

MONOGRAFÍAS HUMANITAS

5

USO DE DROGAS Y DROGODEPENDENCIAS

Director Invitado

Oriol Romaní Alfonso

Presentación <i>Oriol Romaní Alfonso</i>	1
Dependencias y políticas: los usos técnico/ideológicos del sector salud <i>Eduardo Luis Menéndez y Renée Beatriz di Pardo</i>	7
La cultura cannábica en España: la construcción de una tradición ultramoderna <i>Juan F. Gamella y María Luisa Jiménez Rodrigo</i>	23
Los cannabinoides en la práctica clínica: un debate abierto <i>Marta Duran Delmás</i>	55
Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres <i>Nuria Romo</i>	69
Drogas, consumo y culturas juveniles <i>Joan Pallarés Gómez</i>	85
Crack-cocaína y economía política del sufrimiento social en Norteamérica <i>Philippe Bourgois</i>	95
Drogas, enfermedad y exclusión. ¿Can Tunis (Barcelona) como paradigma? <i>Enrique Ilundain</i>	105
Cambios sociales, cambios en los tratamientos <i>Tre Borràs i Cabacés y Artur Sardà i Garcia</i>	119
Las drogodependencias tras la reducción de daños <i>Miguel de Andrés y Joan Trujols</i>	139
El espacio urbano como dispositivo de control social: territorios psicotrópicos y políticas de la ciudad <i>Luís Fernandes</i>	147
El papel de la cultura en el control del consumo de drogas: el caso de la India <i>Molly Charles</i>	163
La «Guerra a la Droga»: estado de la cuestión <i>Alain Labrousse</i>	173



CRACK-COCAÍNA Y ECONOMÍA POLÍTICA DEL SUFRIMIENTO SOCIAL EN NORTEAMÉRICA

PHILIPPE BOURGOIS

*Department of Anthropology, History and Social Medicine. University of California,
San Francisco. San Francisco, CA (EEUU)*

Introducción

La historia reciente del crack y de la cocaína inyectada en los Estados Unidos y en Canadá nos enfrenta al hecho de lo poco que comprendemos el fenómeno del abuso de determinadas sustancias desde una perspectiva macrosociológica o antropológica. No hemos elaborado una teoría coherente y útil que ofrezca las explicaciones más básicas sobre el quién, cuándo y porqué de las drogas. Necesitamos vincular los patrones de preferencias por las drogas y los grados de adicción a las mismas a las grandes fuerzas estructurales históricas que crean grupos sociales vulnerables, y hemos de documentar las consecuencias no pretendidas de las políticas disfuncionales del sector público y de las instituciones gubernamentales que agravan los daños provocados por las drogas. Esto requiere exami-

nar en detalle la experiencia del racismo, tanto institucional como interpersonal, de los consumidores de droga, así como su ubicación histórica en los mercados laboral y de la vivienda. Al mismo tiempo, estas experiencias macrosociales de exclusión social no son lineales en sus costes, puesto que forman parte de un proceso social histórico que, por definición, opera a múltiples niveles con frecuentes efectos tanto sinérgicos como contradictorios sobre el abuso de sustancias.

Etnografía comparativa y teoría económica política

El análisis histórico y transcultural revela enormes diferencias en los patrones de duración e intensidad de los ciclos epidémicos de las drogas. Las cualidades farmacológicas de las drogas son virtualmente insignificantes fuera de sus contextos político-económico y sociocultural. La extraña trayectoria global del crack en los años 90 lo ilustra de manera llamativa. Mientras realizaba un trabajo de campo de observación-participante entre traficantes de crack y adictos a la heroína en el barrio

Phillippe Bourgois es antropólogo cultural y autor de *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio* (Cambridge University Press, 2003). Actualmente trabaja en el tema de la etnografía de los mendigos adictos a la heroína y de los fumadores de crack de San Francisco, sobre el que está preparando el libro *Righteous Dopefiend* que será publicado por la University of California Press.



