

El fenómeno de la muerte en el campo de la toxicomanía

OLGA DIAZ FERNANDEZ

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.

Prf. Titular de "TECNICAS TERAPEUTICAS DEL COMPORTAMIENTO"

MANUEL A. SANABRIA CARRETERO

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología

Colaborador de Investigación

RESUMEN

Cuando se produce la pérdida de un ser querido en el seno de una familia, tienen lugar una serie de reajustes emocionales y conductuales tendentes a adaptar el sistema a la nueva situación. Existen indicios que hacen pensar que cuando estos procesos no logran los niveles de ajuste deseables pueden aparecer alteraciones emocionales y conductuales como consumo de drogas.

A estos problemas son especialmente vulnerables los adictos y sus familias, ya que las tasas de mortandad son significativamente más altas que las de familias normales, por lo que el problema de la muerte puede agravar y complicar más el ciclo adictivo.

Palabras Clave: *Drogodependencias. Muerte. Familia. Suicidio. Pérdida de seres queridos. Tratamiento.*

CORRESPONDENCIA A:

Prfa. Dra. OLGA DIAZ FERNANDEZ

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Campus Sur Universitario

15705 SANTIAGO (Coruña)

Teléfono (981) 56 31 00 Ext. 3704

SUMMARY

When the loss of someone beloved has occurred, within a family, there's a series of emotional and behavioural adjustments which take place so as to adapt to the new situation. There are indications which lead us to believe that when these processes do not reach desirable levels of adjustment emotional and behaviorable alterations may appear as a result of drug consumption.

Drug-addicts are especially vulnerable to these problems as their death rate is significantly much higher as compared to those non-consumer families. Therefore the problem of dealing with death may complicate or enhance even more the addictive cycle.

Key Words: *Drug-addiction. Death. Family. Suicide. Loss of someone beloved. Treatment.*

RÉSUMÉ

Quand la perte d'un être cher se produit, une série de réajustements émotionnels et de conduite se déroule au sein d'une famille à fin d'adapter le système à la nouvelle situation. Il existe des indices qui font penser que quand ces processus n'atteignent pas les niveaux d'adaptations désirés, des problèmes émotionnels et de la conduite peuvent apparaître comme par exemple la consommation de drogues.

Les personnes qui dépendent de la drogue et en même temps leurs familles sont spécialement vulnérables à ces problèmes, car les taux de mortalité sont, d'une façon significative, plus élevés que dans les familles normales, ainsi le problème de la mort peut aggraver et augmenter le cycle de dépendance.

Mots Clé: *Drogodépendences. Mort. Famille. Suicide. Perte d'êtres chers. Traitements.*

TOXICOMANIA Y MUERTE DE UN SER QUERIDO

Cuando se produce la muerte de un ser querido, en el sistema familiar del que forma parte han de producirse una serie de reajustes emocionales y conductuales tendentes a adaptar el sistema a la nueva situación. Si esto no se resuelve adecuadamente pueden surgir problemas de desviación de conducta.

Distintos autores (Gertler, Ferneau y Raynes, 1973; Coleman y Stanton, 1978; Coleman, 1980) han encontrado una relación entre el consumo de drogas y el "dolor no resuelto". El joven se refugiaría en la droga tratando de resolver su problema de desesperación y angustia producido por la muerte de

un ser querido (Stanton y Todd, 1985; Coleman, Kaplan y Dowing, 1986).

Por otra parte, según Coleman, Kaplan y Dowing (1986) la experiencia de muerte de un familiar allegado ocurre más temprano y en mayor medida en familias de toxicómanos que en familias normales. El 52% de los sujetos adictos de su muestra habían perdido a un familiar antes de los 24 años. En muestras equivalentes de estudiantes y asalariados los porcentajes están en el 25% y 17% respectivamente.

Resultados muy similares se obtienen en otras investigaciones que resumimos en el Cuadro 1.

