

Adolescencia y consumo de sustancias: La demanda terapéutica en un centro especializado

Martina Fernández Raone*

Resumen

Este trabajo se enmarca en una investigación realizada en un hospital especializado en drogodependencia y alcoholismo destinada a indagar las relaciones entre adolescencia y toxicomanías, desde la perspectiva del psicoanálisis freudo-lacanianiano.

Las toxicomanías son incluidas entre los denominados nuevos síntomas de nuestra época y su emergencia se presenta en el contexto actual como una cuestión que afecta particularmente a los estratos más jóvenes de la sociedad. El objetivo general de este trabajo es analizar el tipo de consulta de 120 adolescentes de 13 a 25 años de edad que concurren al centro mencionado (abril de 2011-diciembre de 2014). Como objetivo específico, caracterizar la modalidad de presentación de la demanda de asistencia terapéutica a partir de la consideración de determinados ejes: edad y sexo de los consultantes, origen de la demanda, motivo de consulta, conductas de riesgo asociadas, edad de inicio del consumo de sustancias, tipos de sustancia y modos de consumo, función del tóxico, y posición subjetiva frente a la consulta. Los resultados informan que el principal motivo de consulta manifiesto es la preocupación por el consumo de los jóvenes, generalmente varones y mayores de 17 años de edad, quienes llegan a la institución a través de un tercero (familiar o institucional); la coyuntura de inicio del consumo son los primeros años de la adolescencia; junto con otras especificidades que aluden a la clínica de la urgencia y que obligan al establecimiento de estrategias en la puesta en forma del síntoma, el cual excede al problema del consumo.

Palabras Clave: Adolescencia- Toxicomanías- Demanda Terapéutica- Nuevos Síntomas.

Adolescence and substance abuse: the therapeutic demand in a specialized centre

Abstract

This work is part of a research project carried out in a specialized alcoholism and drug addiction hospital. It is aimed at inquiring on the relationship between the adolescence and the substance abuse from a Freudian and Lacanian view. The substance abuse is included among the so-called new symptoms of our time while its arousal is seen as particularly exclusive of the youngest of our society. The general goal has been to study the 13-to-25-year-old-teenagers' 120 admission interviews in the centre from April 2011 to December 2014. The particular goal is to characterize the consulting reason from specific axes: age and gender, demand origin, consulting reason, associated risk behaviour, consumption initial age, substance types and use modes, toxic function, patients' subjective stand. The outcomes show the presented manifest content is the concern with mostly the 17-year-old-male teenagers' consumption who are taken to the institution; as the initial consumption period is the early adolescence along with some other urgency practice specificities that force the strategies for the symptom to be included and which exceed the substance abuse issue.

Keywords: Adolescence -Substance abuse -Therapeutic demand- New symptoms.

Introducción

Este trabajo se enmarca en una investigación en curso, realizada en un hospital especializado en drogodependencia y alcoholismo, destinada a indagar las características de la consulta de adolescentes por consumo de sustancias, comúnmente denominado toxicomanía. La misma puede ser entendida como uno de los paradigmas de las presentaciones del malestar contemporáneo, encontrándose entre los denominados *nuevos síntomas* de nuestra época. Su emergencia se presenta en el contexto actual, a nivel mundial y nacional, pero fundamentalmente como una cuestión que afecta particularmente a los estratos más jóvenes de la sociedad.

Hemos centrado nuestro objeto de estudio en las relaciones entre adolescencia y toxicomanía a partir del

interés, actualidad e importancia del tema. Lo hemos enfocado en el marco de la teoría psicoanalítica, considerando las elaboraciones y la articulación teórico-clínica a partir de las cuales se han revisado las problemáticas específicas que se presentan en este momento de transición a la vida adulta. En esta perspectiva la clínica de las toxicomanías involucra dificultades vinculadas a la puesta en forma del síntoma y a la búsqueda de la implicación subjetiva por parte de los pacientes que consultan. Estas cuestiones adquieren especial relieve cuando se trata del consumo de sustancias en el periodo de la adolescencia por las características inherentes a este grupo etario.

La adolescencia: síntoma de la pubertad

Para Freud (1905/1978) la adolescencia se

* Facultad de Psicología, UNLP. Argentina E-mail: martinafer228@hotmail.com

concebe en referencia a la pubertad, momento específico en el desarrollo de la sexualidad infantil. Considerada como una verdadera metamorfosis, en ella se producen cambios de importancia caracterizados por una disarmonía que conmueve la posición del sujeto, donde los nuevos problemas son la elección del objeto sexual y la separación de la autoridad de los padres. El desprendimiento de la familia aparece como una tarea ardua, facilitada en otras sociedades por los rituales de la pubertad, ausentes en la sociedad victoriana de la época (Freud (1930/1979).

Lacan (1974/2001), por su parte, abordará la adolescencia poniendo el acento en la necesaria emergencia del problema de las relaciones con el otro sexo, para el que no se encuentra un saber que pueda servir de referencia, emergencia que crea un agujero en lo real. Subraya de esta manera la aparición en la pubertad de un nuevo goce de sentido oscuro que acompaña a las mutaciones del propio cuerpo, la irrupción de lo real, de lo indecible, que exige un trabajo de reorganización subjetiva.

El psicoanalista francés Lacadée (2007) retoma estos lineamientos planteando que el objetivo central de la adolescencia es buscar “el lugar y la fórmula” (p.24), mientras que el psicoanalista belga Stevens (2001) la define como síntoma de la pubertad, como un modo de elaboración de un real pulsional emergente que solicita un trabajo de simbolización. Las formas de responder a la irrupción de este real serán plurales y singulares, de modo tal que puede hablarse de “las” adolescencias (Brignoni, 2012; Tizio, 2005).

En otra perspectiva, la OPS (2000) ha incluido dentro de la categoría de adolescentes y jóvenes a aquellos individuos de entre 10 y 24 años. A su vez, Miller (2015) y Stevens (2013), señalan la prolongación de la adolescencia, en tanto consideran las dificultades del joven con respecto a la separación de sus padres y su posición subjetiva de irresponsabilidad en relación con las exigencias de la sociedad actual. La ausencia de ritos de transición delimitados en la época freudiana que faciliten la transición y un cambio de estatuto del joven a la edad adulta se destaca también en la cultura contemporánea (Le Breton, 2014, Mendoza & Rodríguez Costa, 2010; Sosa, 2004). En la actualidad, nuestras sociedades occidentales carecen de marcas simbólicas a nivel de las instituciones para delimitar una modificación en el papel del adolescente y su posición ante la sociedad, a excepción de la mayoría de edad a los 18 años, constituyendo la adolescencia un “pasaje sin balizas” (Le Breton, 2014, p. 61).

