde una perspectiva miope de salud pública que poco considera que hay diferentes tipos de consumo (experimental, ocasional, habitual, intensivo)² y, por ende, diferentes consecuencias.

No obstante, y para no dar pie a flácidos argumentos, a continuación se presentan algunas cifras de consumo de cannabis en México que ponen de manifiesto que la propuesta de regulación no debe verse con los exclusivos lentes de la salud pública; ya que al verlo solo así el consumidor no problemático puede proyectarse a construir un conjunto de pseudopatologías, inscribiéndose en categorías identitarias tales como enfermo o dependiente.

De ‘marihuano’ a paciente. Dimensionando el desierto

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (INEGI, 2011), del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México es un país de alrededor de 120’000000 de habitantes dentro de los cuales existe una prevalencia de consumo de alcohol y tabaco del 51,4 % y 21,7 % respectivamente. De esta cifra de habitantes (120 millones), el 33,6 % de los consumidores de alcohol

² Una de las clasificaciones de consumidores de drogas más consensuada a nivel mundial está dada por la frecuencia de uso: consumidor experimental (1 a 3 veces en la vida y no ha vuelto a hacerlo desde hace 1 año o más); consumidor ocasional (1 o 2 veces al mes); consumidor habitual (cada semana o varias veces en la semana) y consumidor intensivo (1 o varias veces por día).

y el 11,4 % de los consumidores de tabaco son considerados individuos con adicciones y/o consumos problemáticos (INEGI, 2011). En lo que se refiere a las drogas consideradas ilícitas (marihuana, cocaína, heroína entre otras) la ENA (2011) indica que de la población total mexicana alrededor del 1,8 % consumió alguna droga en el último año, presentando problemas de adicción y/o consumos problemáticos solo el 0,7 % de las personas. En cuanto al cannabis (sustancia en debate de regulación) la cifra es más sorprendente debido a que del total de la población mexicana el 1,5 % consumió la sustancia al menos una vez en el último año, presentando adicción y/o consumos problemáticos solo el 0,1 % (INEGI, 2011). Considerando los datos de la encuesta entre los años 2002, 2008 y 2011 la prevalencia histórica de consumo de alcohol, tabaco y cannabis (alguna vez en la vida) por grupos de edades de 12 a 17, 18 a 34 y 35 a 65 años de edad, es la siguiente:

Tabla 1. Prevalencia histórica de consumo de alcohol, tabaco y cannabis (alguna vez en la vida) por grupos de edades de 12 a 17, 18 a 34 y 35 a 65 años de edad en México

Rango de Edad	Sustancia Psicoactiva	Año de Encuesta		
		2002	2008	2011
12 a 17 años	Alcohol	8,70 %	11,5 %	14,5 %
	Tabaco	6,24 %	6,75 %	6,78 %
	Marihuana	0,174 %	0,641 %	0,733 %
18 a 34 años	Alcohol	23,4 %	33,0 %	39,1 %
	Tabaco	22,8 %	19,7 %	20,6 %
	Marihuana	0,662 %	0,860 %	0,960%
35 a 65 años	Alcohol	23,1 %	28,5 %	31,3 %
	Tabaco	22,8 %	17,5 %	16,9 %
	Marihuana	0,0329 %	0,490 %	0,340 %

Fuente: Elaboración propia por parte del autor.

De lo anterior se puede extraer que, en comparación con otros países, México observa una prevalencia muy baja en el consumo de otras drogas. Por ejemplo: mientras el 15,2 % de la población en República Checa ha consumido marihuana alguna vez en la vida, en México este porcentaje asciende solo al 1,5 %; en Escocia el consumo de cocaína se ubica en 3,9 % de la población, en México se ubica en 0,4 %; en Inglaterra y Reino Unido el consumo de anfetaminas y éxtasis es de 3,3 %, en México la prevalencia no supera el 0,2 % (UNODC, 2012).