neoyorquino de East Harlem¹, en un momento temprano de la epidemia (a comienzos de la primavera de 1985), pensaba que había una explicación simple para determinar quién es vulnerable a la adicción: el crack, como droga de abuso preferente sólo resulta atractiva para los subgrupos de población desesperados que son víctimas de formas extremas de violencia estructural. Esto explica la enorme escala proporcional de la epidemia en los Estados Unidos, país en el que el consumo intensivo y crónico del crack continúa haciendo estragos entre los afroamericanos y puertorriqueños del ámbito urbano, así como en grupos más diversos y reducidos de trabajadores emigrantes latinos y caribeños, en la primera década del siglo XXI. En los ambientes urbanos de los Estados Unidos, a mediados de la primera década de este siglo, el crack sigue aparentando ser una función de lo que yo llamo «apartheid del núcleo urbano». Se encuentra desproporcionadamente concentrado en los edificios que rodean a los albergues públicos, en los lugares en los que se ejerce la prostitución y en solares quemados y abandonados. Esta explicación es sólida y resulta atractiva desde una perspectiva de economía política. A través de cualquiera de los sistemas disponibles de medición del bienestar social o económico, los grupos de población más explotados, que sufren las formas más intensas de discriminación racial y de segregación espacial sistemáticas, son, como era previsible, los que representan la proporción más elevada de fumadores de crack. Presumiblemente, este simple modelo puede servir para Europa. No ha habido suficiente refuerzo es-

tructural del apartheid en el interior de las ciudades, así como explotación e inequidades en la Europa occidental, para que el crack se establezca como la primera droga de preferencia entre los adictos callejeros urbanos al margen de los pocos enclaves marginales.

Farmacología y exclusión social

Esta sencilla economía política marxista de modelo de exclusión social necesita, por supuesto, perfilarse mejor para explicar la duración relativamente corta de la fase de la epidemia de crack más intensa en los Estados Unidos. Desde el punto de vista farmacológico, la droga es tan destructiva para los individuos que la consumen compulsivamente, que se autorregula dentro de un ciclo de adicción más corto de lo que lo hacen las drogas que son física y emocionalmente menos destructivas, como la marihuana o incluso los opiáceos y las benzodiacepinas. Aunque desde la perspectiva farmacológica el crack es muy diferente del polvo de ángel, un tranquilizante para los animales que fue popular entre la juventud urbana pobre entre finales de los años setenta y principios de los ochenta en los Estados Unidos, quizás sí es más comparable desde una perspectiva social, dada su capacidad destructiva del estilo de vida. Como ocurrió con el polvo de ángel, las generaciones más jóvenes de afroamericanos y latinos de los núcleos urbanos de las grandes ciudades aprendieron de manera relativamente rápida a evitar el crack cuando vieron el efecto cáustico que éste tuvo en sus hermanos mayores, pa-



dres y vecinos. Por el contrario, a la juventud urbana de los sesenta y principios de los setenta le llevó mucho más tiempo aprender a evitar la heroína, porque es una droga de efecto socialmente destructivo menos inmediato, aun cuando en el plano físico es notablemente más adictiva a nivel celular.

Durante esta primera década del siglo XXI, en los Estados Unidos podemos sentirnos afortunados de que la epidemia combinada de marihuana, malta, licor y cerveza, cuyo inicio se data a finales de los ochenta, se haya prolongado hasta ahora con pocos signos de remisión. También ha habido, por supuesto, brotes localizados de speed, éxtasis y heroína mezclados en este ciclo de más larga duración y enormemente popular de la marihuana entre la juventud urbana, pero entre la mayoría de los alumnos de instituto que no están empleados sigue habiendo conatos de apreciación de la marihuana como la droga más prestigiosa y divertida que consumir y/o de la que abusar. Además, los grupos de subpoblación que han dado continuidad a diferentes ciclos de la droga son por lo general excepciones que confirman la regla: punks blancos extravagantes y homosexuales blancos que actúan en clubs, que se inyectan speed, o jóvenes blancos (hippies) que se inyectan heroína, o ravers blancos que toman éxtasis, son subgrupos culturales relativamente específicos y aislados, que son en su mayoría distintos, o están incluso alienados respecto a la mayor parte de su cohorte generacional. Además, tras un análisis más exhaustivo, la inmensa mayoría de los jóvenes blancos que consumen heroína y speed inyectados en los

Estados Unidos provienen de ámbitos en los que las circunstancias económicas son desfavorables. Un número desproporcionado lo componen niños «abandonados», por ejemplo, aquéllos que han sufrido el rechazo de su familia y/o algún tipo de violencia doméstica o abusos sexuales en el seno de la misma, y un número significativo de ellos son consumidores compulsivos de segunda generación².

