



Crack: el inicio de la piedra en Brasil¹

Jaime Alonso Caravaca Morera²

Institucional: Universidad Federal Santa Catarina

ENSAYO

COMO CITAR 

Caravaca, J. (2014). Crack: el inicio de la piedra en Brasil. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 27, 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.16182>

RESUMEN

El consumo de drogas ha estado presente en la vida de los seres humanos desde el inicio de los tiempos. Este fenómeno estuvo acompañado de diferentes etapas que imprimieron inicialmente la divinización de la sustancia y después la satanización de su consumo. El crack es una droga devastadora, principalmente por sus efectos radicales en la salud físico-emocional, que convierte al consumidor en un esclavo de su adicción. La simplicidad en su elaboración, los efectos excitantes, así como su bajo costo son variables que han colaborado históricamente para su expansión desde finales de los años ochentas. El presente artículo tiene como objetivo presentar una revisión histórica/literaria sobre el inicio y evolución del crack y su subsecuente inserción en la sociedad brasileña. Las políticas públicas y los profesionales en Enfermería deben implementar acciones dirigidas al tratamiento del usuario, prevención del consumo, reinserción social, y reducción de daños.

Palabras clave: drogas ilícitas; crack-cocaína; usuarios de drogas; historia.

¹ Fecha de recepción: 26 de enero, del 2014

Fecha de aceptación: 16 de junio del 2014

² Universidad Federal Santa Catarina, Brasil (PEN/UFSC). Doctorando del PEN/UFSC., Brasil. Correo electrónico: jacamorera@hotmail.com



Crack: the beginning of the stone in Brazil¹

Jaime Alonso Caravaca Morera²

Institution: Federal University Santa Catarina

ESSAY

CITED:



Caravaca, J. (2014). Crack: the beginning of the stone in Brazil. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 27, 1-11.
DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.16182>

ABSTRACT

The drug consumption has been present in the society since the beginning. The crack is considered a destructive drug, given its radical effects on the physical and emotional health and because become the consumer into a slave to their own addiction. The simplicity of the design, the exciting effects and its low cost are variables that have historically contributed to its expansion since late eighties. This article is aim at presenting a literature review of the beginning and evolution of the crack and its consequently insertion inside the Brazilian society. Nowadays has been well identified and described a profile of the crack user, however it is evident that this drug does not discriminate between sex, race, religion or social class. The public policies should ensure the implementation of actions aimed at treating and preventing drug consumption, the social reinsertion and promoting strategies of stigma/harm reduction.

Key Words: Illicit drugs; Crack-Cocaine; Drug users; History

¹ **Date of receipt:** January 26, 2014

Date of acceptance: June 16, 2014

² Federal University Santa Catarina, Brasil (PEN/UFSC). PhD student PEN/UFSC., Brasil. E-mail: jacamorera@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

En el intento de celebrar, festejar, confraternizar, adquirir placer, fuerza, coraje o simplemente como mecanismo de válvula de escape, el ser humano siempre procuró en la drogas un aliado para sus momentos de tensión.

Por esto, el consumo de sustancias psicoactivas viene acompañando a los seres humanos desde sus inicios, pues existen registros de su uso desde la prehistoria (con fines terapéuticos, lúdicos y para rituales). Así, varios autores han llegado a suponer que el hombre difícilmente ha vivido sobrio la dimensión real de su cotidiano en la interacción cultural, ya que las más diversas civilizaciones descubrieron formas de trascendencia reguladas socialmente en el uso de drogas ([Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas CEBRID](#), 2005).

A pesar de esa extensa tradición de consumo de drogas por parte de las diversas poblaciones como la grecoromana, la circulación de esas sustancias pasó a ser reglamentada por los dirigentes estatales en el inicio del siglo XX; algunas fueron permitidas y otras fueron formalmente prohibidas por ser consideradas amenazas para el orden social y por estar relacionadas con problemas graves de salud, desórdenes sociales, crímenes y violencia estructural urbana. Los partidarios de la prohibición basaron parte de sus criterios en suposiciones, pues pensaron que la restricción estimularía a mediano plazo el autocontrol y reduciría el número de personas que usan compulsivamente las sustancias hoy ilegales ([Escohotado](#), 1998).