Todas estas cifras sirven para debatir dos importantes cuestiones. La primera, y quizás la más importante para esta reflexión que critica al cannabis medicinal como propuesta para controlar los usos de la sustancia, es que si se quiere plantear el problema de las drogas como un verdadero problema de salud pública este debe mirarse desde el punto de vista del abuso de drogas legales como el alcohol y el tabaco y no desde el consumo de drogas ilícitas que no son ni epidemias ni pandemias. La segunda, y a pesar de que el objetivo de la propuesta del cannabis medicinal en México es proteger la “salud de los usuarios y el bienestar de la sociedad”, es que solo se está considerando al conjunto de usuarios medicinales de la sustancia —conjunto del que entre otras cosas se desconoce su proporción— sin tener en cuenta que existe un grupo de usuarios recreativos de dicha planta que juzgando por la edad predominante en la que se ubican (12 a 34 años) son usuarios que pertenecen a una población que no permite suponerse como enferma.

Sin embargo, y para tener una idea más precisa de la materialización social que pudiera llegar a tener esta política que considera al consumo de cannabis como un problema de salud pública en un contexto en el que la mayoría de consumidores no son dependientes, no se encuentran enfermos y mucho menos son criminales, se sostiene a continuación desde algunas de las teorías de la identidad y las representaciones sociales que es posible que los consumidores de la sociedad mexicana —sin solucionar ningún problema— tengan una impuesta y al mismo tiempo desacertada modificación identitaria.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

Hasta el momento se ha planteado que entender el consumo de cannabis en México como un problema de salud pública, es decir asumir a cierto grupo de usuarios de cannabis como pacientes (enfermos), puede configurar —además de un error administrativo— un desacierto social que posiblemente se traduzca en un espectro de patologías construidas que lleven al consumidor —en su afán de conseguir cómodamente dicha sustancia— a inscribirse en las categorías identitarias de enfermo o dependiente. Esto supone argumentar que tal ‘enfermedad’ existe solo porque el individuo y la sociedad le han otorgado un rótulo a un determinado evento que, en la práctica, no es más que un fenómeno social que se distingue —más que por romper una secuencia de eventos biológicos parte de un proceso continuo: enfermedad—

por estar inscrito en una categoría social diferente: enfermo/consumidor medicinal de cannabis (Lejarraga, 2004).

Para sostener este argumento se trae a colación un antecedente investigativo de carácter social, el cual ha mostrado que cualquier sujeto ajustándose a un rol puede acabar siendo lo que la sociedad espera que sea. La referencia en cuestión es conocida en el mundo académico como el experimento de Rosenhan. David Rosenhan fue un investigador de la década de los 70 que se preguntó si las decisiones médicas que determinaban si una persona estaba sana o no psicológicamente tenían fundamento o estaban al arbitrio de los médicos. Para comprobarlo, entre 1968 y 1972, envió a ocho de sus amigos a las urgencias hospitalarias de algunos hospitales de Estados Unidos para que describieran a los médicos que escuchaban voces y sonidos. Para su sorpresa, todos sus amigos fueron diagnosticados con esquizofrenia y fueron derivados a hospitales psiquiátricos donde permanecieron internados durante meses sin que ningún miembro del personal del hospital se diera cuenta de que eran impostores.

Meses después Rosenhan develó su experimento. Como consecuencia fue acusado de engañar a los servicios de salud de un hospital universitario, además fue retado por el personal de dicho centro para que enviase todos los falsos pacientes que quisiera asegurándole que reconocerían a todos sus sujetos. Rosenhan, dispuesto a continuar con su trabajo, decidió como respuesta afirmar que enviaría a más pacientes falsos para que los distinguieran; días después, cuando ya el hospital había rechazado a más de 100 pacientes por considerarlos falsos enfermos, notificó que no había enviado nunca a ninguno de sus cómplices; así, y tal como otros autores lo habían planteado³, logró comprobar que la enfermedad está en un plano socialmente construido (Yankovic, 2013).