Las toxicomanías como nuevo síntoma

Las toxicomanías son incluidas en la actualidad dentro de los llamados nuevos síntomas (Recalcati, 2004; Stevens, 2001), junto con la anorexia, bulimia, violencia, entre otros, siendo frecuente su inicio en la adolescencia. Hacen referencia a un tipo de expresión del malestar subjetivo que se diferencia del síntoma clásico freudiano como formación del inconsciente e interpretable (Freud, 1916-17/1991). Presentan un carácter epidémico, no

tienen localización subjetiva, ni envoltura formal delimitada, por lo cual no conllevan una implicación subjetiva que divida al sujeto (Stevens, 2001).

Por otra parte, el consumo de sustancias muchas veces es puesto en serie o asociado con las manifestaciones o conductas llamadas “de riesgo” por antropólogos, psicólogos y psicoanalistas (Lacadée, 2007; Le Breton, 2011; Mitre, 2014; Quiroga & Cryan, 2010). Fugas repetidas del hogar, robos, actos de violencia o delictivos, situaciones de errancia prolongada, accidentes diversos, intentos de suicidio, denuncian una forma de llamado al Otro familiar, social o institucional. En el pasaje a la adolescencia se presentan ligadas a la exposición a una alta probabilidad de lastimarse o morir, de perjudicar su propio futuro o poner en peligro la salud o la potencialidad personal. Se originan en el contexto de la indiferencia familiar, el abandono, el sentimiento de exclusión o de la sobreprotección (Le Breton, 2007). Expresiones de “lo que no marcha” (Sosa, 2008, p. 11) pero que, al mismo tiempo, el adolescente no puede subjetivar como malestar (Amadeo de Freda, 2015), muestran modalidades “salvajes” (Mitre, 2014, p.62) de la búsqueda del joven de sus propias marcas entre las referencias previas y las que se le ofrecen.

Por esas características, muchas de estas presentaciones se incluyen en la clínica de la urgencia subjetiva (Sotelo, 2007). En el dispositivo psicoanalítico, se presenta como el exceso imposible de soportar con el que se confronta un sujeto: quiebre del lazo social, laboral, con el propio cuerpo; ruptura aguda del equilibrio con que la vida se sostenía. Podemos preguntarnos, junto con Sotelo y Belaga (2008), quién es el que asigna el estatuto de urgencia a la consulta en estos casos: el juez, la familia, la escuela, el médico o el propio paciente. Varios autores (López, 2006; López Acosta, 2009, 2011; Martínez Farrero, 2006) han destacado que la consulta por consumo suele estar mediada por un tercero (familiar o institucional), en consonancia con el carácter asintomático de este tipo de manifestaciones patológicas. Las dificultades en el tratamiento y su eventual abandono se señalan en nuestro propio trabajo (Fernández Raone, 2011, 2012). Indiferencia, reticencia y rechazo son algunas de las características de la posición subjetiva de los pacientes que acuden a la consulta acompañados generalmente por sus padres (Amadeo de Freda, 2015; Sosa, 2004).

Asimismo resulta interesante la coyuntura de inicio del uso de la droga. En distintas investigaciones se señala el comienzo temprano del consumo entre los 12 y los 17 años (Cáceres et al., 2006; Carreter Parreño et al., 2011; Espada, Botvin, Griffin & Méndez, 2003; Oliva, Parra & Sánchez-Queija, 2008; ONUDD, 2008; Paulone & Candioti, 2006; Sinatra, 1991; Vázquez Fernández et al., 2014). En este periodo de transformaciones subjetivas, se precisa apelar al tóxico tanto para obturar la angustia que produce la confrontación con el deseo del Otro (aparición de la pregunta por el sexo y la relación con el otro partenaire) como para enfrentar la autoridad parental en búsqueda de nuevos ideales o referentes identificatorios (Sinatra, 1991; Sosa, 2004).

Freud (1930/1979) ya advertía del uso del tóxico y de su función como lenitivo o medio para el logro de “una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior” (p. 78). En trabajos anteriores, coincidiendo con Sosa (2004), hemos delimitado diversas funciones de la sustancia para los adolescentes (Fernández Raone, 2012): forma de lidiar con el malestar frente a episodios problemáticos o crisis de angustia; identidad a partir del consumo; desafío a la autoridad; modalidad de obtención de placer; vía de acceso a la “diversión” o de acceso al otro sexo. Estos casos no son necesariamente patológicos, sino “formas particulares de presentación- en nuestra cultura - de la adolescencia como síntoma de la pubertad” (Sosa, 2004, p.15).

La prevalencia del tipo de sustancia de consumo en adolescentes ha sido formalizada por investigaciones que privilegian, en primer lugar, el uso y abuso del alcohol en la población adolescente (Carreter Parreño et al., 2011; Paulone & Candiotti, 2006), seguido de la marihuana, drogas de diseño, opiáceos y cocaína (Cáceres et al., 2006). Otros autores señalan la “naturalización” (Costa & González, 2008, p. 295) del consumo de bebidas alcohólicas, asociada a las cantidades ingeridas o a la pertenencia a la categoría de drogas legales. Dentro del modo de consumo, se destaca el uso de múltiples sustancias o policonsumo (Murillo Castro, 2013; OMS, 1994; Vázquez Fernández et al., 2014) para potenciar o contrarrestar los efectos de otra sustancia o sin asociación entre los tóxicos.

Por otra parte, estudios vigentes acerca del uso y abuso de drogas en adolescentes describen su aumento en la población actual de jóvenes, particularmente entre varones, aunque se señala el incremento progresivo en las mujeres (Cáceres, Salazar, Varela & Tovar, 2006; ONUDD, 2013; Paulone & Candiotti, 2006; SEDRONAR, 2014; USPPA, 2009, 2011).

La demanda de asistencia terapéutica

La demanda de asistencia terapéutica implica un pedido o solicitud de aliviar un sufrimiento subjetivo y la pregunta por las razones de ese malestar. Se dirige a un otro (profesional o institución) del cual se espera una respuesta y supone un dispositivo donde se incluya la oferta de escucha y asistencia.

Por otro lado, es necesario distinguir entre demanda terapéutica y motivo de consulta. Éste refiere a una descripción de síntomas que un sujeto presenta al asistir a un ámbito institucional público o privado de salud (Martínez Farrero, 2006). A su vez, podemos diferenciar entre motivo de consulta manifiesto o explícito y el latente (Quesada, 2004), aludiendo el primero a la delimitación del malestar expresado como causa que ha ocasionado una disrupción en la vida del sujeto. El motivo de consulta manifiesto no siempre se corresponde con la demanda entendida como pedido y pregunta dirigida a otro, sino que hace referencia a cuestiones que no son explicitadas en el momento de la consulta pero que al mismo tiempo pueden determinarla.

