

EL PROHIBICIONISMO, LAS ADICCIONES Y LA AUTONOMÍA INDIVIDUAL

Gustavo Ortiz Millán

El prohibicionismo y el argumento de la pérdida de autonomía

El prohibicionismo es la posición en la que el Estado prohíbe parcial o totalmente la producción, tráfico, posesión y consumo de drogas y los penaliza. El prohibicionismo es un fenómeno reciente en la historia de las drogas: durante literalmente miles de años, las drogas han estado disponibles para su consumo en distintas culturas, sin que, en general, se haya considerado necesario prohibirlas y penalizar a quienes las produjeran o las consumieran, mucho menos perseguirlos del modo en que se hace hoy en día. El prohibicionismo que conocemos actualmente surge a fines del siglo XIX y principios del XX en Estados Unidos, en voz de políticos puritanos que exigen la penalización de cualquier uso “no médico” de las drogas. Este puritanismo, a su vez, fue una reacción xenófoba ante la ola de migraciones que se dieron en Estados Unidos en el último tercio del siglo XIX: así, se culpaba al opio por la “conducta inmoral” de los chinos, a la cocaína por los ultrajes sexuales de los negros, y al alcohol por los excesos de los irlandeses. Así fue como se prohibió

la cocaína, la heroína y drogas relacionadas en 1914, poco después se prohibió el alcohol. La marihuana se prohibió en 1937 luego de la inmigración de mexicanos antes de la Gran Depresión.¹ De este modo, este puritanismo xenófobo terminó satanizando el uso de cualquier droga y abogando por su penalización. Por otro lado, la Asociación Farmacéutica y la Asociación Médica Americana vieron la oportunidad de aliarse con el puritanismo para obtener el control del mercado de las drogas. Desde entonces, las grandes compañías farmacéuticas han abogado por el prohibicionismo, dado que es mucho más conveniente para ellas tener el mayor control posible del mercado, que no se consigue si las drogas están disponibles para su libre acceso, que es lo que sucedía antes de la prohibición. Fue entonces que el Estado empezó a penalizar la producción y el consumo de drogas. Pero, a pesar de que el prohibicionismo tiene su origen históricamente en una posición puritana y en los intereses económicos de las grandes farmacéuticas, nada de esto podía servir para justificar la prohibición. Eran necesarios otros argumentos: así, fue ganando terreno la idea de que las drogas son un problema de salud pública y de que generan conductas antisociales. Tal vez éstas son las principales razones que justifican que se use el aparato estatal e inmensas cantidades de recursos públicos para perseguir la producción de drogas y a aquellos individuos que las consuman.

Sin embargo, hay un argumento adicional que suele usarse y que tiene que ver con la pérdida de autonomía individual por parte de quienes consumen drogas. El prohibicionista nos dice que quien consume drogas se convierte en esclavo de ellas, que pierde el control de sus acciones completamente, particularmente en lo que se refiere a su adicción, y pierde su capacidad para tomar decisiones autóno-

¹ Antonio Escobotado, *Historia elemental de las drogas*, Barcelona, Anagrama, 1996, p. 100.

mas, que éstas se ven inevitablemente interferidas por su dependencia. En palabras de James Q. Wilson: “la razón moral para pretender desalentar el uso de las drogas consiste en que el consumo intenso arruina el carácter [...] la dignidad, la autonomía y la productividad de muchos consumidores, ya deterioradas por otros problemas, se destruyen”.² Así, la adicción a las drogas destruye la autonomía individual. Para apoyar su argumento, se nos dice que la adicción a las drogas es una enfermedad y que los adictos a ellas son enfermos que han perdido su capacidad de autogobierno. Estas razones, afirma el prohibicionista, justifican que el Estado imponga ciertos límites a la autonomía de sus ciudadanos precisamente para salvaguardar su propia autonomía; se trata de limitar la autonomía por el bien de la autonomía misma, por más paradójico que esto suene.

En este ensayo quiero analizar solamente este argumento, que podemos llamar el argumento de la pérdida de autonomía individual o de la pérdida de control. Quiero argumentar que las razones a favor del prohibicionismo en términos de que las drogas nos hacen perder el ejercicio de la autonomía individual son cuestionables y, en última instancia, no deberían tomarse en cuenta. Es posible que haya razones lo suficientemente convincentes a favor del prohibicionismo en términos de salud pública o de los efectos sociales que tiene el consumo de drogas (por ejemplo, los vínculos que éste tiene con la criminalidad y otros tipos de conducta antisocial, cosa que también dudo, pero que no argumentaré aquí), pero las razones en términos de pérdida de la autonomía individual son, cuando menos, controversiales. Por otro lado, también quiero argumentar que el hecho de que el Estado imponga límites a la autonomía personal en lo que se refiere al consumo de drogas no está lo suficientemente justificado y, por lo tanto, el Estado no debería pro-

² Citado en Douglas Husak, *Drogas y derechos*, México, rce, 2001, p. 110.

ceder de ese modo. El argumento de la pérdida de la autonomía que usa el Estado para prohibir el consumo de drogas es un argumento cuestionable que sólo sirve para que el mismo Estado vulnere nuestra autonomía y nuestro derecho a vivir nuestras vidas del modo que mejor nos parezca, siempre que no dañemos a terceros.

Antes de seguir debo hacer un par de advertencias: en primer lugar, aunque está relacionado, advierto que un tema que no voy a abordar aquí es el de qué legitimidad tiene el Estado para imponer límites y restricciones a la autonomía individual; parto del supuesto de que el Estado cuenta con la facultad de imponer dichos límites siempre que exista justificación suficiente para hacerlo, por ejemplo, en casos en los que hay afectación pública –aunque, si es cierto lo que digo aquí, creo que el Estado no cuenta con justificación suficiente para prohibir el consumo de las drogas, por lo menos no a partir del argumento que analizaré aquí. En segundo lugar, también advierto que cuando hablo de drogas me refiero a las que comúnmente se designan con ese nombre, aunque incluyo al tabaco y al alcohol bajo la categoría de drogas (es controversial la distinción entre drogas lícitas e ilícitas, dado que muchas de las drogas lícitas, como el tabaco y el alcohol, tienen efectos más nocivos en términos de salud pública que la mayoría de las drogas ilícitas). Dado que hay distintos tipos de drogas y tendría que referirme separadamente a cada una de ellas, puesto que tienen efectos y niveles de seguridad y de tolerancia diferentes, pero sobre todo, según se nos dice, “niveles de adicción” diferentes, voy a plantear mi caso para aquellas drogas que suelen considerarse como más “altamente adictivas”, en particular, tengo en mente el alcohol y la heroína.