Para entender con mayor precisión esta idea, es relevante rescatar los aportes que surgen de la propuesta de los autores Vivien W.C. Yew y Noor Azlan Mohd Noor (2014) los cuales realizan una distinción conceptual y antropológica de la triada

³ A partir de las trayectorias del SIDA en Haití y en Cuba, Paul Farmer es otro autor que dilucida con sus estudios que la enfermedad es una construcción social la cual está determinada por el momento histórico, económico y político del contexto en que se desarrolla. Mostrando una misma disfuncionalidad biológica —del SIDA—, el autor evidencia que el desarrollo tan dispar de la enfermedad en los países de estudio se debía a que la enfermedad se produce y reproduce en gran medida por los otros, quienes se encargan de aprobar o desaprobar —de acuerdo a los valores culturales y normas sociales— la función social del individuo (Castro y Farmer, 2004).

illness (padecimiento), *disease* (enfermedad) y *sickness* (malestar). Según estos en un mundo no médico la gente por lo general no hace una distinción entre los conceptos de padecimiento, enfermedad y malestar (Yew and Mohd Noor, 2014). Sin embargo, desde añosas discusiones teóricas que estos rescatan, se plantea de forma argumentada que los tres conceptos constituyen de forma teórica cosas diferentes pero de forma práctica cosas afines⁴ y que cada uno de ellos hace parte de una construcción cultural y social interdependiente en donde el padecimiento (*illness*) es la experiencia personal, cultural y social del paciente; donde enfermedad (*disease*) es la percepción y el etiquetado de la experiencia del paciente por parte del médico y donde el malestar (*sickness*) es el orden social construido alrededor de la funcionalidad —normalmente económica y productiva⁵— del paciente (Yew and Mohd Noor, 2014).

Trayendo a colación más ejemplos de autores que argumentan la idea de que la enfermedad es socialmente construida o dicho de otra forma es y está determinada por el momento histórico, económico y político de una sociedad, a continuación se recurre a Jodelet (1989) —y su ejemplo de la aparición del SIDA en los años 80— para afirmar que las representaciones sociales vistas como la circulación de discursos que son llevados por las palabras y vehiculados en mensajes y en imágenes son también una representación cristalizada de conductas siendo arreglos materiales —o espaciales— que los sujetos han construido previamente (Jodelet, 1989).

⁴ A pesar de que Yew y Mohd Noor (2014) concluyen que teóricamente los conceptos *disease*, *illness* y *sickness* son cosas diferentes, también plantean que en la práctica —por el hecho de ser construcciones sociales— son esencialmente afines. Para los autores: *illness* (padecimiento) es una perspectiva de mala salud. Es un estado que se extrae de las experiencias personales, sociales y culturales de la vida de una persona; *disease* (enfermedad) se refiere en términos médicos (percepción y etiquetado del médico) a una anomalía de la estructura o función de los órganos y sistemas de órganos; *sickness* (malestar) es el problema de salud de un paciente definido por otros con referencia a sus actividades sociales, desde este punto de vista la sociedad otorga a la persona enferma un papel: el papel del enfermo. Esta cuestión determina la dispensa de la actividad económica normal de la persona que deja de ser productiva para la sociedad (Yew and Mohd Noor, 2014).