La demanda terapéutica está condicionada por las siguientes características: 1. La existencia de un malestar en el sujeto que consulta (Thompson et al., 2006). 2. El origen o procedencia del pedido de asistencia que se formula. Para varios autores (Amadeo de Freda, 2015; Martínez Farrero, 2006) el pedido de tratamiento de adolescentes no corresponde a una exigencia personal sino que la consulta está mediada por otros. Estas características se ven acentuadas en el consumo de sustancias, por su carácter asintomático ya que no suele acarrear, al menos en un principio, un malestar o interferencia (Ghía, 2006; Kameniecki, 2009; López Acosta, 2009). Además la preocupación por el consumo asociado a la realización de actos delictivos y sus consecuencias en el campo jurídico operan como condicionamiento de la demanda (Carew, 2010). USPPA (2009) informa que el 90 % de la población atendida en instituciones especializadas en adicciones de la ciudad de Buenos Aires posee entre 18 y 25 años, el 85% presenta causas judiciales civiles y llega al tratamiento por indicación legal. 3. La preinterpretación del saber y de la función que se atribuye a la institución a la que se dirige el pedido (Fernández Raone, 2015). 4. El marco institucional y las regulaciones que operan en la oferta de asistencia (Miller, 1993, 2005). Investigaciones actuales destacan que la mayor parte de las consultas a centros especializados en drogodependencias delimitan o circunscriben el motivo de consulta principal al consumo de algún tipo de tóxico (ONUDD, 2013).

La entrevista semiestructurada de admisión, en consecuencia, aparece como instancia de evaluación y momento inaugural de un posible futuro tratamiento, en la cual deberemos tener en cuenta las diferentes características de la presentación de la demanda, uno de los objetivos centrales del presente trabajo. Estas características inherentes a la modalidad de formulación del pedido de asistencia tendrán consecuencias en la posición subjetiva frente a la consulta y a la oferta de tratamiento: cómo se muestra el paciente que concurre a la institución con respecto a la posibilidad de asistir al dispositivo asistencial.

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es analizar el tipo de consulta de los adolescentes de ambos sexos de 13 a 25 años de edad, que concurren a un hospital especializado en alcoholismo y drogadicción durante el periodo abril de 2011 a diciembre de 2014.

Como objetivo específico, caracterizar la modalidad de presentación de la demanda de asistencia terapéutica a partir de la consideración de determinados ejes: edad y sexo de los consultantes, origen de la demanda, motivo de consulta, conductas de riesgo asociadas, edad de inicio del consumo de sustancias, tipos de sustancia y modos de consumo, función del tóxico, y posición subjetiva de los consultantes frente a la consulta y posible tratamiento.

Método

Nuestra investigación corresponde a un enfoque mixto, destinado a obtener, analizar, e integrar datos cuanti y cualitativos, a partir de la exploración empírica en un estudio descriptivo y de la elaboración teórico-clínica del material recabado (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010). De la exploración empírica se extraen datos descriptivos de las variables examinadas. De la articulación teórico-clínica, categorías de análisis que permitan enriquecer la interpretación del fenómeno bajo estudio.

Participantes

Hemos incluido 120 pacientes adolescentes de ambos sexos de la población total que concurrió a los consultorios externos del Hospital Especializado en Drogodependencia y Alcoholismo de la ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina, en el período abril 2011 a diciembre de 2014, identificados como Sujeto 1 a Sujeto 120 (en adelante S1, S2, etc.). Los criterios de inclusión fueron: tener entre 13 y 25 años de edad inclusive, capacidad de expresión, presentar condiciones psíquicas favorables para sostener una entrevista y solicitar una consulta o continuar el tratamiento psicológico en los consultorios externos del hospital.

Instrumentos y técnicas utilizados:

Como estrategia principal de abordaje hemos utilizado la entrevista semiestructurada en la instancia de admisión de la demanda de tratamiento inicial, analizada en los 120 pacientes incluidos. Asimismo apelamos al corpus bibliográfico para sustentar la elaboración de categorías teórico-clínicas.

Procedimientos de obtención de datos:

Previo a la obtención de datos se solicitó el consentimiento informado por parte del paciente y de un familiar o su representante legal en el caso que tuviera más de 18 años de edad y el asentimiento informado por parte del paciente en el caso que tuviera entre 13 y 18 años de edad, de acuerdo a los cánones institucionales en la materia. Se aseguró la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes. Las entrevistas se realizaron en los consultorios externos del hospital seleccionado. Estuvieron a cargo de personal profesional con la asistencia de la becaria.

Análisis y elaboración de los datos.

Las variables contempladas para el análisis

descriptivo de los datos han sido las siguientes: edad y sexo de los consultantes, origen de la demanda, motivo de consulta, conductas de riesgo asociadas, edad de inicio del consumo de sustancias, tipos de sustancia y modos de consumo. El análisis de la función del tóxico y la identificación de elementos ligados a la posición subjetiva, contempló la articulación teórico-clínica para su elaboración.

Resultados

Presentaremos los datos cuanti y cualitativos de las variables seleccionadas.

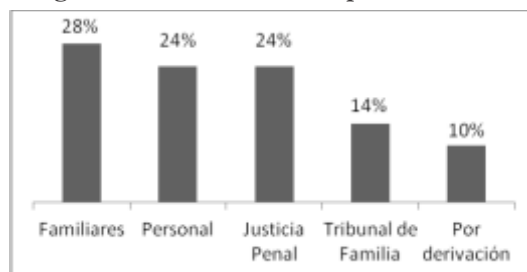
1. *Edad y sexo de los consultantes.* Prevalció la consulta de varones (89%). Las edades con una mayor frecuencia se ubicaron entre los 17 y 18 años (32%) y por encima de esas edades (39%).

Los 18 años marcan la mayoría de edad, que supone que se penalicen las conductas delictivas que podrían asociarse al consumo de sustancias. Es decir, constituyó un punto disruptivo para muchos de los pacientes incluidos (o de quienes los remitían o traían a la consulta). En sus manifestaciones se apreció un estatuto de urgencia a partir del “riesgo” que implicaba la cercanía de la fecha en la cual deberían responder por sus actos con una responsabilidad atravesada por el discurso jurídico.

2. *Origen de la demanda.* Se contemplaron tres grandes grupos: *demanda espontánea:* 52%; *judicial:* 38%; y *por derivación:* 10%.