Modelos para entender las adicciones: el modelo de la enfermedad

Se han propuesto varios modelos y teorías para entender el problema del uso y abuso de drogas. Es importante tener conciencia de ellos porque dependiendo de cómo entendamos el fenómeno del uso de drogas y de adicciones, podremos justificar o no la prohibición de su consumo. Quiero examinar dos modelos en los que se suele basar el prohibicionista para justificar su posición: a) el modelo de la enfermedad y b) el modelo moralista.³ A estos modelos quiero oponer un tercer modelo que podríamos llamar el modelo de la autonomía, aunque en ocasiones también se la ha llamado el modelo de la libertad de la voluntad. Voy a defender este modelo en contra de los otros dos, para llegar a la conclusión de que las adicciones son, en la mayor parte de los casos, productos de un ejercicio de la autonomía y de la libertad de la voluntad.⁴ En esta sección analizaré el primer modelo.

No siempre se ha pensado en el uso, o incluso el abuso, de drogas como una adicción. En un artículo ahora clásico en el campo de los estudios sobre el alcoholismo, “The Dis-

³ En esta clasificación sigo a Jeffrey A. Schaler, “Drugs and Free will”, en *id.* (comp.), *Drug. Should We Legalize, Decriminalize or Deregulate?*, Nueva York, Prometheus Books, 1998. Aunque se han propuesto muchos modelos para entender el fenómeno de las adicciones, esta distinción servirá para mis propósitos en este ensayo. Entre otras clasificaciones que se han hecho, Sandra Rasmussen, *Addiction Treatment. Theory and Practice*, California, Sage Publications, Thousand Oaks, 2000, pp. 22-42, por ejemplo, distingue entre los modelos convencionales (el modelo moral, el legal, el médico o de la enfermedad y el farmacológico), las teorías contemporáneas (teorías biológicas, psicológicas, socioculturales, trascendentales/espirituales) y, finalmente, las comprensivas (biopsicosociales, por ejemplo).

⁴ Digo “en la mayor parte de los casos” porque existen casos de menores de edad que desarrollan dependencias desde muy pequeños. Elaboraré mi argumento pensando en adultos, a los que generalmente se les reconoce como seres autónomos y responsables.

covery of Addiction”,⁵ Harry Levine nos muestra cómo fue solamente a fines del siglo XVIII que se medicalizaron algunas conductas y se empezó a ver algunos vicios en términos de enfermedades. Así, se pasó de ver la ebriedad como un vicio, para verla como una enfermedad. También se dejó de ver al individuo como el causante del problema y se empezó a pensar en el alcohol como una “sustancia adictiva”, que podía generar adicción en cierto tipo de personas susceptibles a desarrollar la enfermedad de la “adicción al alcohol” –lo que más tarde se llamaría alcoholismo. El problema ya no era el sujeto, sino la sustancia. Esta filosofía fue impulsada por el llamado *Temperance movement*, que se originó en distintos países angloparlantes desde fines del siglo XVIII, que tuvo sus orígenes en una posición protestante, y que pugnaba por este tipo de comprensión del fenómeno del consumo de alcohol: lo veía como una enfermedad progresiva e incurable, cuya única forma de tratamiento era la abstinencia total.

El *Temperance movement* tuvo mucha influencia sobre quienes instrumentaron la prohibición del alcohol en 1914. Sin embargo, fue más claramente después de que se levantó la prohibición que este modelo tuvo su mayor auge. Después de que en 1933 el Congreso de Estados Unidos permitió la venta y el consumo de alcohol, hubo la necesidad de darle un nuevo enfoque al problema del consumo de alcohol: si éste ya no era más un delito, debía ser una enfermedad. Ligar adicción con enfermedad era un buen modo de ahuyentar a la gente del consumo de alcohol. Fue la misma época, más precisamente en 1935, en que se fundó Alcohólicos Anónimos (AA) en Akron, Ohio. AA ha hecho mucho por difundir la idea de que la adicción al alcohol es una enfermedad, al punto de que ahora esto se toma como una verdad comúnmente aceptada.

⁵ Harry G. Levine, “The Discovery of Addiction. Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America”, en *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 1978, pp. 143-174.

El modelo de la enfermedad parte del supuesto de que la adicción al alcohol es un tipo de enfermedad progresiva e incurable. Es una enfermedad a la que cierto tipo de gente es vulnerable; aquellos que lo son la desarrollan una vez que comienzan a tomar. Ya desarrollada la enfermedad del alcoholismo, el individuo es incapaz de moderar su consumo de alcohol, pierde completamente el control sobre sus acciones y, sobre todo, sobre su modo de beber. Basta con una copa para que el alcohólico recaiga; el único modo de contener esta enfermedad es con la abstinencia total. Este modelo comenzó como un tipo de pseudociencia, pero en los años cuarenta y cincuenta fue ganando más adeptos hasta convertirse en algo así como una “verdad científica”.⁶ Posteriormente, este modelo se ha generalizado, y lo mismo que oímos acerca del alcoholismo, lo oímos hoy en día acerca del tabaquismo, del consumo de drogas o de cualquier otra adicción. El modelo de AA también se ha extendido a otras adicciones, mediante organizaciones como Fumadores Anónimos o Drogadictos Anónimos.