CUADRO 1: Historial de defunciones en familias de adictos

AUTOR	AÑO	N	FALLECIDO	%	EDAD
Hawks y col.	1969	74	Padres	49	>16
Coleman y Kaplan	1980		Padres y hermanos	52	>24
Monegal	1982	58	Padres	34	18-26
			Padre	10	"
Guardia y Mateos	1983	60	Padre	10	18-25
			Madre	2	"
Vila y Obrador	1983	115	Padre	10	18-25
			Madre	2	"
Coleman, Kaplan y Dowing	1986	39	Padres y hermanos	38	>18
Melgarejo y col.	1986	431	Padre	16	23.7
			Madre	2.3	"
Melgarejo y col.	1988	182	Padre	17	23
			Madre	2.1	"
Robertson y col.	1989	54	Hermanos	9	13.8
			Padres	17	18.8
Pérez Fernández	1990	40	Padres	23	18-25

CUADRO 1: Las columnas hacen referencia al autor de los trabajos, el año de publicación, el número de sujetos adictos incluidos en sus muestras, los familiares fallecidos con el porcentaje y la edad que tenía el adicto cuando el familiar falleció.

Es importante destacar, según los datos expuestos, que la pérdida del padre es, con bastante diferencia, más frecuente que la de la madre.

INCIDENCIA DE LA MUERTE EN LA TOXICOMANIA

Stanton y Todd (1985) señalan que en la población adicta se aprecian altas tasas de mortandad, expectativas de vida inferiores a las del promedio y una incidencia de muerte repentina mayor que en población normal, es por ello que la morbilidad y mortandad relacionadas con el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, constituye hoy por hoy un problema importante de salud pública que

preocupa a las autoridades sanitarias.

En un estudio realizado por Comas (1992) la tasa de mortandad en población toxicómana se sitúa entre el 1.5 y el 2 por ciento, aunque las cifras no son coincidentes en las distintas investigaciones que aportan cifras al respecto. Además tenemos que tener en cuenta que el intervalo de edad considerado está comprendido entre los 18-34 años, rango que en población normalizada tiene más expectativas de vida. (ver cuadro 2).

CUADRO 2: Tasa de mortandad en estudios con drogadictos

AUTOR	AÑO	N	SEGUIMIENTO EN AÑOS	N.º DE FALLECIDOS	TASA ANUAL%
O'Donnell	1964	266	4-28	143	1.9
Levy	1972	50	5	6	2.4
Vaillant	1973	100	20	23	1.1
Wille	1981	128	10	19	1.4
Joe y col.	1983	2295	5	115	1
Edward y Goldie	1983	74	10	12	1.6
Haastrup y Jepsen	1984	300	7	47	2.2
Stanton y Todd	1985	118	2.5	8	2.7
Vaillant	1988	100	5	6	1.2
Bergman y col.	1989	55	6	9	2.3
Segest y col.	1990	169	8	39	2.8
Davidson y Persson	1990	321	2	11	1.7
Comas	1992	557	5	44	1.5

Si nos fijamos en el Cuadro 2, las tasas de mortandad varían desde el 1% hasta el 2.8%. Estas cifras no son excesivamente diferentes a las de población general que se situaban en torno al 1%. No obstante, si la comparación la hacemos en relación al intervalo de edad comprendido entre los 18 y 34 años, que serían las edades en que situamos a los drogadictos, las diferencias son sensiblemente mayores, ya que se sitúa la tasa de mortandad en población normal en 0.1% (INE, 1991.

Ver cuadro 3).

CAUSAS DE LA MUERTE

Distintos estudios (Vaillant y Cambrige, 1973; Haastrup y Jepsen, 1984) apuntan a que muy pocos de los adictos fallecidos son por causas naturales; la mayoría fallece como consecuencia de la adicción.

Podemos establecer que la mayor parte de las defunciones entre población toxicómana sobrevienen por tres causas principales. Una

CUADRO 3: Defunciones en 1991.