La situación de la consulta *espontánea* pudo a su vez ser diferenciada en el pedido de asistencia personal de los propios pacientes o el de sus padres o familiares. Dentro de los que llegaron *por la vía judicial* distinguimos dos modalidades: una proveniente de los oficios del Juzgado Penal (ordenados por un Juez a partir de la presunción de la existencia de consumo por parte del sujeto que había cometido un delito) y otra del Tribunal de Familia (derivados al hospital por un Juez, a pedido de una persona allegada al paciente, para que se interviniera en razón de problemáticas conflictivas). Finalmente, pudimos circunscribir un conjunto de pacientes que consultaron a partir de la *derivación* de instituciones educativas, hospitales generales y profesionales ligados a la práctica clínica privada, considerando que las manifestaciones sintomáticas que expresaban se vinculaban con el consumo de sustancias (Figura 1).

Figura 1. Distribución según el origen de la demanda de los pacientes incluidos (N 120)



Podemos observar que sólo el 24% consultó por decisión personal y en el 76% de los casos el origen provino de terceros (familiar, judicial o por derivación). Las características de la procedencia de la consulta en estos últimos casos fueron solidarias de un malestar que muchas veces no era subjetivado sino a través de otro, padres u otras instancias de derivación. En estos pacientes, el uso y abuso de sustancias como nuevo síntoma y su relación con el tóxico constituían una forma de respuesta sintomática vinculada con problemáticas subjetivas silenciadas o que el sujeto no podía poner en palabras. En otro grupo el vínculo con la sustancia no fue más que circunstancial, a partir de encuentros con sus pares, destacándose una función de inclusión e identificación, donde el consumo se presentaba como una modalidad de hacer lazo con el otro. En ambos casos, en las manifestaciones de los pacientes no aparecían las dimensiones del padecimiento ni de la interferencia, en consonancia con lo que se describe en este tipo de clínica.

3. Motivo de consulta. Los pacientes entrevistados se dividieron en cuatro subgrupos según manifestaran: *preocupación por el consumo* (89%); *solicitud de internación inmediata* (7%); *aparición de otras expresiones sintomáticas* (2%) y, finalmente, la *consulta preventiva* como modo de anticipar un posible consumo futuro o la “recaída” en el mismo (2%).

Además de estos cuatro tipos de motivos de consulta manifiestos, pudimos delimitar motivos de consulta latentes en todas las presentaciones: la presencia de conductas de riesgo (haber cometido actos delictivos y/o de violencia o la posibilidad de realizarlos; temor a futuras sobredosis; riesgo de tener accidentes, como los ya sufridos; fugas del hogar; automutilaciones reiteradas) o el temor a su aparición; intento de evitar la potencial entrada en prisión; problemáticas o conflictos familiares (separación o ausencia de los padres; consumo de drogas de algún integrante de la familia; entre otros); preocupación por el abandono escolar y la ausencia de proyectos personales; dificultades en la relación entre padres e hijos (fracaso de la autoridad parental, expresiones de recriminación y desafío por parte de los jóvenes a sus padres, entre otros).

Preocupación por el uso de sustancias. Según el origen de la demanda, la inquietud por el uso y abuso de tóxicos era expresada por las autoridades judiciales (39%), los padres (30%), los propios pacientes (21%) y, finalmente, por las entidades de derivación (10%). Cuando eran los padres los que solicitaban la asistencia terapéutica para sus hijos, en las entrevistas señalaron que el contacto con la sustancia y su uso tendrían por consecuencia (mediata o inmediata) la dependencia del tóxico y la inauguración de un derrotero que podría culminar en la cárcel, la internación o la muerte. Cuando el adolescente arribó a la institución a partir de un oficio judicial, las figuras legales solicitaron una evaluación y/o diagnóstico y la posible continuación de un tratamiento si se lo indicaba. En los casos donde la

consulta fue personal, los pacientes se presentaron manifestando el malestar que le interfería en su existencia y el sufrimiento que les implicaba, puesto de manifiesto a través de la pérdida del lazo social y familiar, así como las dificultades para establecer algún tipo de proyecto personal, adjudicadas al consumo de drogas.

Solicitud de internación. Apareció, como medida de intervención vinculada a una urgencia subjetiva, en 8 pacientes (7% de los casos) que apelaban a la institución como último recurso para poner fin a una situación que los superaba y que, suponían, los ponía en riesgo (intentos de suicidio, accidentes, conductas delictivas, actos de violencia, posibles sobredosis, entre otros). El origen de la demanda fue tanto de los propios pacientes (el 50% de los jóvenes que querían internarse) como de un tercero judicial (37%), por razones similares. Cuando la consulta partió de la familia (13%), asumió además, en algunos casos, una forma de amenaza. Por otra parte, debemos destacar que casi el total de los consultantes que exigían una internación (7 de los 8 pacientes) ya habían consultado previamente en otra ocasión. Sus demandas actuales hacían referencia a un renovado pedido de asistencia, a partir de haber abandonado el tratamiento o de considerar que el dispositivo ambulatorio no les resultaba apropiado para afrontar el padecer que experimentaban.

Aparición de otras presentaciones sintomáticas. Los tres pacientes de este subgrupo (2%) consultaron porque consideraban que existía una ligazón entre el consumo (anterior o presente) y ciertas *presentaciones sintomáticas* (crisis de angustia o los llamados “ataques de pánico”). Uno correspondía a una joven que asistió espontáneamente, a partir de la aparición de repetidas crisis de angustia, frente a las cuales se realizaba cortes para apaciguarla (S32, 22 años). Otro, derivado del Servicio de Psiquiatría de un Hospital General (S17, 19 años), arribó a la institución por renovados “ataques de nervios” luego de un suceso que señaló como disruptivo en su existencia. No podía explicar lo que le sucedía, aunque vinculaba su aparición con su consumo anterior de cocaína. El tercero (S4, 21 años) se presentó en forma personal a la entrevista expresando experimentar crisis reiteradas de angustia que adjudicaba al consumo previo de sustancias.

Consultas “preventivas”. Finalmente, también sólo en dos pacientes (2%) la demanda se presentó como modo anticipatorio o preventivo al consumo, aunque no tuvieran ningún tipo de contacto con sustancias en el momento de la consulta. Uno de ellos (S70, 23 años), que consultó personalmente, planteó su preocupación por una futura “recaída”, a partir de la posibilidad de retomar el consumo y volver a tener diferentes episodios de riesgo personal (accidentes o regresar a la cárcel). El otro (S108, de 17 años), una joven que acudió por primera vez por indicación de un juez de Tribunal de Familia, se presentó acompañada de su padre, quien expresó el temor de que ella consumiera, señalando reiterados episodios anteriores de automutilaciones y la presencia de importantes conflictos familiares.