Según este modelo, el consumo de drogas causa adicción; la adicción tiene efectos nocivos sobre la salud física y mental de los individuos, termina destruyendo órganos, minando facultades y eventualmente provocando su muerte. Ahora bien, si el consumo de drogas es una enfermedad, entonces esto es algo sobre lo que no tenemos control; es decir, este modelo nos lleva a aceptar la pérdida de la libertad, de la autonomía y de responsabilidad. Una tesis absolutamente central del modelo de la enfermedad es la idea de la pérdida completa de control: una vez que un adicto toma una droga, no tiene otra opción más que seguir tomándola. Esto es algo que está más allá de su control y que se puede explicar

⁶ Cfr. Hebert Fingarette, *Heavy Drinking. The Myth of Alcoholism as a Disease*, Berkeley/Los Ángeles/Londres, University of California Press, 1988, cap. 1.

por el alto nivel de adicción que tiene la droga; es algo que se debe más a lo adictivo de la droga que a la persona misma. Lo adictivo de la droga hace desaparecer completamente la autonomía del individuo. Una persona enferma no es una persona responsable de lo que hace, no es capaz de responder por las acciones que ejecuta o las decisiones que toma. Así presenta Jeffrey Schaler el modelo:

El modelo de la enfermedad se aplica a cualquier conducta socialmente inaceptable como un medio de absolver a la gente de la responsabilidad sobre sus acciones, ya sean criminales o de otro tipo. La práctica se justifica sobre esta base: el uso de drogas constituye una adicción. La adicción es una enfermedad. Los actos que surgen de una enfermedad se llaman síntomas. Dado que los síntomas de una enfermedad son involuntarios, los síntomas de la enfermedad de la adicción a las drogas son también involuntarios. Así, los adictos no son responsables de sus acciones.⁷

Si la drogadicción es una enfermedad, entonces fácilmente se convierte en un problema de salud pública, y dado que el Estado está encargado de proteger la salud de los ciudadanos, encuentra aquí una justificación para proteger a los individuos de sí mismos y prohibir el consumo de drogas. Así se justifica el Estado para tomar una posición paternalista respecto a sus ciudadanos –éste es un tema sobre el que volveré más adelante. No obstante, aquí habría que hacerse muchas preguntas: 1) si todo consumo de drogas causa adicción; 2) si una adicción a sustancias es una enfermedad; 3) si efectivamente la adicción-enfermedad nos hace perder el control, nos absuelve de responsabilidad y limita seriamente la autonomía individual al punto de que el agente la pierde completamente.

⁷ J. A. Schaler, "Drugs and Free Will", en *op. cit.*, p. 236.

La primera pregunta es fácil de responder: uso no es lo mismo que abuso, y no se debe igualar cualquier consumo de drogas con drogadicción. Millones de personas en el mundo hacen uso responsable de las drogas sin caer en la adicción –pensemos simplemente en los millones de consumidores de alcohol en el mundo que no somos alcohólicos. Así, "consumo de drogas" no debe equipararse con "adicción". Ahora, para los fines de este ensayo, quiero centrarme en la tercera pregunta, pero inevitablemente tendré que decir algo sobre la segunda, que básicamente tiene que ver con la definición de "adicción". Vayamos, entonces, por partes y empecemos por dar una caracterización de lo que es una adicción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la adicción como el

...consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, hay una *tolerancia* acusada y un *síndrome de abstinencia* que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona; referido al consumo de alcohol, es equivalente a *alcoholismo*. "Adicción" es un término antiguo y de uso variable. Es considerado por muchos expertos como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitan-

te arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable.⁸

La misma OMS, en su *Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud*, 10ª ed. (conocida como CIE-10), clasifica las adicciones, particularmente las adicciones a las drogas, como enfermedades. Según esta clasificación, la adicción a sustancias implica una pauta de consumo que conlleva un malestar o deterioro físico o psicológico, junto al que se dan por lo menos tres de los siguientes criterios por un periodo de doce meses: fuerte deseo de consumir la sustancia; dificultades para controlar dicho consumo; síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo; tolerancia; abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia; inversión cada vez mayor de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia o con la recuperación de sus efectos; persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.⁹ Sin duda, podemos decir que es una buena caracterización de lo que es una adicción, pero cabe hacerse la pregunta: ¿por qué todo esto debería considerarse como una enfermedad?

⁸ Organización Mundial de la Salud, *Glosario de términos de alcohol y drogas*, 1994, p. 14. En <http://www.who.int/substance-abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf>. En los años sesenta, la OMS recomendó que se dejara de usar el término "adicción" a favor del de "dependencia", debido a las controversias en torno a la definición de ese término. Mi propósito es el de caracterizar aquí la adicción a sustancias, no a conductas, por ello dejo de lado casos como los de la adicción al juego, al internet, a la comida, al ejercicio, al sexo, a tomar riesgos o incluso la adicción a personas (aunque, con todas sus diferencias, tal vez podrían explicarse en términos similares a los de adicciones a sustancias). Cfr. Jon Elster, *Strong Feelings. Emotion, Addiction and Human Behaviour*, Cambridge, Mass., The MIT Press, 1999, cap. 3 y D. Husak, *Drogas y derechos*, pp. 142 y ss., para una caracterización más amplia de las adicciones.

⁹ Procede de un modo muy similar el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª ed. (el DSM-IV, por sus siglas en inglés) de la Asociación Psiquiátrica Americana, publicado a principios de los años noventa.

Esto, inevitablemente, nos lleva a la pregunta por el significado del término "enfermedad", que ha estado sujeto a muchas discusiones desde hace más de un siglo y las diferentes definiciones parecen reflejar, como en ocasiones se ha afirmado, el estado de ánimo social y político, más que una discusión verdaderamente científica. Ambos temas son muy controversiales y los teóricos no se ponen de acuerdo, así es que mi respuesta debe considerarse como tentativa.¹⁰ Podríamos decir que una enfermedad es una condición anormal de un organismo que le impide realizar funciones corporales y está asociada con síntomas y signos específicos; puede ser causada por factores externos, como lo son organismos invasores, o por disfunciones internas, como son las enfermedades autoinmunes. Las adicciones pueden llegar a parecerse mucho a las enfermedades porque pueden generar condiciones anormales en el organismo del adicto y pueden llegar a impedir la realización de funciones corporales, pero una cosa es que la adicción sea una enfermedad y otra es que la adicción *cause* enfermedades.