	POBLACION TOTAL	DEFUNCIONES TOTALES	TASA (%) MORTANDAD	POBLACION 18-34 AÑOS	DEFUNCIONES 18-34 AÑOS	TASA MORTANDAD 18-34 Años (%)
ESPAÑA	38872272	337691	0.8%	10457565	12650	0.1%
GALICIA	2731669	27696	1%	632236	900	0.1%

de ellas es la muerte por sobredosis. Por esta causa y según los informes forenses, se han contabilizado en Galicia 41 muertes en 1992 y 61 en 1993, siendo una tasa baja (2.23 por cien mil) al compararla con la de Barcelona (9.5) y Madrid (8.5) (Voz de Galicia 10/5/94).

En segundo lugar estarían las defunciones por enfermedades directa o indirectamente relacionadas con el consumo, como SIDA, hepatitis, neumonías, etc. Finalmente, las derivadas de la actividad delictiva, del tráfico y consumo; tales como: accidentes, asesinatos, etc.

Respecto al riesgo de morir por causas violentas, en un estudio llevado a cabo en New York, se encontró que, de 280 muertos, 215 lo fueron por homicidio y 46 por accidentes, ocurriendo la mayoría de las veces en actividades derivadas con la procura de la droga (Baden, 1972).

Por otra parte, es importante hacer una referencia a las defunciones y el tipo de droga consumida. Aunque es muy frecuente el patrón del policonsumo entre los adictos, Davidson y Pearsson (1990) destacan que los adictos opiáceos tienen una tasa superior a otros en el 10 por ciento. Wille (1981) apunta a que los de vía intravenosa, principalmente heroínomanos, tienen un mayor riesgo de mortandad. Sin embargo, en EEUU, desde que se extendió el patrón de consumo de la cocaína, aumentaron las defunciones relacionadas con esta droga; en este sentido, Budd (1989) en el análisis de los informes forenses del área de Los Angeles, encontró que 1160 defunciones estaban relacionadas con la cocaína contrastando con los 30 casos de comienzos de esa década.

EL SUICIDIO

El tema del suicidio en población adicta requiere un tratamiento específico, pues en torno a este fenómeno se da una variada gama de matices interpretativos que conviene analizar.

Cabe señalar, en primer lugar, que la incidencia es alta según ciertos autores (Stanton, 1977), mientras que otros resaltan el fenómeno aunque en muchos casos no se pueda clarificar la intencionalidad. (Vaillant y Cambridge, 1973; Haastrup y Jepsen, 1984; Bergman y col., 1989; Segest, Mygind y Bay, 1990).

Las cifras en cuanto a intentos de suicidio varían en función de los estudios; no obstante, todos destacan la superioridad de los mismos respecto de la población normal. Así, de los 263 adictos del estudio de Kosten y Rousaville (1988), el 17% habían tenido intentos previos. En el proyecto TOPS, que incluye el análisis de 41 programas, la cifra oscila entre el 5-14% (Allison, Hubbard y Ginzburg, 1985). Coleman, Kaplan y Dowling (1986), indican, que los intentos fueron del 28% para la muestra de adictos, el 26% para los pacientes psiquiátricos y ninguno para la muestra de estudiantes. Uchtenhagen y Zimmer (1987) obtienen la alarmante cifra del 51% frente al 2% del grupo control con sujetos normales.

De estos intentos se llegan a consumir del 3 al 7%; aún así, estas cifras son entre 5 y 20 veces superiores a las atribuidas a población normal generalizada (Kosten y Rousaville, 1988).

Otro aspecto importante en el análisis del suicidio es la frecuencia de pensamiento sui-

cida ya que se han encontrado diferencias respecto a sujetos normales y gran similitud con pacientes psiquiátricos (Stanton, 1977; Stanton y Todd, 1985; Coleman, Kaplan y Dowing, 1986). En el estudio de Uchtenhagen y Zimmer (1987), el 18% de los sujetos normales manifestaban haber tenido alguna vez pensamiento suicida frente al grupo de adictos cuya cifra era del 80 por ciento. Levyn y Deykin, (1989) en un estudio en el que se comparaban sujetos depresivos con adictos a drogas y normales; los adictos tenían de 2 a 4 veces más riesgo de ideación suicida que los normales, aunque comparados con los depresivos el riesgo era menor. A pesar de ello atribuyen al consumo de sustancias un 14% de la conducta y pensamiento suicida.