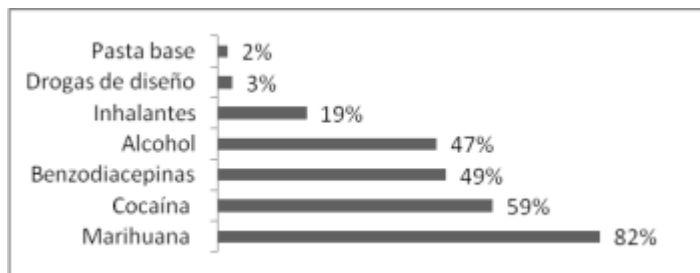
4. *Conductas de riesgo asociadas.* En 74 de las consultas analizadas (62%) aparecieron conductas de este tipo, tales como fugas, errancias, actos de violencia, robos o delitos, sobredosis, intentos de suicidio, automutilaciones y accidentes de diverso tipo. La indiferencia, el abandono, el sentimiento de exclusión así como la sobreprotección y la horizontalidad en la relación entre padres e hijos fueron algunas de las condiciones que se expresaron en el discurso de algunos de los jóvenes consultantes. Resulta interesante destacar la procedencia de la consulta en estos pacientes. Del total de este conjunto, el 51% consultó a partir una disposición judicial (Penal o Tribunal de Familia) y el 27% lo hizo por pedido de sus padres. Los pacientes que asistieron personalmente representaron sólo el 11% de este grupo e igual porcentaje lo hizo a

partir de una derivación.

5. *Edad de inicio del consumo de sustancias.* El 63% de los pacientes situaron el momento de comienzo del consumo entre los 12 y 15 años. No se ha podido unificar la coyuntura de inicio, aunque en muchos de los casos mencionaron “la junta”, la “curiosidad”, “experimentar” y “probar” como condición para tener el primer contacto con la sustancia.

6. *Tipos de sustancia y modos de consumo.* Conforman una categoría necesaria a partir de expresar la relación del sujeto con la/s sustancia/s. Las sustancias que mencionaron consumir, aisladamente o de manera combinada aparecen en la Figura 2.

Figura 2. Distribución según el tipo de sustancias consumidas, aisladas o combinadas.



En cuanto al modo de consumo, los pacientes dijeron consumir más de una sustancia, por lo cual tuvimos en cuenta la frecuencia relativa de consumo de cada tóxico en todos los casos analizados. Las drogas mayormente utilizadas fueron la marihuana y la cocaína, seguidas por las benzodiazepinas y el alcohol. El policonsumo generalizado apareció en el 78% de los casos combinando alternativamente una droga con otra o consumiéndolas en circunstancias diferentes. Un grupo reducido de pacientes (19%) sólo consumía un tipo de droga (48% marihuana, 31% cocaína; 13% alcohol; benzodiazepinas y pasta base, 4% cada uno). El porcentaje restante corresponde a aquellos otros jóvenes (3%) que manifestaron no consumir ninguna sustancia.

7. *Función del tóxico.* Si bien el lugar que ocupaba la sustancia en la economía subjetiva muchas veces no llegó a ser formulado por los pacientes, pudo ser deducido de sus manifestaciones: otorgarles “alegría” en momentos en los cuales decían sentirse “tristes” o “mal”, “tranquilidad” cuando presentaban algún estado de angustia previo; “olvido” de ciertas dificultades que reclamaban no poder afrontar. Mostraron así una manera rápida de evadir cualquier malestar, por ejemplo, algunas de las manifestaciones de los pacientes las fueron siguientes: “cuando no tengo [marihuana] me angustia, me pongo mal, demasiado mal” (S60, 21 años). Otra expresión sobre la necesidad de seguir consumiendo era porque “es re- feo, estar así, normal,

porque eso no me gusta. Es incómodo, me siento raro, estoy aburrido, no pasa el tiempo” (S29, 14 años). Para otros, los valores del grupo de pares eran de fundamental importancia, como la justificación del consumo porque “no podía quedar como un cobarde” (S14, 17 años) ante los demás.

8. *Posición subjetiva manifiesta frente a la consulta y a la oferta de tratamiento.* Es de fundamental importancia en cuanto a las posibilidades de abordaje terapéutico y de futura implicación subjetiva por parte del paciente. El criterio para determinar la forma en la cual los pacientes se mostraron frente a la consulta y a la oferta terapéutica fue extraído del material recogido durante las entrevistas. Fue posible distinguir cinco modalidades de presentación con respecto a la posibilidad de concurrencia y eventualmente realizar un tratamiento. Éstas fueron: interés (36%) o aceptación (22%), indiferencia (24%), reticencia (10%) y rechazo (8%).

Posición subjetiva, origen de la demanda y edad de los pacientes. Adicionalmente resultó de interés analizar la posición subjetiva en relación con el origen de la demanda y la edad de los consultantes. Aparecieron diferencias en ambos casos. Respecto de la procedencia del pedido de tratamiento, destacamos que el interés se presentó mayoritariamente entre los que consultan personalmente. La aceptación, indiferencia o reticencia se exhibieron cuando la consulta partía de los padres. Finalmente el rechazo, cuando se trató de la demanda judicial penal (Tabla 1).

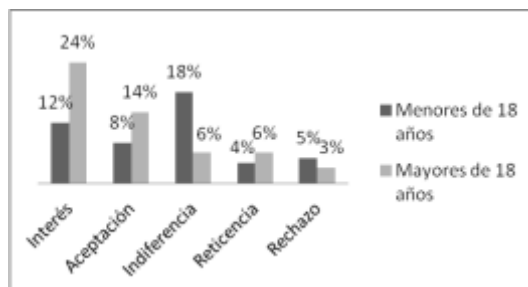
Tabla 1. Porcentaje de casos según posición subjetiva y origen de la demanda

Posición subjetiva	Origen de la demanda				
	Judicial Penal (N=30)	Tribunal familia (N=16)	Derivación (N=12)	Padres (N=33)	Personal (N=29)
Interés (N=43)	36%	5%	7%	5%	51%
Aceptación (N=27)	15%	15%	7%	41%	22%
Indiferencia (N=29)	21%	17%	21%	38%	3%
Reticencia (N=12)	17%	25%	0	58%	0
Rechazo (N=9)	44%	22%	12%	22%	0

Considerando las edades, el interés y la aceptación mostraron obtener porcentajes más altos entre los pacientes mayores de 18 años y la indiferencia entre los menores de 18 años. La reticencia y el rechazo

aparecieron de modo similar entre ambos grupos (Figura 3).

Figura 3. Distribución según la posición subjetiva y la edad de los pacientes (N=120).



Conclusión

Presentaremos a continuación algunos de los principales hallazgos y conclusiones de nuestro trabajo en relación con los objetivos propuestos.