Sin embargo, a esta "ortodoxia" hasta ahora dominante que ve las adicciones como enfermedades se oponen cada día más y más teóricos (como Fingarette,¹¹ Davies,¹² Walters,¹³

¹⁰ Éste es un tema que rebasa las pretensiones de este ensayo, así es que me limitaré a una caracterización mínima. Sin embargo, cfr. Marc Ereshefsky, "Defining 'Health' and 'Disease'", en *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 40, 2009, pp. 221-227 y Ruy Pérez Tamayo, *El concepto de enfermedad: su evolución a través de la historia*, México, UNAM-Conacyt-FCE, 1988, para una discusión más amplia.

¹¹ H. Fingarette, *Heavy Drinking. The Myth...*

¹² John Booth Davies, *The Myth of Addiction*, 2ª ed., Amsterdam, Routledge, 1997.

¹³ Glenn D. Walters, *The Addiction Concept. Working Hypothesis or Self-Fulfilling Prophecy?*, Boston, Allyn & Bacon, 1999.

Schaler¹⁴ y Heyman¹⁵),¹⁶ quienes cuestionan la idea de que éstas sean enfermedades y que estén fuera del control voluntario del agente. Muchos de ellos no sólo nos muestran cómo históricamente se ha ido construyendo socialmente la ecuación adicción=enfermedad (en muchas ocasiones por el interés de asociaciones médicas, de Estados paternalistas e incluso de asociaciones como AA), sino que, sobre todo, nos muestran algunas de las diferencias entre adicciones y enfermedades. Aunque son muchas las diferencias que se pueden citar, aquí quiero centrarme simplemente en una que me parece fundamental y que tiene que ver directamente con el tema de la autonomía: el de si las adicciones efectivamente conllevan una pérdida total de control por parte del adicto sobre su adicción, como sucede con las enfermedades. Cuando uno tiene una enfermedad, no es posible moderarla o abandonarla a voluntad, como suele suceder con las adicciones. No es posible “moderar” o “abandonar” un cáncer, una esclerosis múltiple, un alzheimer o una diabetes, como sí puede suceder con las adicciones (aunque no descartando que la actitud del paciente influya para la recuperación en ciertas enfermedades). Son muchos los estudios que se han realizado en adictos a las drogas que muestran que la gente suele moderar o incluso abandonar sus adicciones sin ningún tratamiento médico de por medio.

En su libro *Heavy Drinking. The Myth of Alcoholism as a Disease*,¹⁷ el conocido estudioso del alcoholismo Herbert Fin-

¹⁴ J. A. Schaler, *Addiction is a Choice*, Chicago, Open Court, 2000.

¹⁵ Gene Heyman, *Addiction, a Disorder of Choice*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 2009

¹⁶ Hay otro grupo de teóricos, los antipsiquiatras de los años sesenta, como Thomas Szasz, Ronald Laing y otros, que defienden que no existen las enfermedades mentales, que el modelo médico no puede ser aplicado a los procesos mentales en general, pero tampoco a las adicciones. Aunque éste es un enfoque que debe considerarse seriamente y que ha sido influyente, aquí no me referiré a ellos.

¹⁷ *Op. cit.*, cap. 2.

garette nos cuenta de distintos experimentos que se han llevado a cabo con alcohólicos en los que éstos eligen moderarse o incluso abstenerse de beber por razones que son importantes para ellos. La conclusión a la que han llegado muchos de estos experimentos es que el “deseo irreprimible” de beber de los alcohólicos “refleja crucialmente el escenario social y psicológico, y no necesariamente es el resultado químico directo del consumo de alcohol”.¹⁸

Un experimento significativo en contra de la idea del alcoholismo como una enfermedad es el que Alan Marlatt y su grupo de colaboradores realizaron en la Universidad de Washington, en Seattle, en los años setenta y en el que mostraron que la conducta de los alcohólicos estaba relacionada con sus creencias acerca del alcohol. Marlatt le dio a beber a un grupo de 64 alcohólicos algunas bebidas que contenían y otras que no contenían alcohol. Dividió los grupos y a uno de ellos les dio alcohol diciéndoles que la bebida, aunque sabía a alcohol, no contenía alcohol, mientras que al otro se le dio una bebida no alcohólica, pero se les dijo que sí contenía alcohol. Según reportó Marlatt, “los índices de consumo fueron más altos en aquellas condiciones en las que a los sujetos se les había hecho creer que consumirían alcohol, sin importar la bebida que realmente se les estuviera administrando”.¹⁹ Este experimento sugiere que la habilidad de un alcohólico para moderar o controlar su consumo de alcohol no está determinada por una reacción fisiológica al alcohol, sino por la creencia de que lo que estaban bebiendo era alcohol.

Por otro lado, en lo que respecta a drogas como la heroína, en Estados Unidos, en sondeos que han garantizado el anonimato, más de nueve millones de personas han

¹⁸ *Ibid.*, p. 43.

¹⁹ G. Alan Marlatt *et al.*, “Loss of Control Drinking in Alcoholics: An Experimental Analogue”, en *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, citado en H. Fin-garette, *Heavy Drinking. The Myth...*, p. 39.

declarado haber usado o usar heroína de modo ocasional –una droga conocida por su alto nivel de adicción–, pero sólo 18 000 piden someterse a tratamiento de desintoxicación anualmente. Es decir, sólo 0.18% de los consumidores considera que su adicción está más allá de control, mientras el 99.8% restante enfrenta su adicción por sí solo.²⁰

Aunque hay muchos otros experimentos que muestran la capacidad de los adictos de controlar o incluso liberarse de su adicción, hay un caso que es muy significativo en este sentido: el de los soldados americanos en Vietnam en los años setenta, que es uno de los casos mejor documentados de uso de heroína en una población sobre la que se tenía control, se tenía bien identificado el problema y se podían medir los resultados de las investigaciones. En un estudio de 943 veteranos de la Guerra de Vietnam seleccionados al azar, 495 dieron positivo en un examen de dopaje por heroína a la hora de regresar a Estados Unidos al final de la guerra. El Departamento de Defensa comisionó a la epidemióloga Lee N. Robins este estudio. Robins y su grupo encontraron que sólo 14% de aquellos que usaron heroína en Vietnam siguieron usándola al volver a su país. El 86% restante abandonó el hábito sin ningún tipo de ayuda especial. Los hallazgos del estudio de Robins, realizado en 1972,²¹ apoyan la teoría de que el uso de drogas está en función directa del estrés ambiental, que, en este caso, terminó cuando los soldados volvieron a casa. Los veteranos afirmaron que usaban la heroína para lidiar con la experiencia de la

²⁰ Cfr. A. Escotado, *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*, Barcelona, Anagrama, 1995, p. 71.