Ese estatus de ilegalidad de las drogas fue influenciado fuertemente también por la expansión del capitalismo del siglo XX, lo que iría a contribuir de manera decisiva en el crecimiento de la oferta, valorización, demanda y ampliación subsecuente del producto en cuestión ([Duailibi, Ribeiro y Laranjeira](#), 2008).

En ese mismo siglo se diseña una interesante paradoja, en la cual el uso de drogas ilícitas alcanzó su mayor extensión mercantil y por otro lado, se evidenció la prohibición de manera radical y significativa. Existió una dicotomía destacada entre la parte social conservadora y dominante que consideraba el uso no médico de drogas como trágico (si no letal) y la tenacidad de las prácticas de ciertos usuarios, que perduran fuertemente a pesar de aumentar los esfuerzos de aplicación de normativas moralistas. Ese proceso de ilegalidad generó la satanización de la droga y consecuentemente del drogodependiente, denominando al *fantasma* de la droga como una condición de tragedia humana nunca antes vista.

A lo largo de la historia, este proceso ha conllevado la creciente estigmatización y criminalización de los usuarios, constituyendo un escenario altamente truculento e irreal; poco se ha colaborado para lograr una mejoría efectiva de las condiciones socio-sanitarias de este escenario, por lo contrario, se estimulan los estereotipos y la solidificación de pre-conceptos de subculturas poco permeables.

El crecimiento del consumo de drogas ilícitas como el crack y de los problemas relacionados con su uso, constituye actualmente un gran desafío para la implementación de políticas de atención en Brasil y Latinoamérica. Este desafío exige respuestas eficaces por parte de los gobiernos, de los profesionales de Enfermería y de la propia sociedad, para implementar programas de intervención integrales con acciones relacionadas con la promoción de salud, concientización e información sobre los riesgos de uso de drogas, reducción de la demanda y de los daños y disponibilidad de servicios de atendimento.



Es pertinente comprender el proceso histórico del consumo de drogas en general y más específicamente del crack, pues esta una de las drogas ilícitas más devastadoras en la actualidad. Es así como nace a partir de este estudio, el objetivo de presentar el estado del arte relacionado con la trayectoria evolutiva del crack en Brasil.

DESARROLLO

De la cocaína al surgimiento del crack

La cocaína es un alcaloide presente en la planta *Erythroxylon coca*. Es interesante observarla como ejemplo de una influencia del contexto socio-cultural en la aceptación y rechazo de su uso y en las mudanzas de los patrones de consumo. La percepción de esa sustancia por parte de la sociedad tuvo un proceso de diferenciación diametral entre la aceptación total (considerada una verdadera panacea al final del siglo XIX) hasta la prohibición satanizada que en la actualidad vivenciamos ([Laranjeira](#), 2010; [Midford](#), 2010).

Según [Escohotado](#) (1998), refiriéndose a la civilización Inca (1438-1533), la coca era considerada sagrada; su uso era privilegiado para la clase sacerdotal y oligárquica y eventualmente concedido a guerreros, mensajeros y campesinos. Así, mascar coca sin autorización era considerado crimen punido. Los nativos de esta región mascaban las hojas de coca desde antes de la llegada de los conquistadores españoles en el siglo XVI. Esta civilización utilizó la coca cerca de 2000 años y su uso era justificado para saciar el hambre, aumentar el desempeño físico y la reducción del desgaste físico ocasionados por las elevadas altitudes de la región. Además, sus propiedades eran ampliamente utilizadas en la medicina (como analgésico dental, por ejemplo); se utilizaba para prácticas terapéuticas populares de bajo costo, necesarias en un contexto de servicios médicos insuficientes o hasta inexistentes ([Escohotado](#), 1998; [Laranjeira](#), 2010; [Midford](#), 2010).

A partir del siglo XVIII, el prestigio de la coca comenzó a crecer y a expandirse por todo el continente americano. En 1771, un sacerdote jesuita elogió la planta y la bautizó con el nombre de la *perla americana*, al presenciar el alivio de los sufrimientos y cansancio que la población venezolana experimentaba después de su consumo, debido a la escasez de alimentos en esa época ([CEBRID](#), 2005). En ese mismo tiempo, son divulgadas muchas descripciones entusiasmadas sobre las propiedades milagrosas observadas en la coca por europeos en campañas realizadas por Suramérica.