Nuestro estudio en un hospital especializado en toxicomanía permitió relevar una casuística de la población de pacientes que se hallaban en el periodo de la adolescencia (OPS, 2000) y que consumían algún tipo de sustancia. El consumo de sustancias, por no poseer las características formales del síntoma que Freud (1916-17/1991) estableció como formación del inconsciente e interpretable, se presentó en muchos de los casos como nuevo síntoma (Recalcati, 2004; Stevens, 2001). En estos pacientes notamos la falta de implicación subjetiva que dividiese al sujeto y el uso del tóxico como un modo de satisfacción. Estos casos expresaban muchas veces un tipo de expresión del malestar subjetivo que era ajeno a la interrogación del sujeto y que no convocaba a la interpretación, lo cual constituyó un verdadero desafío para los abordajes terapéuticos

Coincidiendo con Sosa (2008) y Amadeo de Freda (2015), notamos que estas expresiones manifestaban algún tipo de interferencia en la vida del sujeto, pero que el adolescente no podía subjetivar como malestar.

Pasaremos ahora a precisar las diferentes

características encontradas en los sujetos estudiados. En cuanto al *sexo* de los consultantes, ha resultado llamativa la escasa cantidad de adolescentes de género femenino, lo que coincide con informes estadísticos recientes (USPPA, 2009). En algunos trabajos se señala que las mujeres consumen tóxicos en menor proporción (Paulone & Candioti, 2006), aunque en otros se destaca su aumento progresivo (Cáceres et al., 2006; SEDRONAR, 2014; USPPA, 2011). Esta situación merecería una elucidación de mayores alcances en futuras indagaciones sobre la problemática femenina de consumo de drogas en la adolescencia.

Las *edades* de los pacientes se concentraron entre los 17 y 18 años y por encima de esas edades, coincidiendo con los resultados de otras investigaciones en las que el 90% de la población atendida posee entre 18 y 21 años (USPPA, 2009). Destacamos la frecuencia de consulta en esas edades a partir de la importancia de la mayoría de edad (18 años), ligada a dos cuestiones. Por un lado, a la ausencia de ritos de pasaje de la infancia a la adultez en la sociedad contemporánea (Mendoza & Rodríguez Costa, 2010; Sosa, 2004). Por el otro, a la penalización posible del consumo o de los actos delictivos que pueden derivarse de ellos. Esta circunstancia se enlaza con el atravesamiento de la clínica por el discurso jurídico que se presenta en la problemática estudiada, particularmente en la

adolescencia (Carew, 2010), cuestión que delimitó el modo de presentación de la demanda así como la coyuntura de consulta. Coincidimos con Le Breton (2014) cuando señala a la categoría de mayoría de edad como uno de los escasos puntos disruptivos a nivel simbólico de pasaje de la niñez a la edad adulta, así como con Carew (2010) al insistir en la falta de responsabilidad e implicación subjetivas de los menores de edad frente a los actos delictivos. En nuestro estudio el cambio de estatuto legal de muchos de estos jóvenes pareció determinar las coordenadas del pedido de asistencia al centro hospitalario.

Observamos que *el origen de la demanda* provino en el 76% de los casos de terceros (familiar, judicial o por derivación), lo que coincide con lo que sostienen los autores que estudian la clínica de la adolescencia (Amadeo de Freda, 2015) y de la toxicomanía (Ghía, 2006; López Acosta, 2009, 2011). Señalamos cómo la procedencia de la consulta resultó solidaria de un malestar que no era subjetivado en muchos de los casos por los propios pacientes, constituyendo el consumo posiblemente un modo de llamado a la función desfalleciente del Otro parental o social, tal como se sostiene en la bibliografía especializada (Lacadée, 2007; Stevens, 2001). Ejemplo de ello fue el uso y abuso de sustancias como nuevo síntoma vinculado con problemáticas subjetivas silenciadas o que el sujeto no podía poner en palabras. En otros casos, el vínculo con la sustancia fue sólo circunstancial, a partir de encuentros con su grupo de pares, donde el consumo se presentaba como una modalidad de hacer lazo con el otro, tal como señala Sosa (2004) en sus estudios sobre la consulta adolescente por el uso de sustancias. En ninguno de ellos aparecían las dimensiones del padecimiento ni de la interferencia, en consonancia con lo que se describe en este tipo de clínica (López, 2006; López Acosta, 2009). Por el contrario, cuando se trataba de consultas personales, el consumo asumía las características sintomáticas del padecimiento.

Cuando analizamos el *motivo de consulta* notamos que las causas implícitas o latentes excedían a las razones esgrimidas inicialmente por los consultantes, como plantean Martínez Farrero (2006) y Quesada (2004). La demanda de estos jóvenes se ligaba a cuestiones vinculadas a manifestaciones que incluían riesgo para sí mismo y para otros, conflictos familiares y falta de responsabilidad o indiferencia con respecto a su existencia actual o futura (Quiroga & Cryan, 2010), más que a su vinculación con el uso del tóxico. Si se trataba de la *preocupación por el consumo* como principal motivo de consulta aparecieron diferencias según el origen de la demanda, donde consideramos que la institución especializada, por su misma denominación, condicionó la consulta a partir de las causas que se adjudicaban a las manifestaciones de los adolescentes, tal como señala Ghía (2009) y lo confirman otras investigaciones (ONUDD, 2013). Se considera en esa perspectiva el valor de la droga como agente etiológico del malestar subjetivo, que podía expresar el adolescente o manifestarlo a través de sus actos y conductas. Cuando el motivo de consulta se relacionó con el *pedido de internación*, tanto de parte de los propios pacientes como

de terceros, las razones fueron similares: temor a las posibles consecuencias del consumo (intentos de suicidio, conductas delictivas, actos de violencia, sobredosis, entre otros). Cuando la consulta partió de la familia, asumió además en algunos casos una forma de amenaza o sanción. La internación pareció ser una alternativa al tratamiento ambulatorio, apelando a la interrupción del contacto social y familiar que el sujeto tenía hasta entonces, adjudicando al entorno la posible causa del consumo. En cuanto a la *emergencia de otras presentaciones sintomáticas* tales como crisis de angustia, parecieron ser un posible momento inicial para que el joven pudiera intentar articular aquello enigmático atravesado por la urgencia con la localización de las coyunturas de su eclosión, como afirma Sotelo (2007). A su vez, la demanda como modo anticipatorio o *preventiva*, sin consumo en el momento de la consulta, se presentó ligada a preocupaciones personales por posibles recaídas, con la aparición de diferentes episodios de riesgo (accidentes o volver a estar preso), o bien por la posibilidad de reiteración de automutilaciones y de conflictos familiares, señaladas por el paciente o por sus padres.