También en pruebas de asociación de palabras y contenido semántico relacionado con la muerte, los sujetos adictos puntúan más alto. (Whipple, 1973; Stanton, 1977).

Parece, por tanto, que los pacientes toxicómanos tienen una mayor implicación en actitudes y conductas referentes a la muerte y que ya resaltó Meninger cuando se refirió en 1938 a la adicción como a un "suicidio crónico". Desde entonces, distintos autores sugieren, que el consumo de drogas puede ser una alternativa equivalente al suicidio. (Litman, Shaffer y Peck, 1972; Levy, 1972).

A juzgar por los datos expuestos, podemos decir, que en cuanto a la ocurrencia del suicidio, expectativas y actitudes relacionadas con la muerte, hay indicios diferenciadores entre población adicta y normal, por lo que sería importante incluir en los tratamientos, programas específicos para prevenirlo y atajarlo en la medida de lo posible. Parece también de interés incluir esta variable en la valoración de la eficacia de los tratamientos.

EL TEMA DE LA MUERTE EN LA TERAPIA.

En el enfoque Sistémico de Terapia Familiar se considera que la presencia del adicto es imprescindible para conseguir la estabilidad y supervivencia del sistema familiar, de manera que se teme el momento en que el hijo plantee dejar el hogar para establecerse de

forma autónoma e independiente. En este sentido Stanton (1977) y Stanton y Todd (1985) señalan que algunas familias prefieren "tener" a su hijo muerto antes de que abandone el hogar. La muerte sería como una posesión para siempre y sin el temor de perderlo. En este caso, los progenitores permanecerán unidos por la pesadumbre y el recuerdo, como si se tratara de un "hijo fantasma" que protege la delicada relación de los padres centrando su atención en él.

Por otra parte, algunos autores (Alexander y Didd, 1975; Stanton y Todd 1985) afirman que en las sesiones de terapia con familias de adictos suelen surgir verbalizaciones referentes a la muerte bajo la forma de hostigamientos, deseos, más o menos verbalizados sobre todo por parte de la madre de que el adicto muera e incluso amenazas de suicidio por parte del adicto. En muchos casos no es más que una estrategia para impresionar al terapeuta en una sutil maniobra intentando preservar la homeostasis patológica del sistema. La intervención terapéutica supone una amenaza para el equilibrio reinante, de ahí que la familia intente protegerse de la misma, confirmando estas maniobras de resistencia, el patrón desadaptativo del sistema. (Ruiz Aja y Manrique, 1988; Díaz y Sanabria, 1993).

La familia ejerce esta habilidosa resistencia a través de la contratrasferencia, definida por Turner y Saltz (1987), como la reacción emocional del terapeuta ante el potencial riesgo de muerte que la familia aduce. Si el terapeuta se deja impresionar por estas advertencias es probable que aplase decisiones, haga prescripciones más suaves, aparezcan miedos y temores, etc. En definitiva, el sistema familiar se moviliza para minimizar o aplazar los posibles efectos de la acción terapéutica y que no se produzca cambio. De todas formas, Turnes y Slatz (1987) advierten del riesgo que puede correr un paciente cuando el efecto de la contratrasferencia provoca en el terapeuta cierta aversión o rechazo; estos sentimientos pueden cegarlo y ser incapaz de apreciar la necesidad de ayuda real solicitada por la familia, precipitando, incluso, aconte-

cimientos y riesgos no deseables. Cuando esto ocurre el terapeuta debería interrumpir la terapia y desviar al paciente a otro profesional.