⁵ Uno de los autores que profundiza con más detalle sobre el “papel del enfermo”, sobre todo en relación a la ejecución del rol normal de la persona en las responsabilidades sociales como el trabajo, la escuela o la paternidad, es el funcionalista y sociólogo americano Talcott Parsons. Parsons (1951) sostiene que estar enfermo significa entrar en un papel de desviación sancionado por la sociedad dentro del cual la enfermedad significa una experiencia en la que la persona se desvía del ‘bien’ en la población. La persona enferma lleva a continuación una función que le atribuye la enfermedad socialmente reconocida (expectativas y obligaciones). Los patrones de expectativas crean el papel del enfermo. Este papel es un papel de comportamiento que se inicia con la aceptación de la responsabilidad moral de estar enfermo y de superar su situación tan pronto como sea posible. Esta aceptación es seguida por la obligación de buscar ayuda técnica competente (médico) y cooperar con el proceso de su recuperación. Parafraseando a Parsons entre más grave sea la enfermedad, mayor es su exención y legitimación médica y social colectiva. En definitiva es un proceso de construcción social de la enfermedad que se produce a través de un sistema médico: forma de sufrir el padecimiento (*illness*), forma de reconocer y legitimar por parte del médico la enfermedad (*disease*) y forma de asociar el padecimiento y la enfermedad a los valores culturales y normas de una sociedad (*sickness*) (Parsons, 1951).

Para plantear esta idea hay que empezar por narrar que similar al análisis del SIDA que hizo Paul Farmer en Haití y Cuba, Jodelet hizo un análisis de la forma en que se gestaba esta ‘enfermedad’ en la sociedad de los 80. Esto, con el fin de demostrar que la construcción de dos concepciones de la enfermedad del SIDA —la moral y/o social y la fisiológica y/o biológica— tienen incidencias divergentes —pero igual de poderosas— en los comportamientos, en las relaciones íntimas de las personas y en las interacciones de los pacientes y la sociedad que los rodea (Jodelet, 1989).

En el primer tipo de interpretación (moral) el SIDA estuvo considerado como una enfermedad castigo en contra de la licencia sexual, como uno de los efectos de una sociedad permisiva y como la consecuente condena de las conductas sexuales degeneradas. En definitiva esta visión moral hizo de la enfermedad un estigma social que pudo llevar al ostracismo y al rechazo, y también por parte de los estigmatizados, a la sumisión y a la rebeldía (Jodelet, 1989).

En la segunda concepción (la biológica) el SIDA fue visto desde el principio como un insólito fenómeno fisiológico que se transmitía por la sangre y el esperma, y que daba lugar a una inquietante forma de contaminación o contagio que se producía por el canal de líquidos corporales como la saliva y el sudor. De toda esta cuestión, interesa mostrar que la representación de esta enfermedad, más allá de su aislado aspecto fisiológico, fue construida también desde un aspecto social —muchas veces menospreciado— que determinó y (re)organizó muchas de las acciones y consecuencias ocurridas en las sociedades de ese entonces (Jodelet, 1989).

Planteado esto, Jodelet (1989) concluye que las representaciones sociales: son fenómenos complejos siempre activados y actuantes en la vida social; se apoyan en valores y variables de los grupos sociales de los cuales sacan sus significaciones; están ligadas muchas veces, más que a un estado de conocimientos científicos, a un sistema de pensamiento ideológico y cultural y que en tanto que sistemas rigen, orientan y organizan nuestras conductas y la relación con el mundo y los demás.

En este punto vale reseñar que, primero, es el individuo y “lo social” que él trae interiorizado —es decir, la sociedad— los que otorgan los rótulos de enfermedad a determinadas condiciones. Segundo, que etiquetar al consumidor de cannabis como un enfermo puede llegar a ser una acción desacertada que, además de empeorar el orden social establecido, define un rol particular para el ‘enfermo’ que lo obliga a entablar una serie de vínculos y relaciones sociales esencialmente innecesarias.

Considerando esto, uno de los vínculos esenciales y primarios que podemos discutir es el que se estaría gestando entre médico y enfermo. En él, el médico esperaría del enfermo (consumidor de cannabis) un cierto comportamiento; mientras que el enfermo, que la acción del médico solucione su problema o su afección⁶. Visto de esta manera la enfermedad instalada en la relación médico-paciente no sería entonces más que una construcción y representación social que, con una práctica médica implementada sobre una base de conocimientos científicos, pondría ‘control’ a una enfermedad y ‘recompondría’ la ‘ruptura’ social creada por el consumo de cannabis (Lejarraga, 2004).