²¹ Lee N. Robins *et al.*, "Vietnam Veterans Three Years after Vietnam: How Our Study Changed Our View of Heroin", en J. A. Schaler (comp.), *Drugs. Should We Legalize...*, pp. 249-265.

guerra. Así, los adictos lo son sólo bajo determinadas circunstancias.²²

También quisiera señalar aquí una paradoja que tienen algunos tratamientos de adicciones, en particular los de AA: según ellos, el alcoholismo es una enfermedad progresiva e incurable que inhabilita al alcohólico para dejar de tomar; sin embargo, una de las condiciones para iniciar el tratamiento es la de abstenerse voluntariamente de beber alcohol. Si efectivamente un alcohólico puede abstenerse voluntariamente de beber, entonces esto nos lleva a preguntarnos cuál es el significado de la idea de pérdida de control (e incluso cuál es el propósito del tratamiento).²³

Se pueden señalar muchas otras diferencias entre una adicción y una enfermedad, como la de que mientras que no somos responsables de tener las enfermedades de las que no hay dudas de que son enfermedades, como la esclerosis múltiple o el sarampión, somos en buena medida responsables de nuestras adicciones. Una persona enferma de esclerosis múltiple no es responsable de su enfermedad, de sus síntomas ni de muchas de las cosas que hace, y por ello no es justo culparla por ello. En general, la gente no se enferma intencionalmente, mientras que el adicto es alguien que suele haber adquirido la adicción como resultado de una serie de actos intencionales y, la mayor parte de las veces, consciente de sus riesgos potenciales. En la mayoría de los

²² Se han realizado experimentos sobre consumo de drogas en ratas, que sugieren resultados similares: es sólo cuando las ratas se encuentran en situaciones de estrés (por ejemplo, de confinamiento, de soledad, de falta de actividad, etc.) que son vulnerables al consumo de drogas. Véase Bruce Alexander *et al.*, "Rat Park Chronicle", en J. A. Schaler (comp.), *Drug. Should We Legalize...*, para más detalles sobre estos experimentos.

²³ Son interesantes los cuestionamientos que hacen H. Fingarette, *op. cit.*, cap. 4 y J. A. Schaler, *Addiction is a Choice*, cap. 7, de si los tratamientos para las adicciones, en particular los tratamientos médicos, funcionan. Su hipótesis es que no funcionan, en buena medida, debido a que se basan en la idea errónea de que las adicciones son enfermedades.

casos –dejando aquí de lado los casos de los menores de edad o de gente con problemas cognitivos severos–, la adicción es resultado de una serie de actos autónomos. El adicto suele consumir la sustancia a pesar de tener conciencia de esos riesgos, pero en general llevado ahí por una variedad de factores circunstanciales; así suele suceder con el alcohólico y con el heroinómano.

Sin embargo, hay sobre todo una diferencia significativa que nos muestran estos y otros muchos estudios: mucha de la gente que era adicta al alcohol o a la heroína, en circunstancias distintas de aquellas en las que adquirió su adicción, pudo controlar o incluso abandonar su adicción sin ningún tipo de tratamiento de por medio. Una enfermedad que se puede controlar y, más importante, dejar a voluntad no es una enfermedad. Por más fuerza de voluntad que tenga el enfermo de esclerosis múltiple, o incluso el enfermo de gripe, para curarse, rehabilitarse o aun salir de su enfermedad, no depende de su voluntad salir de ella, como sí depende de la del adicto salir de su adicción. Sin duda, la voluntad para curarse ayuda mucho en una enfermedad, pero moderar o abandonar la enfermedad no es cuestión de voluntad, como sí puede serlo en el caso de las adicciones. No quiero sonar voluntarista y decir que basta con “echarle ganas”, no digo que sea fácil dejar una adicción: hay gente a la que le toma años dejar de beber, fumar o dejar su adicción a la heroína; hay gente que nunca lo logra. Ni creo tampoco que toda la gente pueda rehabilitarse sin ayuda externa; cada caso es diferente y depende de un conjunto de factores distintos y frecuentemente complejos. Pero mi punto no es ése, sino el hecho de que si un buen porcentaje de individuos puede abandonar su adicción únicamente a partir de su voluntad, entonces es por lo menos dudoso que estemos frente a una verdadera enfermedad.²⁴

²⁴ Es posible hacer la objeción de que entidades patológica más o menos bien establecidas, como la depresión, los trastornos de personalidad o los trastornos

En suma, si todo esto es cierto, entonces la drogadicción no es una enfermedad y tampoco implica una completa pérdida de control por parte del adicto en lo que respecta a su adicción (y mucho menos en lo que respecta al conjunto de su vida), así, el adicto no deja de ser responsable ni autónomo –por lo menos no completamente. Cada vez contamos con más evidencia de que drogadicción no implica la pérdida del ejercicio de la autonomía y, por lo tanto, este argumento no debe considerarse como un argumento a favor de la prohibición del consumo de drogas. El Estado no tendría por qué argumentar que está protegiendo a los individuos de sí mismos y que está protegiendo su autonomía de una supuesta pérdida de control, si estos individuos son capaces de moderar e incluso abandonar su adicción.