En el siglo XIX se inicia un período de atención casi frenético en el cual los principios farmacológicos de la coca proclaman un éxito nunca observado con otros fármacos ([Duailibi et al](#), 2008; [Escohotado](#), 1998; [Gelbcke y Padilha](#), 2004). En esa época, el periódico *Detroit Therapeutic Gazette* publica en torno de dieciocho comunicaciones/artículos de médicos reconocidos que divulgaban el uso de la coca para curar vicios y adicciones al opio, morfina y alcohol.

En 1859, la cocaína fue aislada por primera vez por el científico Albert Niemann, después de observar una sensación de adormecimiento en su lengua al entrar en contacto con la sustancia. Por otro lado el oftalmólogo austriaco Karl Koller, introdujo en 1884, la práctica clínica de la coca como anestésico tópico en sus cirugías. También, el reconocido padre del psicoanálisis Sigmund Freud, estudió las acciones físicas de la cocaína,



motivando la creación de tres de sus principales artículos científicos descubiertos y tornados públicos en el año de 1963 ([Escohotado](#), 1998).

Posterior al reconocimiento de sus propiedades casi mágicas por medio de estudios científicos, la cocaína pasó a ser recomendada para la utilización endovenosa y posteriormente endonasal y también fue prescrita en la presentación tópica en pomadas y lociones. De una forma general hasta entonces, era considerado un remedio inocuo para la cura y alivio de varias enfermedades, cuyas propiedades no irían a causar efectos secundarios muy graves. Incluso existen evidencias de que al final del siglo XIX surgieron en América del Norte bebidas alcohólicas y no alcohólicas que contenían coca en su composición interna, dentro de las cuales se caracteriza la famosa marca Coca-Cola ([Escohotado](#), 1998). Sin embargo, en 1909, la cocaína fue substituida por cafeína en esta bebida gaseosa, debido al inicio de la pérdida del prestigio de la marca entre los miembros de la clase media y alta en los Estados Unidos.

Las experiencias con el uso de la cocaína como droga terapéutica y culinaria tuvieron significativas complicaciones que contribuyeron con la restricción de su uso. A pesar del entusiasmo inicial, los efectos negativos de la coca con el pasar del tiempo ocuparon el primer plano, debido principalmente a la diseminación del producto en las clases bajas europeas y personas afrodescendientes en los Estados Unidos, lo que repercutió en la diseminación del miedo en las clases altas americanas, ya que fueron conocidas las consecuencias radicales que asociaban un alto poder dependógeno y problemas relacionados con la salud. Así, fueron autorizadas y justificadas alertas racistas en el sur de este país americano, debido al ataque a mujeres blancas como resultado directo del cerebro atribulado por la cocaína consumida por los afrodescendientes ([Escohotado](#), 1998; [Laranjeira](#), 2010).

En el contexto internacional, ya se comenzaba a discutir el control y la prohibición de los opiáceos y en las primeras dos décadas del siglo XX se inicia un fuerte movimiento contra el uso generalizado y terapéutico de diversas drogas dentro de ellas la cocaína. Aún cuando la cocaína continuaba siendo utilizada, perdía mucho de su prestigio y en 1914 por medio del *Harrison Act*, se prohíbe oficialmente su uso en los Estados Unidos y en Brasil el 6 de julio de 1921, por medio del Decreto de Ley Federal N° 4292, lo que comenzó a tornar la droga menos disponible ([Ferreira y Martini](#), 2001).

Resumiendo, se mencionan las tres primeras posiciones sobre la cocaína en la historia: la sustancia vista como una verdadera panacea, la sustancia con funciones farmacológicas validadas y finalmente la sustancia como una maldición. Esta última es consenso entre los médicos al inicio del siglo XX.