Otra forma de resistencia destacable por Bernstein y col. (1987) es la que se deriva de la pérdida de un miembro de la familia. En este caso la pena y dolor no resueltos pueden convertirse en un obstáculo ya que la familia tiende a centrarse en ese acontecimiento entorpeciendo el progreso. Para minimizar este

efecto Coleman y Stanton (1978) dan una serie de recomendaciones y técnicas como: confrontar la realidad haciendo explícito lo que es implícito, hacer una planificación postmortem elaborando planes minuciosos referentes a la muerte del hijo adicto, planificación del funeral o incluso ignorar el problema y no hablar de él a la espera de que se produzca mejoras en el sistema y pueda desaparecer dicha resistencia.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, B. K. y DIBB, G. S. (1975). Opiate addicts and their parents. Family Process, 14; 499-514.
- ALLISON, M.; HUBBARD, R. L. y GINZBURG, H. M. (1985). Indicators of suicide and depression among drug abusers. Ed. NIDA. Rockville, Maryland.
- ANDERSSON, B.; NILSSON, K. y TUNVING, K. (1983). Drug careers in perspective. Acta Psychiatr. Scandinavica, 67; 249-257.
- BADEN, M. (1972). Homicide, suicide and accidental death among narcotic addicts. Hum. Pathol. 3 (1); 91-95.
- BALL, J. y PABON, D. (1965). Locating and interviewing narcotic addicts in Puerto Rico. Social. Soc. Res., 49; 401-411.
- BERGMAN, H.; BORGS, S.; ENGELBREKTSON, M. y VIKANDER, B. (1989). Dependence on sedative hypnotics. British J. Addict., 84; 547-553.
- BERNSTEIN, P.; DUNCAN, S. W. GAVIN, L. A.; LINDAHL, K. M. y OZONOFF, S. (1989). Resistance to psychotherapy after a child dies: the effects of the death on parents and sibling. Psychotherapy, 26 (2); 227-232.
- BLUM, R. y col. (1972). Horatio alger's children. Londres. Ed. Jossey-Bass.
- BUDD, R. D. (1989). Cocaine abuse and violent death. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 15 (4); 375-382.
- CARNEY, P. (1972). The social and psychological background of young drug abusers in Dublin. British J. Addict., 67; 199-207.
- CHERUBIN, C.; McCUSKER, J.; BADEN, M. (1972). The epidemiology of death in narcotic addicts. Am. J. Epidemiol., 96 (1); 11-22.
- COLEMAN, S. B. (1975). Death as a social agent in addict families. Ponencia presentada a la 3.^a Convención Anual de American Psychological Association. Chicago.
- COLEMAN, S. B. (1980). Incomplete mourning and addict family transactions. A theory for understanding heroin abuse. En LLETTIERI, D.: Theories of drug abuse. NIDA. Research Monograph, 30. Government Printing Office. Washington.
- COLEMAN, S. B. (1981). Incomplete mourning in substance abusing families: Theory, research and practice. En WOLBERG, L. R. y ARONSON, M. L.: Group and Family Therapy. New York. Brunner Mazel.
- COLEMAN, S. B. y STANTON, M. D. (1978). The role of death in addict families. J. Marr. Family Counseling, 4; 79-91.
- COLEMAN, S. B.; KAPLAN, J. D.; GALLAGHER, P. R.; DOWNING, R. W. y CAINE, C. (1982). Heroin a family coping strategy for death an loss. Final report 1979-1981. NIDA. Grant No. RO1-DA-02332-02, Achievement Through Counseling and Treatment. Washington,

D. C.

COLEMAN, S. B.; KAPLAN, J. y DOWING, R. (1986). Life cycle and loss. The spiritual vacuum of heroin addiction. Fam. Process, 25; 5-23.

COMAS, D. (1992). Drogodependencias. Los estudios de seguimiento. Ed. Fundamentos. Madrid.

COVINGTON, M. y OMELICH, C. (1988). I can resist anything but temptation: Adolescent expectations for smoking cigarettes. J. Appl. Social Psychol., 18 (3), 203-227.

DAVIDSSON, V. y PERSSON, E. (1990). A new outcome model in follow-up studies. En DAMSON y Col.: Evaluation of different programmes for treatment of drug addicts. Stockholm Medicinska. Ed. Forskningsradet. Göteborg.

DESMOND, D. y MADDUX, J. (1981). Religious programs and careers of chronic heroin users. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 8; 71-83.