Los mecanismos de autoadministración de la droga

La forma en que las personas se autoadministran su droga de elección es un aspecto importante de los ciclos de la droga que con frecuencia se pasa por alto. Esto es especialmente cierto en el caso de las epidemias de crack y cocaína. Inicié la puesta en marcha de un trabajo de observación-participante en East Harlem justo en el momento de transición (1984-1985), cuando los consumidores de cocaína abandonaron la costumbre de inyectársela o esnifarla para empezar a fumarla. Cuando me mudé para establecer mi residencia a tiempo completo en el barrio en marzo de 1985, muchos jóvenes afroamericanos y latinos todavía esnifaban polvo de cocaína de alta calidad a un bajo coste. En mi manzana había puntos de venta de cocaína que ofrecían papelines por cinco, diez o veinticinco dólares. Al margen de la cocaína había también diferentes puntos de venta de marihuana con nombres de marca activos. También era fácil adquirir heroína en las calles, pero este tipo de compra lo realizaban fundamentalmente



personas de más de treinta años. Los pocos adolescentes y veinteañeros que pude ver comprando heroína habitualmente la esnifaban. Además, por lo general, intentaban esconder ese tipo de consumo a sus colegas. Los jóvenes que consumían heroína por vía intravenosa eran pocos en ese medio y en su mayoría blancos. La palabra «crack» no corría todavía por las calles, aunque los jóvenes hablaban entusiásticamente sobre el «*free-basing*». Ellos mismos procesaban su producto de base, en cualquier caso, a partir del polvo de cocaína, y había cierta confusión sobre cómo hacerlo exactamente. A finales de 1985, la palabra «crack» ya estaba reconocida, y en 1986 esta droga había pasado a formar parte de la vida de la mayoría de las personas a las que yo conocía, que anteriormente habían esnifado cocaína. Incluso afectó a muchas personas que en etapas precedentes habían limitado su consumo de droga a la marihuana. Mis visitas más dramáticas fueron las que tuvieron lugar en los puntos de consumo del vecindario, las llamadas «galerías para pincharse». Al principio observé a clientes que se inyectaban heroína o «speed-ball» (mezcal de heroína y cocaína), mientras una significativa minoría se inyectaba sólo cocaína. Sin embargo, en 1990 no había galerías dedicadas exclusivamente a la heroína o la cocaína. Se habían convertido virtualmente en fumaderos de crack de facto, además de ser galerías para pincharse. En estos lugares en los que se practicaba la inyección de drogas, los heroinómanos más mayores siguieron consumiendo su heroína por vía inyectable, pero por lo general dejaron de inyectarse cocaína. En su lu-

gar, muchos de ellos optaron por fumar crack tras sus inyecciones de heroína. Encontré a bastantes adictos a la heroína, en la mayoría de los casos individuos que seguían un tratamiento a base de metadona, que a través de esta nueva moda suya de fumar crack se habían desintoxicado de manera fortuita de los opiáceos. De la manera más drástica, en 1990 el propietario de la franquicia de fumaderos de crack en los que llevé a cabo el trabajo de observación-participante dejó de ofrecer cocaína en polvo como uno de los dos productos que vendía. No había suficiente cuota de mercado para él en East Harlem como para que se molestara en preparar los envoltorios de la cocaína en polvo. Empezó a vender crack exclusivamente. Pronto, durante la epidemia de crack, el término «cabeza de crack» se convirtió en un insulto. Los adolescentes a veces vendían crack, pero no lo fumaban, al menos públicamente. Estos jóvenes formaron el nuevo núcleo de la generación de «rudos y cuarentones» fumadores de marihuana, empaquetada en puros vacíos conocidos como «rudos», y bebedores de botellas de licor de malta de cuarenta onzas («cuarentones»). Ellos han persistido a través de estos primeros años del siglo XXI. Mientras tanto, la generación de la heroína simplemente continuó envejeciendo. Muchos perecieron a causa del sida, de sobredosis o de enfermedad hepática provocada por el VHC; otros fueron encarcelados; y otros alcanzaron su madurez al margen de la heroína. Estos individuos fueron reemplazados, por supuesto, por consumidores de droga inyectada más jóvenes, pero no en la misma proporción en la que lo había hecho la



generación que ya tenía una cierta edad a finales de los sesenta y principios de los setenta, que todavía representaban el núcleo demográfico de los adictos a la heroína en los Estados Unidos alrededor de 2003⁴.