Así, las llamadas víctimas de la cocaína en esa época eran ante todo víctimas de sí mismas y de sus propias consciencias y la cura (si es que existía) radicaba en privarlos de la droga y en ayudarlos a aceptar su culpa. La desintoxicación era considerada únicamente si era solicitada o consentida por el sujeto, pues toda intención de restringir el acceso a la droga, solamente induciría a la búsqueda desesperada de la droga o la substitución por una u otra sustancia. Según [Escohotado](#) (1998), la visión característica de la época era que la cura se alcanzaba cuando la persona renunciaba a la autodestrucción, pedía el servicio de apoyo farmacológico con el objetivo de visualizar opciones de oportunidad para ser una “mejor persona”.



Después de casi medio siglo de oscurecimiento, la cocaína resucita en los años setentas, como consecuencia del inicio de las restricciones de sus principales competidoras: las anfetaminas. El mercado potencial surgido en la época fue absorbido entonces por la cocaína y otras drogas ilícitas como la marihuana. En el mismo ritmo de crecimiento del consumo de la cocaína, aumentaban las políticas de represión contra su producción y comercialización. Entre ellas, la identificación y la clausura de laboratorios de refinamiento y la restricción de la disponibilidad de solventes esenciales para la elaboración de la pasta base de cocaína.

Las fuertes restricciones y reglamentaciones antes mencionadas araron el camino para el surgimiento de una droga aún más potente y rentable: el crack. El comercio de esta nueva droga en el mercado norteamericano representaría para los traficantes una salida para evitar mayores pérdidas financieras debido a las políticas de restricción en la producción, comercio y mercantilización de la cocaína ([Castells, Casas, Pérez-Mañá, Roncero, Vidal & Capellá, 2010](#)).

Esa propagación y aceptación puede ser comprendida desde la perspectiva mercantilista, donde el proceso de innovación en la presentación de una droga tan preciada y cara, iría a circular en pequeñas proporciones y a bajo costo. El crack es sintetizado a partir del calentamiento de la pasta base y agua mezclada con bicarbonato de sodio y otros solutos; cuando seca se forman pequeños cristales llamados popularmente de piedras. Estos cristales son fumados en *pipas* improvisadas en latas de aluminio de bebidas y expuestas al fuego se tocan entre sí, razón por la cual se les adjudica el nombre de crack. Debido a esta relativa simplicidad del proceso de elaboración, se tornó económicamente ventajoso para los productores traficar con él, ya que de un kilo de cocaína se podían extraer aproximadamente de tres a cinco kilos de pasta base para elaborar muchos kilos de crack ([Escohotado, 1998](#)).

La diseminación del uso de crack ocurrió en los Estados Unidos al final del 1984, en los barrios periféricos habitados predominantemente por afroamericanos y latinos en New York, Los Ángeles y Miami ([Castells et al., 2010](#)). Inicialmente, la elaboración, la distribución y el consumo fueron de forma casera y simple entre grupos de amigos. Su uso, consecuentemente, se diseminó de manera casi inmediata, teniendo una rápida aceptación entre los usuarios de estos barrios debido al precio y a la magnitud de los efectos percibidos.

Este éxito demuestra la influencia del medio social en el acceso y permanencia del uso de una droga, ya que se considera que la dependencia química es el resultado de la suma de micro y macro factores como el tipo de droga, sus efectos y la interacción del medio sociocultural y económico.

A pesar de que la mayoría de los autores asocian el uso del crack a las clases más bajas, especialmente personas más jóvenes (personas en proceso de callejización de grandes periferias urbanas), existen evidencias que muestran el consumo de crack en otras clases sociales económicamente más aventajadas ([Escohotado, 1998](#); [Uchoa, 1996](#); [Zaleski et al., 2006](#)).

Por ejemplo, [Uchoa \(1996\)](#) en un trabajo periodístico sobre el consumo de crack, describió el ascenso de la drogas de los guetos para la clase media y alta en los Estados Unidos, hecho que se está reproduciendo no solo en ese país sino, también, en países de América Latina, como Brasil. Al respecto, [Zaleski \(2006\)](#) se basa en los datos epidemiológicos proporcionados por la Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras drogas (ABEAD) para señalar que el crack está siendo utilizado por jóvenes de clase media y clase alta en la mayoría de



grandes estados brasileños, por ejemplo, Rio Grande do Sul y São Paulo. Esta afirmación de expansión deliberada fue confirmada por [Pesaventos](#) (2010), quien estuvo en contacto con los relatos de traficantes en puntos de venta, no solo en los suburbios de la capital de Rio Grande do Sul, sino también en otras localidades con poder adquisitivo mayor.