DIAZ, O. y SANABRIA, M. A. (1992). Terapia Familiar con toxicómanos: principales enfoques y eficacia. Cuadernos de Terapia Familiar, 19; 17-27.

DIAZ O. y SANABRIA, M. A. (1993). Resistencia al tratamiento en familias con toxicómanos. Adicciones, 5 (2); 163-170.

EDWARDS, J. G. y GOLDIE, A. (1983). A ten-years follow-up study of Southampton opiate addicts. British J. Psychiat., 151 679-683.

FERGUSON, P.; LENNOX, T. y LIETTIERI, D. J. (1974). Drug and death: the nonmedical use of drugs related to all modes of death. Rockville. Maryland. NIDA. (DHEW Publ. N. ADM 75-118).

GERTLER, R.; FERNEAU, E. y RAYNES, A. (1973): Attitudes toward death and dying on a drug addiction unit. I. J. Addictions, 8; 265-272.

GUARDIA, J.; y MATEOS, M. L. (1983). Estudio clínico de adictos a la heroína. Rev. Depart. Psiquiatría, 10 (5); 357-387; Facultad de Medicina de Barcelona.

GUARDIA, J. MASIP, J. y VILADRICH, C. (1987). Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a los 3 años de su admisión a tratamiento. Comunidad y Drogas, 3; 61-79

HAATRUP, S. y JEPSEN, P. W. (1984). Seven years follow-up of 300 young drug abusers. A. Psych. Scandnavia, 70; 503-509.

HAWKS, O. (1969). Abuse of methamphetamine. Brit. Med. J., 2; 715-721.

INE (1991): Movimiento natural de la población española. Tomo 1. Instituto Nacional de Estadística. Madrid.

JAMES, W. (1929). The varieties of religious experience. New York.

JESSOR, R. y JESSOR, R. (1977). Problem behavior and psychosocial development. A longitudinal study of youth. New York. Academic Press.

JOE, G.; SINGHI, B. K.; LEHMAN, W.; SIMPSON, D. y SELL, S. B. (1983). Agence differences in posttreatment outcomes: A follow-up of drug abuse treatment clients. I. J. Addict, 18; 523-538.

KOSTEN, T. R. y ROUNSAVILLE, B. J. (1988). Suicidality among opioid addicts: 2,5 year follow-up. A. J. Drug Alcohol Abuse, 14 (3); 357-369.

KRELL, R. y RABKIN, L. (1979). The effects of sibling death on the surviving child: a family perspective. Family Process, 18; 471-477.

LEVY, J. y DEYKIN, E. (1989). Suicidality, depression and substance abuse in adolescence. A. J. Psychiat., 146 (11); 1462-1467.

LEVY, S. B. (1972). Five years after: a follow-up of 50 narcotic addicts. A. J. Psychiat., 128 (7); 102-106.

LITMAN, R. S.; SHAFFER, M. y PECK, M. (1972). Suicidal behavior and methadone treatment. Proceedings of the Fourth National Conference on Methadone Treatment. New York. NAPA.

McGUIRE, F. L.; BIRCH, J.; GOTTSCHALK, L. A. (1976). Comparison of suicide and nonsuicide