De fingir a ‘ser enfermo’

Empero, la crítica no se agota. Es importante considerar que la enfermedad tiene la mirada que emerge del mismo enfermo (*illnes*/padecimiento). Desde este ángulo, donde se prioriza el carácter interpretativo de la realidad social, la enfermedad no solo implica una situación reconocida por el propio enfermo como observador objetivo y por el médico como científico sino que también adquiere un enorme espectro de significados que moldean las conductas de las personas que rodean al ‘enfermo’. Así, es válido entonces recuperar los conceptos padecimiento (*illness*), enfermedad (*disease*) y malestar (*sickness*) para dejar en claro que la enfermedad cobra una materialidad distinta a la del simple mal, por lo que se convierte en un estado social articulado e interdependiente que define la respuesta de la sociedad frente al enfermo. Con esto, queda entonces planteado que: designar al consumidor de cannabis como enfermo tiene efectos tanto en el paciente como en el entorno social que lo rodea y designar como ‘enfermedad’ al consumo de cannabis es realizar una construcción social que no aporta soluciones, sino que por el contrario incorpora más problemas de los existentes hasta hoy.

Para analizar con más detalle la triada enfermo-médico-sociedad, que hipotéticamente se gestaría en México si se implementase la propuesta del cannabis medicinal, conviene esbozar un poco el proceso que representaría para los usuarios mexicanos de cannabis la construcción de una identidad de enfermos o pacientes.

⁶ Según Parsons (1951) el proceso de construcción social de la enfermedad que se produce a través de un sistema médico, empieza cuando el paciente sufre un padecimiento. Luego, dicho padecimiento continúa con el reconocimiento y la legitimación de la enfermedad por parte del médico; finalmente, el padecimiento del paciente y la enfermedad legitimada por el médico, se articulan y moldean (afectando también a quien los rodea) de acuerdo a los valores culturales y normas de la sociedad en la que se inscriben.

Frente a tal identidad, que sería una construcción subjetiva resultado de las interacciones cotidianas por medio de las cuales los sujetos delimitan lo propio frente a lo ajeno (Castells, 1999), Hall (2014) diferencia tres concepciones: la identidad del sujeto de la Ilustración, la identidad del sujeto sociológico y la identidad del sujeto posmoderno.

Ante la definición del sujeto de la Ilustración Hall (2014) anota que está se basa en una concepción del sujeto humano totalmente centrado y unificado dotado de las capacidades de razón, consciencia y acción cuyo centro esencial es la identidad (sujetos individualista, masculino y antropocéntrico). En cuanto al sujeto sociológico, Hall (2014) menciona que el sujeto tiene la consciencia de poseer un núcleo interior que no es autónomo y autosuficiente sino que se forma con relación a los otros cercanos que le transmiten los valores, significados y símbolos de los mundos que habita (desde este punto de vista la identidad se forma en la interacción entre el yo y la sociedad o en la unión entre el sujeto y la estructura que estabiliza tanto a los sujetos como a los mundos culturales que ellos habitan). Y sobre el sujeto posmoderno, Hall (2014) plantea que es una definición que desacuerda con las anteriores puesto que el sujeto previamente experimentado como poseedor de una identidad estable y unificada se vuelve fragmentado, por lo que se compone no de una sino de varias identidades a veces contradictorias y sin resolver.