Otro movimiento curioso del comercio del crack es su expansión de las megaciudades a otras ciudades más rurales de los Estados Unidos. Fenómeno igualmente repetido en Brasil evidenciado por [Andrade](#) (2003), que desmitifica el discurso que el crack solo se usa en las ciudades más industrializadas y demuestra, por ejemplo, que en Brasil aumenta diariamente el número de agricultores de papa y caña de azúcar que consumen crack.

Arribo y diseminación del crack en Brasil.

El crack surge en Brasil a mediados de 1988, casi 5 años después de estarse usando en los Estados Unidos. Fue introducido por traficantes de ese país norteamericano que viajaron hacia el sur, con el objetivo primordial de comercializar esta nueva y económicamente accesible forma de usar cocaína. Las primeras informaciones circularon en periódicos y revistas basadas en relatos policiales que constataban las apariciones en São Paulo, principalmente en lugares próximos a los barrios de São Mateus, Cidade Tiradentes e Itaquera. A partir de 1991 es considerada como la droga más exhaustivamente procurada por indigentes de la región paulista, principalmente en las cercanías de la región Estação da Luz.

En 1993 su consumo ya comenzaba a tomar grandes dimensiones, siendo objeto de preocupación por agentes de salud, política y enfermeros, principalmente ([Marques](#), 2011; [Pesaventos](#), 1995), quienes alertaban a la población en general sobre los efectos de la droga. En una entrevista dada por un representante del Ministerio de Salud para un periódico local, se alertaba sobre el efecto devastador de la droga pues su único contacto con la droga podría provocar en el ser humano la dependencia, ya que cuando es fumado en forma de crack, el humo de la cocaína es absorbido rápidamente por los pulmones y llega al cerebro en 6 a 8 segundos. Dadas esas características la droga podía fácilmente considerarse uno de los males del siglo XX ([Oliveira et al.](#), 2009).

El crack introdujo transformaciones significativas en los procesos de socialización, incluyendo mudanzas geográficas de los circuitos de consumo. La dependencia a esta sustancia, de acuerdo con [Silva](#) (2000), fue la causante de diversos problemas sociales tales como asaltos, prostitución y aumento de enfermedades de transmisión sexual en la época.

En la misma década y aún en São Paulo, específicamente en los alrededores de la Praça da República, el consumo de crack alcanzó proporciones nunca antes percibidas y su venta se asentó. Ya para 1996, la Praça da Sé se corona como el punto de comercio más estratégico y privilegiado para los consumidores ([Oliveira et al.](#), 2009). Ese cambio de localidad dio un giro también en el modelo de tráfico paulista, ya que estimuló la importación de la pasta base a la región; en lugar de importar la propia cocaína, se estableció un proceso de microtráfico (forma de comercio en el que los usuarios venden pequeñas cantidades de drogas para conseguir sustentar su propio consumo).

En el inicio del nuevo milenio el crack se presentó como un fenómeno de rápida expansión en la periferia brasileña; sin embargo, y a pesar de que la droga se tornó más popular en los centros urbanos, comenzó a invadir



diversos segmentos sociales, llegando inclusive a zonas rurales como ya fue comentado ([Oliveira et al.](#), 2009). A pesar de que los usuarios en su mayoría eran jóvenes, ya para el año 2003 el número de niños (as) y adultos mayores consumidores de todos los estratos socioeconómicos alcanzó cifras hasta entonces inimaginables.

En el 2005, el Escritorio de las Naciones Unidas contra Drogas y Crimen (UNODC), consideró el crack como la droga más devastadora en Brasil y denominó su consumo como una epidemia y destacó su infiltración en todas las clases sociales (Moreira, 2010; [Silva](#), 2000).