La excepcionalidad canadiense

El trabajo de campo etnográfico preliminar que llevé a cabo en Canadá⁵ me obliga a introducir mayor complejidad en mi forma de entender cómo la farmacología de las drogas interactúa con la economía política de la exclusión social; de ahí la utilidad de centrarse en la experiencia íntima de las fuerzas estructurales o de lo que puede llamarse la economía política del sufrimiento social. Para mi sorpresa, en Canadá se ha dado una prolongada epidemia urbana de cocaína inyectada que perduró desde finales de los ochenta hasta finales de los noventa. Por alguna razón, el fumar crack no reemplazó a la inyección de cocaína. Dada la relativa solidez del sistema de apoyo al bienestar social en Québec y en la Columbia Británica, yo había imaginado que sería difícil que el crack se estableciera como droga de elección. Lo que seguramente no hubiera anticipado, sin embargo, es que la cocaína inyectada hubiera podido persistir como la droga de elección durante más o menos una década en Canadá, y menos aún que fuera especialmente popular, teniendo en cuenta su extrema destructividad farmacológica, y dada la inversión institucional del gobierno para la promoción de la integración social de los grupos de población marginados.

Sólo puedo aventurar una hipótesis para explicar la excepcionalidad canadiense. Puede que se deba a la estructura particularmente disruptiva de la migración rural-urbana, encabezada por los nativos americanos en Vancouver y por los francófonos en Québec, exacerbada por lo etnocéntrico, excesivamente centralizado y condescendiente de los servicios de bienestar social. La provisión de jeringuillas y de servicios de acogida y sanitarios se ven a menudo concentrados en centros únicos de multiservicio, situados dentro de las ciudades, en los barrios con bajos niveles de renta y pobres viviendas, aislados por las estructuras económicas de la clase acomodada que les rodea. Significativamente, la historia canadiense ha sido testigo de las imposiciones que este país ha ejercido en las reservas de nativos americanos, absorbiéndolos en su sistema de servicios sociales centralizados, de manera que han obligado a unos pueblos cazadores y recolectores a establecerse de manera inadecuada en hábitculos urbanos que destrozan su cultura, su independencia económica y su dignidad. Los ejemplos extremos de la forma en que Canadá asaltó a pueblos nativos vulnerables, invocando la eficiencia de la provisión de servicios públicos destinados a ellos en sus reservas, arrojan luz sobre cómo han manejado los servicios de atención a los drogadictos en el interior de las ciudades.

Cualesquiera que sean las causas precisas de tipo económico, político, histórico, y de la política contemporánea, nunca antes he visto, en el mundo industrializado, un grupo de población urbana tan vejado durante un período



de tiempo tan largo por una forma de consumo tan destructiva como la que se daba en el barrio Downtown Eastside de Vancouver y, en menor grado, en el barrio de Sainte Catherine de Montreal⁷. Vancouver presentó los niveles más altos de seroconversión para el VIH entre los consumidores de droga por vía intravenosa en Norteamérica -si no en el mundo industrializado- a pesar de contar con un activo sistema de provisión de jeringuillas⁸. Esto se debió probablemente al estricto límite que impusieron sobre el número de consumidores a los que se permitía tener acceso a este programa en Vancouver, y señala la importancia de la previa distribución de jeringuillas, antes de que se produzcan epidemias de infección por VIH como las que a menudo acompañan a las de cocaína inyectada, en lugar de recurrir, como se da en estos casos, al reparto individualizado.

Las personas adictas a la cocaína inyectada en Canadá sufren también la política contra la droga conducida por el modelo carcelario de sus vecinos estadounidenses. Están esquizofrénicamente atrapados entre lo peor de los dos ámbitos políticos: por un lado, la represión neoliberal y, por el otro, los autoritarios servicios biomedicalizados de bienestar social. La mano izquierda del estado trata de suavizar la represión de la derecha a través de servicios sociales y sanitarios altamente tecnificados, prestados de manera ineficaz. Esto ha resultado en una destructiva epidemia de cocaína que se prolonga en el tiempo, en la que ha intervenido el «concurso» institucional. Puede considerarse que el modelo canadiense de servicio de atención a los drogadictos es análogo al comportamien-

to de los padres abusivos, que azotan y consienten a sus hijos alternativamente. Por utilizar una metáfora náutica, a los consumidores de droga canadienses unos rescatadores les han lanzado un endeble flotador, a la vez que los golpean en la cabeza con sus remos cada vez que los primeros intentan sacar la barbilla del agua, por no hablar de subir a bordo del barco de la vida.