Intermedio sobre la autonomía individual

Hay una reflexión, a la cual me lleva esta discusión sobre la adicción, que me parece pertinente hacer acerca del concepto de autonomía. La autonomía individual es la capacidad que cada uno de nosotros tiene de vivir su propia vida según las razones y los motivos que toma como propios y

bipolares, según varios modelos de psicoterapia, sí pueden controlarse a voluntad. No sé qué tanto esto sea posible, y en todo caso creo que esta acción de la voluntad no es directa sino mediante un proceso de psicoterapia (y en muchos casos, por cierto, con fármacos que, por cierto, pueden terminar creando adicciones). Aunque yo hago depender buena parte de mi argumentación sobre el criterio del control voluntario, hay sin duda otros criterios que se pueden usar para cuestionar la ecuación adicción=enfermedad. Por ejemplo, J. A. Schaler, *Addiction is a Choice*, p. 16, basándose en Thomas Szasz afirma: “Para la clasificación de una enfermedad, la patología [...] requiere de una alteración identificable en el tejido corporal, un cambio en las células del cuerpo. No se ha encontrado tal tipo de patología identificable en los cuerpos de bebedores asiduos o de usuarios de drogas. Esto es suficiente para justificar el punto de vista de que la adicción no es una enfermedad física”.

que no son producto de fuerzas externas manipuladoras.²⁵ Ahora, un agente deja de ser autónomo cuando ya no es él mismo quien decide cómo dirigir su vida, sino que son fuerzas externas a su voluntad las que la guían. Se nos dice que un ejemplo característico de una fuerza externa que puede llegar a dirigir la voluntad del agente es la drogadicción. Ésta, se afirma, no sólo es una fuerza externa que determina la voluntad, sino que puede llegar a esclavizarla, puede llegar a hacer que perdamos completamente nuestra capacidad de ser autónomos. Como hemos visto, los experimentos que he mencionado nos llevan a pensar que no hay tal pérdida de autonomía y que la gente que decide moderar o abandonar su adicción lo hace precisamente a partir de un ejercicio de autonomía individual.

Aunque hasta ahora he basado mi caso en algunas de las drogas supuestamente más adictivas, habría que decir que no todas las drogas son iguales en sus niveles de adicción, de toxicidad o en sus márgenes de seguridad. No tendríamos por qué negar que hay distintos niveles de adicción y ni por qué equiparar a las drogas en ese aspecto. También habría que decir que se puede ser más o menos adicto a una droga: ése es precisamente el punto de afirmar que se puede moderar el consumo de drogas. Pero algo sobre lo que es importante llamar la atención es que la autonomía, tanto como la responsabilidad, también son una cuestión de grados. La autonomía no es algo que se tiene o que deja de tener si se toma o no una droga. La pérdida de autonomía, incluso si por momentos puede ser total (como cuando el alcohólico o

²⁵ La autonomía individual, así entendida, comprende la autonomía moral, es decir, la capacidad que tenemos de darnos a nosotros los valores y principios morales con los que decidimos guiar nuestras vidas; ésta debe entenderse como un tipo de autonomía individual, que no es sólo la capacidad de determinar qué principios o valores morales queremos que rijan nuestras vidas, sino qué principios o valores, qué razones o motivos, en general, queremos que conduzcan nuestras acciones y nuestras vidas.

el *junkie* están en el colmo de la perdición), no suele ser una pérdida total de autonomía; es decir, una pérdida absoluta del control sobre nuestras acciones y nuestra vida.²⁶ La pérdida suele ser gradual y temporal, episódica. Autonomía y responsabilidad son conceptos graduales: con el desarrollo moral de una persona se van adquiriendo estas facultades, no son algo que repentinamente adquiramos al cumplir 18 o 21 años. También son algo que puede verse disminuido con el uso de sustancias psicoactivas. Pero esta disminución suele ser temporal y no elimina completamente nuestra capacidad de decisión autónoma. Por lo menos eso es lo que muestran algunos de los experimentos a los que antes me he referido.

No conviene ver la conducta del adicto en términos dicotómicos, es decir, términos en los que esa conducta es vista o bien como completamente voluntaria y autónoma, o como un síntoma de una enfermedad que es completamente involuntario. Ni uno ni otro punto de vista ayudan a entender la conducta de los adictos. Si vemos, en cambio, la autonomía como una capacidad que puede verse vulnerada o disminuida tal vez tendremos un mejor entendimiento de este asunto. Sin embargo, vulneración o disminución no significan desaparición ni exentan al agente de responsabilidad. Muchas de las acciones que conducen al adicto a satisfacer su adicción son producto de procesos deliberativos perfectamente conscientes y racionales. Convendría ver a las adicciones como defectos de la voluntad, defectos que no deben entenderse como una incapacitación completa de nuestros poderes volitivos. Como afirma el filósofo estadounidense Jay Wallace:

²⁶ Por eso, entre otras razones, no funciona la equiparación de la drogadicción con la idea de que uno se "esclaviza" o de que es igual a "venderse en esclavitud". Véase, para una crítica de esta idea, D. Husak, *Drogas y derechos*, pp. 160-175.

la capacidad básica de elegir de acuerdo con nuestras creencias evaluativas puede sobrevivir incluso en la presencia de condiciones psicológicas que tienden a dirigir nuestra atención fuera de los objetos de esas creencias. Deseos de adicción intensos pueden hacer el ejercicio del autocontrol reflexivo difícil, pero no lo vuelven imposible.²⁷

Ahora, habría que distinguir aquí entre decisiones autónomas y decisiones racionales. El que la adicción sea producto de una serie de actos autónomos es independiente de si ésta es producto de acciones racionales. En muchas ocasiones, un agente consume drogas con clara conciencia de que sus acciones le crearán una adicción, en otras, consume drogas eligiendo algo que ve como un mal menor sin tener una apreciación clara de las implicaciones que sus acciones tendrán en el largo plazo. Posteriormente, la pauta se va desarrollando de modo que, cuando menos piensa, ha creado ya una dependencia. Si sus acciones son o no racionales, si está actuando en contra de sus propios intereses a largo plazo, me parece, es independiente de si sus acciones son autónomas. Y me refiero aquí a las acciones que lo han llevado a la adicción, a las que lo mantienen en ella y a las que lo sacan de ahí. Dejo esbozada aquí simplemente esta distinción, sin duda filosóficamente interesante, pero que nos alejaría del tema central de este trabajo.²⁸

²⁷ R. Jay Wallace, "Addiction as Defect of the Will: Some Philosophical Reflections", en *Normativity and the Will*, Nueva York, Oxford University Press, 2006, p. 187. Véase este artículo para un análisis más detallado de esta idea de las adicciones como defectos de la voluntad, así como para un desarrollo más profundo del papel que tienen las adicciones en una teoría de la libertad de la voluntad.