El consumo de crack en la actualidad está aumentando significativamente y a pesar de ser una droga considerada barata, se torna muy cara pues el usuario consume un número elevado de piedras por día, por su efecto fugaz. Este efecto ha conllevado a la necesidad insaciable de conseguir dinero para satisfacer el vicio por medio de conductos considerados fuera de la norma social como la prostitución (practicada con mayor frecuencia por mujeres), robos, asaltos, y la entrada en el tráfico de drogas (Silva, 2000; [Varanda y Adorno](#), 2004).

Con el pasar de los años la cocaína y el crack se han ido infiltrando en los medios más vulnerables de la sociedad brasileña, ocasionando que hoy este consumo se considere casi endémico. La realidad actual nos muestra que en Brasil por lo menos dos millones y medio de personas ya usaron cocaína de forma inhalada o fumada en el año 2011. Esas cifras convierten al país en el segundo principal mercado de cocaína en el mundo. Quedando atrás de Estados Unidos, donde aproximadamente cuatro millones de personas utilizaron esas drogas en ese mismo año. Considerando únicamente a los consumidores de crack en Brasil, el total llega a dos millones de personas, haciéndose acreedor del título de mayor mercado consumidor de crack del planeta ([CEBRID](#), 2005).

Según los datos del “Levantamiento Nacional sobre el uso de Drogas Psicotrópicas en Brasil”, Brasil representa el 20% del consumo mundial de crack. Esta droga ya fue utilizada por lo menos una vez en la vida por el 1,4% de los adultos y 0,8% de los adolescentes ([CEBRID](#), 2005). Esta investigación también comparó el consumo de crack en las diferentes regiones brasileñas durante el 2011 y el mayor consumo de crack y otros derivados de la cocaína están concentrados en el Nordeste del país con aproximadamente 40% de consumidores, seguido por la región Sudeste (36%), Centro-Oeste (22%) y el Sur y Norte suman entre las dos un 2%.

La respuesta a este comportamiento puede estar relacionada con la facilidad de acceso en la región nordestina, así como el bajo costo de la droga comparada con las otras regiones de Brasil. Ya en el sur, existe la hipótesis de que los estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul y Paraná están siguiendo una tendencia vista en países europeos y en Canadá, en donde el crack y la cocaína han sido substituidos por el consumo de sustancias sintéticas psicodélicas como el éxtasis y las anfetaminas ([CEBRID](#), 2005).

El usuario de crack es descrito por el Levantamiento Nacional sobre el uso de Drogas Psicotrópicas en Brasil, como una persona (hombre y mujer) joven, con baja escolaridad, desempleado y envuelto en actividades ilícitas para mantener el consumo de esa droga. Se resaltan los altos índices de exclusión social y exposición a contaminación a infecciones de transmisión sexual. A pesar de que esta caracterización es general, también fue posible encontrar personas que no se encuentran delineadas entre estas características: se logró identificar un tipo de consumidor ocasional que dice utilizar crack solamente algunas vez por semana, justificando que este no interfiere en la realización de sus actividades diarias.



CONCLUSIONES

El uso y abuso de drogas continúa siendo una temática relevante y debatida en las mesas políticas brasileñas y mundiales, al representar una proliferación socio-sanitaria que atrae cada vez más usuarios y consecuentemente, causa daños graves en la sociedad civil. La problemática de las drogas es tan vasta que de alguna forma está ligada a las áreas de conocimiento de la salud, economía, educación y seguridad.

Uno de los vectores que pueden alterar la homeostasis social es justamente el surgimiento de nuevas y poderosas sustancias, como lo fue el caso del crack, que en las últimas dos décadas ha alcanzado números alarmantes de nuevos consumidores. Se han generado así nuevas preocupaciones político-sanitarias en los profesionales de Enfermería que instigan la puesta en práctica de campañas de concientización, promoción de estilos de vida saludable, prevención de consumo, reinserción social, reducción de demanda, tratamiento y rehabilitación de usuarios, así como implementación de estrategias de reducción de daños, especialmente dirigidas a individuos con mayor susceptibilidad y vulnerabilidad en la sociedad brasileña y latinoamericana.