A diferencia de esto último, en los Estados Unidos no se le lanzan flotadores a la población que está ahogándose; prefieren, en su lugar, golpearla sin piedad y de manera definitiva en la cabeza desde una distancia de seguridad. Los residentes de los núcleos urbanos de las grandes ciudades en los Estados Unidos tocan fondo rápidamente. Cuando no son encarcelados durante largos períodos de tiempo, a menudo mueren por haber estado expuestos a algún peligro a causa de la violencia interpersonal o del sida, en la calle, sin haber tenido acceso real a los servicios de asistencia. El sistema canadiense de refuerzo del bienestar social reduce la destructividad farmacológica de la cocaína inyectada, pero no es sustancial o lo suficientemente coherente en ofrecer a los drogadictos urbanizados y marginales una alternativa viable e integrarles de una manera digna en el mercado laboral.

La exacerbación del sufrimiento social a través del encarcelamiento

La bipolar política canadiense contra la droga ilustra la importancia de analizar las consecuencias no intencionadas de la política



estatal a la hora de dar forma a las epidemias de droga. Los historiadores han documentado bien cómo el modelo carcelario de la política estadounidense hacia las drogas ha tomado forma a partir de fobias, que a menudo van unidas a estereotipos raciales promovidos por políticos oportunistas^{9,10}. Desde una perspectiva teórica de la economía política, estas fobias morales, evidentemente, tanto reflejaban como ofuscaban las más profundas contradicciones estructurales de la sociedad, que hizo vulnerables frente a la adicción a grupos de población específicos. Así, a la vuelta del siglo XX, en el sur profundo, podemos reinterpretar el centro de atención del refuerzo médico y legal de la comunidad cuando encontramos que «en este momento los negros que eran inofensivos y respetuosos con la ley...devienen conflictivos» y sus «...deseos sexuales son mayores y están pervertidos» debido a la cocaína¹¹, como expresión de la disrupción estructural de la represión de Jim Crow en el contexto de la titubeante economía de los aparceros de algodón. Los sheriffs del sur profundo justificaron aumentar el calibre de sus armas amparándose en el «incremento de la vitalidad de los negros enloquecidos por la cocaína»¹². El mismo análisis puede aplicarse a los temores frente al opio chino en la California de finales de la década de los ochenta del siglo XIX, cuando la cantidad de puestos de trabajo disponibles hubo de reducirse tras la finalización del ferrocarril transatlántico; o la persecución en 1930 de trabajadores mejicanos por consumo de marihuana en el suroeste, cuando la Depresión provocó un desempleo masivo^{9,10}.

La epidemia de crack entre los afroamericanos, los latinos (especialmente puertorriqueños), la clase trabajadora y personas de raza blanca pertenecientes al mundo del lumpen (mayormente descendientes de italoamericanos), fue el producto lógico de la política neoliberal de Ronald Reagan, que dismanteló la red de seguridad del bienestar social y la reemplazó por la «redada carcelaria»¹³. En realidad, cualquier explicación actual de las epidemias de droga en curso en los Estados Unidos ha de examinar el extraordinario fenómeno de la expansión exponencial del complejo carcelario-industrial. El número de personas encarceladas prácticamente se ha cuadruplicado entre 1975 y 2000¹³. Según la mayor parte de las definiciones públicas de salud, estos presos son adictos, y la mayoría de estos adictos están cumpliendo condena por delitos no violentos relacionados con la droga.

Este incremento en el número de presos en los Estados Unidos se debe al draconiano endurecimiento de las leyes contra la droga. Desde 1980 hasta 1997, se multiplicó por doce el número de presos que cumplían condena por cargos relacionados con la droga¹⁴. Quizás más sorprendente es la actual política de los Estados Unidos relativa a la epidemia de marihuana que afecta actualmente a su juventud urbana. A veces, algunas personas destrozan sus vidas a través del abuso crónico de marihuana, pero, comparada con otras drogas que han devastado comunidades urbanas, entre ellas sustancias legales como el alcohol, la marihuana es el menor de los males desde una perspectiva farmacológica.



Desde una perspectiva tecnócrata y de coste-beneficio relativa a la salud pública, es irracional que los departamentos de refuerzo de la ley estatal y federal dediquen recursos a la prevención de la droga, al arresto de consumidores y vendedores de marihuana ocasionales. Para mayor sorpresa, alrededor de un 80% de los arrestos relacionados con la marihuana en los ochenta y noventa (87% en 1997) se justificaron por la mera posesión de la misma, no por su venta o manufactura¹⁵.