De este proceso, en el cual nos proyectamos dentro de nuestras identidades culturales, Hall (2014) agrega que:

el sujeto es visto entonces, como un individuo más abierto, variable y problemático, y la identidad, se convierte en ese caso en una fiesta móvil que se forma y se transforma continuamente con relación a los modos en que somos representados o interpelados en los sistemas culturales que nos rodean. (p. 400)

Establecidas estas diferencias, incorporamos ahora a la discusión de la identidad el argumento de Valenzuela (1992); el cual menciona que:

las identidades no se presentan como baldosas descomunales de las cuales el individuo nunca puede liberarse, ni se asumen como mandato divino. El hombre no se encuentra sujeto inevitablemente a ninguna identidad específica; las identidades son cambiantes, y los sujetos tienen capacidad relativa de discriminación, selección y adscripción. (p. 27)

La cita de Valenzuela esta dada en esencia porque, al igual que Hall (2014), menciona que la identidad es móvil y que muchas veces se observa contradiciendo las lógicas pragmáticas e instrumentales de las sociedades. No obstante, a pesar de la lógica de ambas posturas, las referencias sirven para debatir en las líneas finales de este texto el hecho de que frente al cannabis medicinal los sujetos (por consumir cómoda y lícitamente la sustancia) no contradecirán las lógicas pragmáticas e instrumentales de la sociedad mexicana y, en cambio, acabaran asumiendo forzosamente una identidad (cargada esta de innumerables características subjetivas) que haciendo las veces de recurso para adquirir cannabis de forma cómoda y lícita, los definirá laberínticamente como enfermos reales socialmente construidos.

CONCLUSIONES

En este artículo se han considerado de manera general algunos datos institucionales del consumo de drogas en México para sostener que el consumo de cannabis en dicha Nación no es necesariamente un problema de salud pública. Al respecto, se ha sugerido que si se quiere plantear el problema de las drogas como un verdadero problema de salud, debe mirarse desde el punto de vista del abuso de drogas legales como el alcohol y el tabaco y no desde el consumo de drogas ilícitas como el cannabis y otras las cuales no representan en los hechos ni epidemias ni pandemias.

Se ha sostenido, además, desde las teorías de las representaciones sociales y la identidad, que la enfermedad está en un plano socialmente construido —simbólico e imaginario— que se presenta como un mundo natural de conocimientos que casi nunca se cuestionan. Bajo este pensamiento se ha planteado que en México, donde la mayoría de los consumidores son recreativos y no medicinales, etiquetar al consumidor de cannabis como enfermo es una acción desacertada que empeoraría el escenario social con pseudodiagnósticos, rótulos y/o estigmatización innecesaria que definiría un rol particular para el ‘enfermo’ que se vería forzado a construir y mantener una serie de vínculos y relaciones sociales más problemáticas que ventajosas.

Considerando todos los argumentos presentados, se quiere sentar también como conclusión una postura personal de inconformidad frente a las actuales propuestas de política pública que intentan ordenar o dar ‘solución’ al ‘problema’ del consumo de cannabis. En este punto, desde lo personal, las políticas están mal encaminadas al partir de una mala definición del ‘problema’. Por tanto, es necesario re-pensarlas y re-elaborarlas para que, en todo caso, respondan ante un fenómeno real y coherente —no un problema construido— de la realidad social de México. A continuación se presentan tres vertientes temáticas que pueden encaminar discusiones futuras más profundas sobre el tema. Estas son: (i) que en la definición y construcción de propuestas para legalizar el cannabis —no solo en México sino en cualquier otro país— es substancialmente necesario que se empleen la mayor cantidad posible de técnicas, conceptos y estrategias provenientes de diferentes disciplinas tales como la ciencia política, la sociología, la psicología, la antropología, la medicina, para ampliar la miope mirada —y ejecución— que tiene este fenómeno en la salud pública, por lo que es necesario que las propuestas de legalización y/o regulación del cannabis se construyan de forma integral para responder de manera holista a las diversas necesidades que plantean los consumidores de cualquier tipo —medicinales, ancestrales y/o recreativos— y la sociedad que los rodea; (ii) aunque se debe reconocer que muchos enfermos en México —y en otros países— necesitan de un tratamiento a base de cannabis o sus derivados y que es innegable el potencial salutífero, terapéutico y salvífico que esta planta posee, se debe promulgar por desmedicalizar el cannabis y por intentar reivindicar sus usos lúdicos y hedonistas sin recetas ni ventas en farmacias porque la risa, el placer, la relajación o el sexo bajo sus efectos son razones suficientes para exigir nuestro derecho a usarlo y porque —tal como lo afirman críticos y activistas contemporáneos de la planta— lo último que necesitamos los partidarios de la legalización es que agencias y leyes del medicamento tengan intereses que en ocasiones muestran que los únicos enfermos (de intolerancia, de fanatismo y de estupidez) son aquellos que se empeñan en negar los usos lúdicos del psicoactivo (Alberdi, 2016); (iii) en países como México, en lugar de plantearse un paradigma político de drogas parcial que ‘regula’ y ‘controla’ el consumo de cannabis medicinal y no el recreativo, debería pensarse y emprenderse la construcción de un paradigma de drogas más amplio que permita la gestión, el manejo y el control de todas las sustancias y de todos sus consumos: legalización.