En la aparición de *conductas de riesgo*, encontramos en el relato de los pacientes una focalización en términos causales entre su presentación y determinadas circunstancias (abandono, indiferencia, marginalidad, ausencia de una figura de autoridad en el vínculo entre padres e hijos, entre otras), coincidiendo con lo que señalan Lacadée (2007) y Le Breton, (2014). Estos comportamientos parecieron formas “salvajes” de la búsqueda del joven del “lugar y la fórmula” como referencias simbólicas que le permitieran lograr el pasaje de la niñez a la edad adulta, cuando las insignias pretéritas se mostraron fallidas (Lacadée, 2007, Mitre, 2014).

Con respecto a la *edad de inicio de consumo de sustancias*, la mayoría de los consultantes (63%) había iniciado su consumo entre los 12 y 15 años, momento donde emergen las primeras expresiones del despertar de la pubertad. Resultados semejantes se encuentran en los trabajos de Cáceres et al. (2006), Vázquez Fernández et al. (2014) y Paulone y Candioti (2006). En otros se señala como comienzo simplemente la pubertad o la adolescencia (Espada et al., 2003; Oliva et al., 2008; Sinatra, 1991). En este momento de transición se destaca la búsqueda del sujeto de nuevas identificaciones y referentes así como la importancia dada a los pares, ya que la autoridad familiar o parental empieza a ser cuestionada. El encuentro del sujeto con el tóxico en esta etapa de la vida, en cada caso particular se presentó por diversas circunstancias, pero nos permitió indicar este período como un tiempo de cambios de importancia que afectan tanto a la dimensión del cuerpo como a la relación con la institución familiar y social.

Nuestro resultados referidos al *tipo de sustancia de consumo* no fueron coincidentes con los datos encontrados en otras investigaciones (Carreter Parreño et al., 2011; Paulone & Candioti, 2006), en las que aparece en primer lugar el alcohol. Recordemos que en nuestro trabajo fue la marihuana, seguida por la cocaína, las benzodiacepinas y luego el alcohol. Suponemos que

esto pudo deberse a que los pacientes, en el momento de la entrevista de admisión, no lo mencionaron por “naturalizar” su consumo, como mencionan Costa & González (2008); o bien, su ingesta no conllevó la inquietud que implicase la consulta al centro de salud. Respecto del modo de consumo, en la mayoría de los casos fue de varias sustancias o policonsumo (OMS, 1994), lo que coincide con estadísticas e investigaciones recientes (Murillo Castro, 2013; Vázquez Fernández et al., 2014).

Con referencia a la *función del tóxico*, puede ser variada tanto en diferentes pacientes como en un mismo sujeto, de acuerdo a momentos determinados y condiciones subjetivas específicas. Consideramos que, apelando al tóxico como forma de solución, los jóvenes ensayaron una respuesta ante aquello que producía malestar o que implicaba preguntas frente a las cuales no hallaron respuesta o no tuvieron otra forma de responder más que a través del uso de un lenitivo o del acto del consumo, tal como señalan Freud (1930), Lacadée (2007) y Sosa (2004). A su vez, en el momento de la adolescencia, donde el sujeto se confronta con el enigma de la sexualidad, la droga permitió en muchos de los casos un modo de facilitar el acercamiento al otro sexo (Sosa, 2004).

Finalmente, con respecto a la importancia de la *posición subjetiva del paciente frente a la consulta y al inicio posible de un tratamiento*, suponemos que el origen de la demanda condicionó el modo en el que los jóvenes se presentaban, considerando que tanto en el caso de los oficios judiciales, como cuando eran los padres los que realizaban la consulta junto con sus hijos, los pacientes exhibían de entrada un acuerdo más formal que de real interés. Destacamos que los pacientes menores de 18

años respondían a la oferta terapéutica mayoritariamente con indiferencia, rechazo o reticencia, diferenciándose de los que eran mayores de edad. Nuevamente, consideramos la importancia de haber traspasado el “umbral” (Le Breton, 2014, p. 61) de la mayoría de edad como uno de las cuestiones que, al menos en el marco del campo jurídico-legal, suponen una posible modificación subjetiva a partir de las consecuencias que puede conllevar.

En conclusión, en su conjunto los resultados de este trabajo nos conducen a sostener, al menos inicialmente, que la consulta por el consumo de sustancias, ligada muchas veces con otras manifestaciones sintomáticas o conductas de riesgo, no siempre aparece como la problemática central manifiesta. Se trata de presentaciones clínicas de compleja resolución donde no puede hablarse de soluciones “inmediatas”, como muchas veces la situación de urgencia requiere. Esta cuestión nos concierne a la hora de pensar en los tipos de abordajes terapéuticos posibles en la consulta adolescente vinculada a la toxicomanía y a la urgencia subjetiva. Entendemos que algunas de las variables terapéuticas posibles son alojar, escuchar al sujeto, sin realizar interpretaciones salvajes, e introducir una pregunta en aquello que lo conmueve en el presente, proponiéndole una apuesta de tratamiento futuro. Nuestra propuesta puede delinarse en el derrotero de una continuación de este tratamiento en ciernes y en la posibilidad de que cada paciente singular, en un futuro, pueda responder a la oferta realizada, dependiendo en la mayoría de los casos, de un encuentro contingente que lo enfrente con un real imposible de soportar.

Notas

1- Beca de Investigación Tipo B de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) sobre el tema “Adolescencia y consumo de sustancias: la demanda de asistencia psicológica en un hospital especializado en drogodependencias y alcoholismo”. Directora: Norma Etel Najt.

Referencias

- Amadeo de Freda, D. (2015). *El adolescente actual*. Buenos Aires: UNSAM.
- Brignoni, S. (2012). *Pensar las adolescencias*. Barcelona: UOC.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.
- Carew, V. (2010). La problemática social del delito en menores de edad. La concepción de responsabilidad en el discurso social y en la práctica clínica. *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, XVII Jornadas de Investigación, Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina, 36-38.
- Carreter Parreño J., García Castillo O., Ródenas Aguilar J. L., Gómez Saldaña A., Bermejo Cacharrón Y., & Villar Garrido I. (2011). Estudio cualitativo sobre el consumo de tóxicos en adolescentes. *Atención Primaria*, 43(08), 435-439.
- Costa, A. M., & González, C. (2008). Definiendo el concepto “abuso” de alcohol desde el sentido que los adolescentes atribuyen a su práctica. *Memorias de las XV Jornadas de Investigación y IV Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Buenos Aires, Argentina, 295-296.
- Espada, J. P., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Méndez, X. (2003). *Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Fernández Raone, M. (2011). Adolescencia y consumo de sustancias: el problema de la demanda terapéutica. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, XVIII Jornadas de Investigación, Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del*

MERCOSUR, Bs As, Argentina, 80-83.