²⁸ Una discusión más amplia de si los adictos son irracionales y de si es irracional convertirse en un adicto se encuentra en J. Elster, *Strong Feelings. Emotion...*, pp. 165-191. Véase también R. J. Wallace, "Addictions as Defect...", en *op. cit.*

La autonomía, ciertamente, es un fenómeno complejo de nuestras vidas, es algo que depende de muchos factores y por ello mismo puede verse afectada de distintos modos. Sin duda el consumo de drogas puede conllevar una afectación de nuestro ejercicio de la autonomía; sin embargo, es cuestionable que nos lleve a un modo de "esclavitud" en el que perdamos completamente nuestra capacidad de decisión autónoma y racional. Quienes deciden moderar o abandonar su adicción hacen uso de esta capacidad, de modo que no la han perdido. Los adictos no son seres completamente esclavizados, irresponsables y ajenos al control de sus acciones. Por eso es importante no ver a la adicción como una enfermedad. Si esto es así, entonces los adictos tienen buena parte de responsabilidad sobre sus adicciones y es importante reconocer esto porque le da a los adictos una perspectiva de que están en un control mayor sobre su propia situación de lo que el modelo de la enfermedad les hace creer; también hace que tengan mayores posibilidades de superar los obstáculos a los que los han conducido sus acciones.

El modelo moralista

Antonio Escotado afirma que "querer curar un vicio llamándolo enfermedad y delito es un modo infalible de convertirlo en enfermedad y delito".²⁹ Como ya hemos visto, desde el siglo XVIII se ha querido convertir a las adicciones en enfermedades, pero en muchos casos también se les ha convertido en delitos. Así es como ha procedido el llamado modelo moralista del uso de drogas. Este modelo considera a la adicción como el resultado de bajos estándares morales, de un carácter malo o de debilidad de la voluntad. Entonces, más que tratamiento o terapia, lo mejor es castigar a quie-

²⁹ A. Escotado, *Historia elemental de las drogas*, p. 110.

nes usan o abusan de las drogas. A diferencia del modelo de la enfermedad, este modelo sí reconoce responsabilidad y autonomía, pero nos castiga si hacemos uso de ellas al consumir drogas. El uso de drogas es un caso de vicio y de autodegradación moral. Según este modelo, lo ideal es infundir valores en la sociedad, particularmente en los jóvenes. El problema de la drogadicción, se nos dice, se debe a la “falta de valores”. (En otras ocasiones, según una variante religiosa de este modelo se afirma, como lo ha hecho Felipe Calderón, que no creer en Dios es el caldo de cultivo para las adicciones; son los “pocos asideros trascendentales” los que han llevado a la juventud a las drogas.)

Desde esta perspectiva, al prohibir las drogas, lo que el Estado quiere hacer es proteger y promover una cierta perspectiva de lo que constituye una vida moralmente buena y decente; así, identifica ciertas actividades como buenas o malas en sí mismas en virtud del hecho, por ejemplo, de que son deseadas o disfrutadas por los seres humanos o de que ayudan al florecimiento de su naturaleza. Moralmente hablando, hay vidas que son objetivamente mejores que otras. Esto es lo que podemos llamar una posición perfeccionista. Desde esta perspectiva, las políticas estatales deben promover valores que perfeccionen a los seres humanos con una determinada concepción de lo que es una vida moralmente buena, al tiempo que deben impedir conductas que se alejen de esa concepción. En muchas ocasiones se nos presenta esa vida moralmente buena en términos de una vida autónoma, responsable e independiente, en otras se le da un mayor contenido al concepto de una “vida moralmente buena” en términos de virtudes más específicas (como ser un miembro productivo de la sociedad, pertenecer a una determinada religión, etc.). Si la drogadicción contribuye al vicio y a la autodegradación moral de los ciudadanos, a la pérdida de la autonomía, independencia y libertad de los ciudadanos, entonces el Estado está justificado para instaurar políticas pú-

blicas y crear instituciones que impidan que la gente consuma drogas o se vuelva adicta; políticas que promuevan una vida “libre de drogas y adicciones”, una vida autónoma y responsable. De ahí toma el Estado la justificación para prohibir su consumo.³⁰

En cualquiera de los dos modelos, el de la enfermedad o el moralista, el prohibicionismo termina justificando una posición paternalista del Estado respecto a sus ciudadanos. El paternalismo es la interferencia del Estado en las vidas privadas de los individuos, en contra de su voluntad, justificada por la afirmación de que la persona con la que se interfiere estará mejor o protegida de un daño.³¹ De este modo, el Estado paternalista limita la libertad y la autonomía individual de sus ciudadanos, con base en el argumento de que los está protegiendo de un daño físico o mental, de que está protegiendo su autonomía y su libertad, o bien, en el de que está promoviendo un tipo de vida moralmente valioso o virtuoso. El Estado justifica la invasión a un ámbito que parecería corresponderle a la autonomía individual sobre la base de que el consumo de drogas terminaría incapacitando a los ciudadanos para tomar determinadas decisiones, llevar un tipo de vida autónomo y responsable, que es lo que el Estado considera moralmente correcto.

Ante el argumento de que el Estado está interfiriendo injustificadamente en el ámbito de la autonomía personal,

³⁰ Obviamente, el perfeccionismo se opone a la doctrina de la neutralidad estatal tan querida para el liberalismo, según la cual el Estado debería ser neutral entre las distintas concepciones de lo que es una vida moralmente buena. Sobre todo, no debe hacerlo en una sociedad pluralista en la que hay distintas concepciones de lo que es el bien moral. Una discusión más amplia de la cuestión de la neutralidad del Estado en este caso se encuentra en D. Husak, “Liberal Neutrality, Autonomy, and Drug Prohibitions”, en *Philosophy and Public Affairs*, 29, 2000, pp. 43-80.