Desde una perspectiva antropológica, la política carcelaria sobre drogas en los Estados Unidos es yatrogénica y está convirtiendo a adolescentes relativamente poco agresivos en criminales alienados y curtidos, y condenando a los contribuyentes estadounidenses a cargar con el peso de otra generación de adultos desempleados, enfurecidos y violentos. En el distrito de Haight-Ashbury de San Francisco, afectado por una escalada en espiral del valor de los inmuebles a principios de este nuevo siglo, la policía local arrestó de manera agresiva a jóvenes que vendían pequeñas cantidades de marihuana por cuantías de dinero que oscilaban entre los cinco y los veinte dólares. Para nuestro asombro, estos jóvenes, la mayor parte de los cuales eran adictos a la heroína o a la metanfetamina y habían sobrevivido a abusos infantiles, fueron enviados a la cárcel para cumplir condenas bastante largas por haber vendido cantidades triviales de marihuana a turistas de clase media en el parque². El sistema penitenciario de California se ha convertido en el escenario perfecto para reclutar,

entrenar y disciplinar a jóvenes vulnerables para que se conviertan en miembros curtidos de sindicatos del crimen organizado, desde grupos callejeros insignificantes, hasta aquellos que llevan a cabo importantes operaciones de contrabando y latrocinio. Irónicamente, el departamento de salud pública de San Francisco va haciendo uso de una progresiva retórica del «tratamiento según demanda» y de los «tratamientos alternativos al encarcelamiento» pero, en la práctica, la marihuana se convierte en el portal de la droga para la socialización en el crimen organizado, debido al recrudescimiento de las leyes contra la droga del sector público -otra consecuencia no pretendida de una política contra las drogas disfuncionalmente represiva.

Agradecimientos

La investigación para este artículo fue financiada por el NIDA R01-DA 10164. Los datos comparativos también fueron obtenidos a partir de NIDA R01-DA 12803, NINR R01-NR08324, NIMH R01-54907, la Russell Sage Foundation 87-03-04, la Wenner Gren Foundation para el programa de becas para la investigación antropológica. Le estoy también agradecido a mis colegas de trabajo Jeff Schonberg, Bridget Prince, Dan Ciccarone y Jennifer Liu. Ann Magruder trabajó codo con codo para editar y reeditar los múltiples esbozos preliminares de este artículo. Una versión anterior de este material apareció en *Addiction, Research, Theory* 2003:11:31-37.

Referencias bibliográficas

1. Bourgois P. *In search of respect: selling crack in El Barrio*, Updated 2nd Edition. Cambridge, New



- York: Cambridge University Press, 2003;xxiii, 407.
2. Bourgois P, Prince B, Moss A. Everyday Violence and the Gender of Hepatitis C Among Homeless Drug-Injecting Youth in San Francisco. *Human Organization* 2004;63:253-264.
 3. Bourgois P. Just another night in the shooting gallery. *Theory, Culture, and Society* 1998;15:37-66.
 4. Bourgois P. U.S. inner city apartheid and the war on drugs: Crack among homeless heroin addicts. En: Castro A, Singer M (ed). *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek, CA: Altamira Press, 2004; 303-313.
 5. Bourgois P, Bruneau J. Needle exchange, HIV infection, and the politics of science: Confronting Canada's cocaine injection epidemic with participant observation. *Medical Anthropology* 2000; 18:325-350.
 6. Shkilnyk AM. *A poison stronger than love: the destruction of an Ojibwa community*. New Haven: Yale University Press, 1985.
 7. Bruneau J, Lamothe F, Franco E, et al. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study [see comments]. *Am J Epidemiol* 1997;146:994-1002.
 8. Strathdee S, Patrick DM, Currie SL, et al. Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS* 1997; 11:F59-65.
 9. Morgan HW. *Drugs in America: a social history, 1800-1980*. Syracuse: Syracuse University Press, 1981.
 10. Musto DF. *The American disease; origins of narcotic control*. New Haven: Yale University Press, 1973.
 11. Williams EH. The Drug-Habit Menace in the South. *Medical Record* 1914;85:247-249.
 12. Williams EH. Negro Cocaine «Fiends» New Southern Menace. *New York Times*, New York City, 1914.
 13. Wacquant L. From Slavery to Mass Incarceration, Rethinking the 'Race Question' in the US. *New Left Review* 2002;13:41-60.
 14. Human Rights Watch. United States: Punishment and Prejudice, Racial Disparities and the War on Drugs. <http://www.hrw.org/reports/2000/usa/2000>. Consultada el 14 de septiembre de 2004.
 15. Thomas C. Marijuana Arrests and Incarceration in the United States: A Preliminary Report. Marijuana Policy Project. <http://www.mpp.org/arrests/prisoners.html> 1998. Consultada el 17 de septiembre de 2004.