El crack es una droga que ofrece pequeños momentos de euforia, mas pide a cambio la vida de quien se atreve a adentrar profundamente en su laberinto psicoactivo. Existen esfuerzos nacionales políticos que exponen los riesgos provocados por la droga; sin embargo, su consumo crece significativamente atrayendo hombres, mujeres, adultos y niños a un camino donde la mayoría de las veces no hay vuelta atrás.

El crack no discrimina entre género, clase social, edad o raza. Aunque existen estudios que trazan el perfil epidemiológico del usuario que muestran la prevalencia entre grupos con mayor vulnerabilidad biopsicosociocultural, atingiendo de forma importante las periferias de grandes ciudades, se revelaron otros grupos bien definidos que no se enclaustran en ese círculo. Las informaciones que contemplan únicamente las consecuencias causadas por el uso continuo de la sustancia no siempre están asociadas al éxito en la reducción del consumo por los usuarios.

Se percibe la necesidad de profundizar en investigaciones relacionadas con uso, tratamiento, prevención, reducción de daños y reducción de la demanda, con atención especial en la actuación familiar, comunitaria para crear un vínculo con esa clientela y llegar directamente al problema sin ningún intermediario.

Aunque existe una consciencia en el tapete político nacional en el sentido de la problemática que el consumo de crack significa para la sociedad, es pobre la implementación de leyes en materia de prevención y reducción de daños ocasionados por la droga. Por lo anterior, es necesario que el estado brasileño y los demás países del área, despierten y comiencen a actuar en contra del uso y abuso de drogas como el crack.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, A. F. (2003). *Cana e Crack: Sintoma ou Problema? Um Estudo Sobre os Trabalhadores no Corte de Cana e o Consumo do Crack*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica de São Paulo, São Paulo.



Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X., & Capellà, D. (2010). Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Rev. Cochrane Database Syst Rev*, 17(2).

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). (2005). *II Levantamento nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. Universidad Federal de São Paulo, São Paulo.

Duailibi, L., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saude Publica*, 24 (4), 545-557.

Escohotado, A. (1998). *Historia de las drogas*. Madrid: Editorial Alianza.

Ferreira, P. E. M., & Martini, R. K. (2001). Cocaína: lendas, história e abuso. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 23(2), 96-99.

Gelbcke, F. L., & Padilha, M. I. C .S. (2004). O fenómeno das drogas no contexto da promoção da saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(2), 272-279.

Laranjeira, R. R. (2010). Legalização de drogas e a saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*, 15(3), 621-631.

Leite, M. C. (2001). *Conversando sobre cocaína e crack*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.

Marques, R. L. (2011). *Circuitos de uso de crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre: Cotidiano, práticas e cuidado*. (Tesis doctoral). Universidad de São Paulo, São Paulo.

Midford, R. (2010). Drug prevention programmes for young people: where have we been and where should we be going? *Addiction*, 105(10), 1688-1695.

Moreira, A. (2010). *Crack, o mal do século*. Recuperado el 12 de enero de 2013. Disponible en http://folhadacidade.inf.br/ler.asp?cod_materia=718#.UtCzP_TuIXE

Oliveira, L. G., Barroso, L. P., Silveira, C. M., Sánchez, Z. V., De Carvalho Ponce, J., Vaz, L. J., & Nappo, S. A. (2009). Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. *Subst Use Misuse*, 44(13), 1941-1957.

Pesaventos, S. J. (1995). Os Excluídos da Cidade. *Cad. Porto e Virgula*, 11, 80-89.

Silva, S. L. (2009). *Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack*. (Tesis de maestría). Universidad de São Paulo, São Paulo.

Uchoa, M. A. (2006). *Crack o caminho das pedras*. São Paulo: Editorial Ática.

United Nations Office on Drugs and Crime (2005). *World Drug Report 2005*. United Nations Publications.



Varanda, V., & Adorno, R. C. F. (2004). Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Rev. Saúde e Sociedade*, 13(1), 56-68.

Zaleski, M., Laranjeira, R. R., Marques, A. C. P. R., Ratto, L., Romano, M., Alves, H. N. P. & Lemos, T. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev. bras. psiquiatr*, 28 (2), 142-48.