- Fernández Raone, M. (2012). Adolescencia y consumo de sustancias: dificultades en su abordaje terapéutico. *Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, XIX Jornadas de Investigación, Octavo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina, 61-64.
- Fernández Raone, M. (2015). Adolescencia y adicciones: el abordaje de la demanda terapéutica. En V. Martínez-Núñez, P. Godoy Ponce, M.A. Piñeda, M. Fantin, L. Bower, M. Cuello Pagnone, N. De Andrea, E. González, N. Y. Katzer, E. Lucero Sánchez (comp.), *Avances y desafíos para la Psicología*, (pp. 140- 160). San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Freud, S. (1978). Tres ensayos de teoría sexual. En S. Freud, *Obras completas. Vol. VII* (pp. 110-222). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (1979). El malestar en la cultura. En S. Freud, *Obras Completas. Vol. XXI* (pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930).
- Freud, S. (1991). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En S. Freud, *Obras Completas. Vol. XV-XVI* (pp. 9-445). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1916-17).
- Ghía, R. (2006). *La admisión en una institución para toxicómanos. Centro Descartes*. Recuperado de <http://www.descartes.org.ar/modulo-trauma-laadmicion.htm>.
- Ghía, R. (2009). Toxicomanía e instituciones. Acerca de un tratamiento posible. En A. Donghi & L. Vásquez (Comp.), *Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar* (pp. 269-278). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Hernández Sampieri, M. C., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta. ed.). México: McGraw-Hill.
- Kameniecki, M. (2009). La clínica institucional en un centro de asistencia en drogodependencias (a la memoria de Noemí Riadigós). En A. Donghi & L. Vásquez (Comp.) *Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar* (pp. 259-268). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Lacadee, P. (2007). *L'éveil et l'exile. Enseignements psychoanalytiques de la plus délicate des transitions: l'adolescence*. Nantes: Éditions Cécile Default.
- Lacan, J. (2001). Préface à L'Éveil du printemps. En J. Lacan, *Autres Ecrits* (pp. 561-564). Paris: Seuil. (Trabajo original publicado en 1974).
- Le Breton, D. (2007). Anthropologie des conduites à risque et scarifications à l'adolescence. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 120-131.
- Le Breton, D. (2011). *Conductas de riesgo*. Buenos Aires: Topía.
- Le Breton, D. (2014). *Una breve historia de la Adolescencia*. Bs. As.: Nueva Visión.
- López, C. (2006). La Adicción a Sustancias Químicas: ¿Puede ser Efectivo un Abordaje Psicoanalítico? *Psykebe*, 15(1), 67-77.
- López Acosta, C. (2009). La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros. *Terapia Psicológica*, 27(1), 119-127.
- López Acosta, C. (2011). Las características de la situación mental en el consumo adictivo de sustancias y la motivación para entrar a un tratamiento de adicciones. *Revista de Psicología*, 20(2), 53-76.
- Martínez Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(97), 53-69.
- Mendoza, L. N., & Rodríguez Costa, L. (2010). Adolescencia hoy: ¿un tránsito transitable? *Psicoanálisis y el hospital*, 37, 8-14.
- Miller, J. A. (1993). Salud y orden público. *Uno por Uno*, 37, 5-10.
- Miller, J. A. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Miller, J. A. (2015). *En direction de l'adolescence. Intervention de clôture à la 3e journée de l'institut de l'enfant*. Recuperado de http://www.lacan-universite.fr/wp-content/uploads/2015/04/en_direction_de_ladolescence-J_A-Miller-ie.pdf.
- Mitre, J. (2014). *La adolescencia: esa edad decisiva. Una perspectiva clínica desde el psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Grama.
- Murillo Castro, L. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 24, 1-13.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito- ONUDD (2008). *Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión*. Lima: Comisión interamericana para el control del abuso de droga.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito- ONUDD (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima: Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas.
- Oliva, A., Parra, A., & Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y

Consumo. Centro de Publicaciones.

- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Recomendaciones-atencion-integral-salud-adolescentes-salud-sexual-reproductiva.pdf>
- Paulone, I., & Candiotti, C. A. (2006). Consumo de sustancias adictivas en adolescentes escolarizados. *Archivos argentinos de pediatría*, 104(3), 227-233.
- Quesada, S. (2004). Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria. *Universitas Psychologica*, 3(1), 7-16.
- Quiroga, S., & Cryan, G. (2010). Evolución de la desesperanza en grupos de terapia focalizada para adolescentes violentos. *Perspectivas en Psicología*, 7, 103-111.
- Recalcati, M. (2004). La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe. *Virtualia*, 10. Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/010/default.asp?notas/mrecalcati-01.html>
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico- SEDRONAR (2014). *Sexto estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media 2014 Boletín N°1. Patrones y magnitud del consumo: diagnóstico a nivel país*. Recuperado de <http://cripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=4121>
- Sinatra, E. (1991). *Consecuencias del psicoanálisis*. Buenos Aires: Anáfora.
- Sosa, J. (2004). Acerca del consumo de tóxicos en la adolescencia. *L Interrogant*, 5, 14-17.
- Sosa, J. (2008). Del síntoma y sus paradojas. *L Interrogant*, 8, 11-17.
- Sotelo, M. I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE
- Sotelo, M. I., & Belaga, G. (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el hospital central de San Isidro. *Revista de investigaciones en Psicología*, 13(2). Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo1.pdf
- Stevens, A. (2001). Nuevos síntomas en la adolescencia. *Lazos*, 4, 16-22.
- Stevens, A. (2013). Quando a adolescência se prolonga. *Opção Lacaniana online nova série*, 4(11). Recuperado de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_11/Quando_adolescencia_prolonga.pdf
- Tompson, S., Frydman, A., Salinas, L., Mantegazza, R., Toro, C., & Lombardi, G. (2006). El proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 103-110.
- Tizio, H. (2005). El uso de las drogas en la adolescencia. *Freudiana*, 42, 101-106.
- Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones- USPPA (2009). *Adicciones*. CABA: Recuperado de <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Informes-2009-estadistico.pdf>
- Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones- USPPA (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. CABA. <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Informes-2011-estadistico.pdf>
- Vázquez Fernández, M. E., Muñoz Moreno M. F., Fierro Urturi, A., Alfaro González, M., Rodríguez Carbajo, M. L., & Rodríguez Molinero, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 16, 125-34.

Fecha de Recepción: 06-08-2015

Fecha de Aceptación: 30-06-2016