Referencias bibliográficas

- Alberdi, A. (2016). Hipocondría cannábica. *Revista Cáñamo*, 193. Recuperado de <http://canamo.net/articulos/hipocondria-cannabica>.
- Aldaz, P. (16 de diciembre de 2015). Presenta MAM iniciativa para uso médico de marihuana. *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/politica/2015/12/16/presenta-mam-iniciativa-para-uso-medico-de-marihuana>.
- Appel, M. (2013). Decretos e iniciativas sobre la legalización de la marihuana. En Bugarin, I. *Drogas libres, libres drogas*. Ciudad de México, México: LID Editorial.
- Castells, M. (1999). *La era de la información. El poder de la identidad*. Ciudad de México, México: Siglo XXI.
- Castro, A. y Farmer, P. (2004). ¿Perlas del Caribe? La salud pública en Haití y Cuba. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 319-352.
- Gaceta Parlamentaria. (2010). *Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de los Códigos Penal Federal, y Federal de Procedimientos Penales*. Recuperado de <http://gaceta.diputados.gob.mx/>.
- Giménez, G. (2007). Territorio, cultura e identidades. La región sociocultural. *Estudios sobre la cultura y las identidades sociales* (pp. 115-174). Ciudad de México, México: CONACULTA.
- Hall, S. (2014). Identidad y representación. *Singarantías. Trayectorias y problemáticas en estudios culturales* (pp. 372-527). Cauca, Colombia: Universidad del Cauca.
- INSP. (2011). *Encuestas nacional de adicciones 2011*. Recuperado de <http://www.insp.mx/avisos/2551-insp-ena2011.html>.
- Jodelet, D. (1989). *Representaciones sociales: un campo en expansión*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/142405537/Representaciones-Sociales-Denise-Jodelet-pdf>.
- Lejarraga, A. (2004). La construcción social de la enfermedad. *Revista Archivos Argentinos de Pediatría*, 102 (4), 271-276.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Illinois, USA: Free Press of Glencoe.
- Secretaría de Gobernación y Secretaría de Salud. (2016). *Relatoría del Debate Nacional Sobre el Uso de la Marihuana*. Recuperado de http://framework-gb.cdn.gob.mx/data/420/RELATORIA_DEBATE_NAL_USO_MARIHUANA_PRELIMINAR.pdf.

- UNODC. (2012). *Informe mundial sobre las drogas 2012*. Recuperado de www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html.
- Valenzuela, M. (1992). *Decadencia y auge de las identidades. Cultura nacional, identidad cultural y modernización*. Ciudad de México, España: Plaza y Valdés Editores.
- Yankovic, N.B. (2013). ¿Está usted loco o cuerdo? El experimento de *Rosenhan*. Talca, Chile: Universidad de Talca.
- Yew, V.W. and Mohd Noor, N.A (2014). Anthropological Inquiry of Disease, Illness and Sickness. *e-BANGI*, 9 (2), 116-124.