- deaths involving psychotropic drugs in four major U. S. Cities. A. J. Public Health, 66; 1060-1061.
- MELGAREJO, M.; SANHAUJA, P.; MASFERRER, I.; SALA, LL.; PEREZ, F. y PIÑA, L. (1988). Tratamiento de 182 heroínómanos y resultados. Seguimiento a un año (1985-1986). Fons Informatiu, 13; 1-140.
- MELGAREJO, M.; SANAHUJA, P.; PEREZ, F.; MASFERRAR, J.; SALA, LL. y PIÑA, L. (1986). Estudio descriptivo de 431 heroínómanos usuarios del programa DROSS. Fons Informatiu, 5. Barcelona.
- MENNINGER, K. (1938). Man against himself. New York. Harcourt. Brace and World.
- MILLER, D. (1974). Adolescence, psychology, psychopathology and psychotherapy. New York. Jason Aronson.
- MONEGAL, J. M. (1982). Asistencia a heroínómanos. Bol. Estud. y Documentación de Servicios Sociales, 9. Madrid.
- O'DONNELL, J. (1964). A follow-up of narcotic addicts. Am. Orthopsychiatry, 34; 948-954.
- PAULT, N. L. y GROSSER, G. H. (1965). Operational mourning and its role in conjoint family therapy. Community Mental Health J., 1; 339-345.
- PEREZ FERNANDEZ, E. (1990). Una aproximación a las relaciones entre conductas adictivas y delincuencia en la población juvenil. Comunidad y Drogas, 16; 39-49.
- REILLY, D. M. (1976). Family factors in the ethiology and treatment of youthful drug abuse. Fam. Ther., 2; 149-171.
- ROBERTSON, J. R.; BUCKNALL, A.; SKIDMORE, C.; ROBERTS, J. I. y SMITH, J. H. (1989). Remission and relapse in heroin users and implications for management: Treatment control or risk reduction. Int. J. Addict., 24 (3); 229-246.
- RUIZ-AJA, I. y MANRIQUE, R. (1988). Resistencias en Terapia Familiar sistémica, conceptos, técnicas y manejo. Clin. Análisis Grupal, 10 (3); 430-447.
- SEGEST, E.; MYGIND, O. y BAY, H. (1989). The allocation of drug addicts to different types of treatment. An evaluation and a two-year follow-up. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 15 (1); 41-53.
- SEGEST, E.; MYGIND, O. y BAY, H. (1990). The influence of prolonged stable Methadone Maintenance Treatment on mortality and employment: an 8-year follow-up. Int. J. Addictions, 25 (1); 53-63.
- SHAI, D. y APTEKAR, L. (1990). Factors in mortality by drug dependence among Puerto Ricans in New York City. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 16 (1 y 2); 97-107.
- SHAI, D. y ROSENWAIKE, I. (1987). Mortality among hispanics in metropolitan chicago: an examination based on vital statistics data. J. Chronic Disease, 40 (5); 445-451.
- STANTON, M. D. (1977). The addict as savior: heroin, death and the family. Family Process, 16; 191-197.
- STANTON, M. D. y COLEMAN, S. B. (1980). The participatory aspects of indirect self-destructive behavior: the addict family as a model. En: FABEROW, N. The Many faces of suicide. New York. McGraw-Hill.
- STANTON, M. D. y TODD, T. (1985). The Family Therapy of drug abuse and addiction. Trad. STANTON Y TODD (1988). Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas. Buenos Aires. Ed. Gedisa.
- TURNER, F. N. y SALTZ, L. (1987). Narcotic addiction and family process: Death wish or countertransference. J. Subst. Abuse Treatment, 4; 29-36.
- UCHTENHAGEN, A. y ZIMMER-HOFLER, D. (1987). Psychosocial development following therapeutic and legal interventions in opiate dependence. A Swiss National Study. European J. Psychol. Educ., 2, (4); 443-458.
- VAILLANT, G. (1966). Twelve-year follow-up of New York narcotic addicts: The relation of treatment to outcome. Am. J. Psychiatry, 122; 727-737.

VAILLANT, G. (1973). A 20 year follow-up of New York narcotic addicts. Arch. Gen. Psychiatry, 29; 237-241.

VAILLANT, G. (1988). What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction. British J. Addiction, 83; 1147-1157.

VILA ABAD, J. y OBRADOR, A. (1983). Aspectes psicopatològics de 115 heroinomans visitats a SPOTT. I Jornades Catalanes de Sociodrogalcohol. Barcelona.

VOZ DE GALICIA, 10/5/94; Pág. 22.

WHIPPLE, C. J. (1973). Meaning of death in drug abusers. Presented at the Midwestern Psychological Association. Chicago, May 10-12.

WILLE, R. (1981). Ten-year follow-up of representative sample of London heroin addicts: clinic attendance, abstinence and mortality. British J. Addiction, 76; 259-266.