³¹ Cfr. Gerald Dworkin, “Paternalism”, en *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Edward N. Zalta (ed.), 2005, <<http://plato.stanford.edu/entries/paternalism/>>.

entonces el prohibicionista responde diciendo que el Estado está justificado en prohibir el consumo de drogas porque éste es un ejercicio de autonomía personal que directamente mina el propio ejercicio de la autonomía personal. Y una vez que eso sucede, entonces ya no somos autónomos. El Estado aquí está justificado para limitar la autonomía y la libertad de los individuos para consumir drogas porque ésta los lleva a dejar de ser libres: el consumo de drogas los esclaviza. El Estado está justificado en proteger a los individuos de sí mismos, nos dice el prohibicionista.

Ahora, si lo que dije antes acerca del modelo de la enfermedad es cierto, y no es exacto afirmar que las adicciones están más allá del control voluntario de los agentes, entonces la idea de que dejamos de ser autónomos y por ello el Estado está justificado en proteger nuestra autonomía parece más cuestionable. Si no es cierto que con las adicciones a las drogas perdemos completamente el control al punto de dejar de ser responsables y perder nuestra autonomía, y si es mediante nuestra propia autonomía que podemos moderar o abandonar nuestras adicciones, entonces parecería que el Estado no está justificado en interferir en el ámbito de nuestra autonomía individual en nombre justamente de esa autonomía.

En otras palabras, si la crítica al primer modelo es que la conducta que surge de la adicción no es análoga a los síntomas propios de una enfermedad, y que la adicción no nos desresponsabiliza de lo que hacemos, ni hace que perdamos completamente nuestra autonomía individual, la crítica al segundo modelo se basa en la idea de que el Estado no la reconoce suficientemente, o aún más, viola nuestra autonomía individual al prohibirnos el consumo de drogas. Alguien viola mi autonomía cuando me impide o me prohíbe hacer algo que tengo el derecho moral de hacer.

De hecho, el argumento más fuerte en contra de la prohibición viene de la idea misma de autonomía. La prohibición

a las drogas no reconoce cabalmente nuestra autonomía, no reconoce que los adultos que usan (o incluso abusan de) las drogas son seres autónomos que pueden tomar sus propias decisiones en cuanto a drogas. El Estado paternalista que prohíbe las drogas no reconoce nuestra mayoría de edad y nuestra autonomía. Si las drogas, como he argumentado, no hacen que perdamos nuestra autonomía ni respecto a nuestra adicción ni respecto a nuestra vida, entonces no debería usarse lo que he llamado el argumento de la pérdida de autonomía para, precisamente, vulnerar nuestra autonomía. Si las drogas no vulneran nuestra autonomía en lo que respecta a su consumo, entonces el Estado tampoco debería vulnerar nuestra autonomía en ese renglón. Como afirma el filósofo del derecho estadounidense Douglas Husak: “La interferencia paternalista al consumo de drogas adictivas no puede defenderse en nombre de la autonomía”.³²

El mismo Husak ha apuntado hacia una dirección que parece derivarse de la idea de autonomía, y es la conexión entre esta idea y la de derechos. Al prohibir las drogas, el Estado no está reconociendo nuestro derecho a hacer con nuestra vida lo que queramos, si con ello no afectamos a terceros. Hacer con nuestra vida lo que queramos implica también consumir drogas, si eso es lo que queremos hacer. Al prohibirnos hacer uso de las drogas, el Estado está violando nuestra autonomía y nos trata de un modo paternalista, está impidiendo que hagamos algo que tenemos el derecho moral de hacer. Tal vez resulte extraño ponerlo en términos de un derecho moral a las drogas, pero en realidad algunos de estos derechos ya se nos reconocen –con lo cual ya se han convertido en más que derechos morales. Si tenemos el derecho de fumar todo lo que queramos o de beber todo el alcohol que queramos (siempre que no afectemos a terceros), aunque eso pueda resultar irracional

³² D. Husak, “Liberal Neutrality, Autonomy...”, en *op. cit.*, p. 160.

y sepamos que arriesgamos nuestra vida con ello, entonces ¿por qué no vamos también a tener el derecho de consumir drogas, incluso si sabemos que arriesgamos nuestras vidas con ello? ¿Se deben prohibir porque son peligrosas, o porque consumirlas atenta contra nuestra salud o nuestra vida? Entonces, si queremos ser coherentes, en la misma argumentación, el Estado debería prohibir los deportes de alto riesgo (como el alpinismo, el paracaidismo o el motociclismo), porque atentan contra la salud de mucha gente y, de hecho, cobran muchas vidas cada año. También debería prohibirse el suicidio. Por otro lado, si la lógica detrás de la prohibición a las drogas fuera coherente, entonces debería prohibirse el tabaco y el alcohol, que provocan más muertes al año en México (60 mil muertes al año sólo por tabaquismo, según la Secretaría de Salud) que las que provoca el consumo de drogas ilegales (370 al año aproximadamente, según lo que se puede inferir de datos proporcionados por el Consejo Nacional de Adicciones).³³ Tendríamos que preguntarnos por qué no somos coherentes en nuestras leyes sobre drogas y cuestionarnos, por ejemplo, si no hay intereses más fuertes detrás de argumentos tan cuestionables como los que hemos venido examinando.³⁴

³³ En México, en tres días mueren más personas a consecuencia del tabaquismo que las que fallecen durante todo un año a causa del consumo de drogas ilegales. Cfr. Braun "Miente spot del Senado sobre estragos de las drogas", en *Drogas México*, <<http://www.drogas-mexico.org/nola.php?aid=186>>.

³⁴ Parte del trabajo para este ensayo fue realizado, durante un sabático en la Universidad de California en Berkeley, gracias al apoyo de una beca Fulbright-García Robles. Agradezco a Juan R. Reyes y a Adriana Cossío sus comentarios a una versión previa de este trabajo.