

“Desvivencias” adolescentes. Distintas funciones psíquicas del consumo de drogas en adolescentes

“Desvivencias” in Adolescence. Different Psychic Functions of the Drug use in Adolescents

Concepción Olmedo Yubero

Centro de Atención Integral Drogodependencias de Getafe, España

Resumen: El presente trabajo pretende describir el tipo de intervención clínica que se realiza en el CAID de Getafe, en el marco de un programa de prevención con adolescentes consumidores de drogas. Partiendo del ejemplo de un caso concreto se señalarán algunas características generales de la adolescencia actual, para describir después los rasgos principales de la demanda de los adolescentes que acuden al CAID y el tratamiento desde un encuadre psicoanalítico centrado en el sujeto y en los determinantes subjetivos que conforman las distintas relaciones con el objeto droga determinadas por la función psíquica que adquiere para cada sujeto. El trabajo finalizará con la referencia al “sujeto preadicto” acuñado por Korman (2007) y con algunos recortes clínicos como ejemplo de alguna de estas funciones y algunas de las cuestiones derivadas de la intervención realizada en estos años con los adolescentes atendidos en este dispositivo de atención a drogodependientes.

Palabras claves: adolescencia, drogas, sujeto, “quitapenas”, CAID.

Abstract: This work aims to describe the type of clinical intervention that takes place in the CAID of Getafe, in the framework of a drug consumption prevention programme with teenagers. Taking as an example a specific case, certain current general features of teenagers will be pointed out, in order to further describe both the ones related to what they demand when coming to the CAID and the treatment from a psychoanalytic setting. This frame of intervention focuses on the subject and the subjective determinants that make up the different relationships where drugs are considered as an object, and that are determined by the psychic function adopted by each subject. The work will be finished by making reference to the “preaddict subject” coined by Korman (2007) and with some clinical examples of these functions, as well as some of the issues arising from the intervention carried out in these last years with adolescents treated in these units of attention to drug addicts.

Keywords: adolescence, drugs, subject, CAID.

El título de este trabajo tiene su razón de ser en las conversaciones con uno de los pacientes que acude al CAID de Getafe, del que se han alterado algunos datos para preservar su confidencialidad. Se prioriza el termi-

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora al e-mail: colmeyu@hotmail.com

no conversación sobre otros como intervención o tratamiento, por el carácter especial o distinto que considero, tiene la clínica de la adolescencia en cuanto a la necesidad que exige (de flexibilidad e implicación) a los profesionales y a los encuadres terapéuticos que manejan aquellos que trabajan con adolescentes. Más adelante se desarrollará esta idea con más detalle.

Como se señala anteriormente, el título de este trabajo tiene su origen en las conversaciones con X (así me referiré a este paciente). X es un adolescente de los que se denominan en algunos ámbitos como "adolescente medio". Tiene 17 años (aunque aparenta menos edad). Convive con sus padres y varios hermanos, estudia en el instituto y en el conservatorio con buenos resultados, toca en varias agrupaciones musicales, juega en un equipo de balonmano, lee a Nietzsche, a Poe y Asimov y últimamente fuma muchos porros. Acude al CAID, aconsejado por un psicólogo del ámbito educativo, al que visita desde hace algún tiempo porque es amigo de la familia y le ayuda a intentar estar mejor con sus padres. Lleva ya un tiempo fumando porros, y acude a consulta bajo la hipótesis y la esperanza familiar de que "fumar porros" sea el motivo que causa los conflictos familiares y todo el malestar de X durante el último año. Malestar del que X hablará acompañando su decir con expresiones de rabia, mientras habla de su confusión y de los episodios violentos (según él mismo define) que últimamente se vienen repitiendo en sus relaciones (no solo con sus padres). Se referirá literalmente a la existencia de un fuego interior que no le deja vivir y que describe así (son sus palabras): *"Desde hace tiempo tengo como un fuego aquí dentro, no sé qué hacer con él, me hace daño, no me controlo y a veces no lo puedo evitar estallo y hago cosas de las que me arrepiento, apago el fuego con porros, menos mal que fumo, aunque no me gusta parecer un porrero...no soy un porrero como dicen mis padres, es que no encuentro salida, estoy perdido, no sé quién soy, ni lo que quiero, bueno sí, la música es lo único que tengo claro, pero no quiero pensar, no quiero hablar de esto"*. (Me gustaría aclarar que han sido varias las sesiones en que X decide no seguir hablando y que siempre se respetaron estas decisiones aunque invitándole a que podría retomar el relato de lo interrumpido en otros momentos). El decir del paciente sigue de esta manera: *"Es que es una desesperación, eso es, es un sinvivir todo el rato. Intento hacer las cosas de otra forma pero todo me sale mal...mal con mis padres, mal con mis compañeros, mal con mis amigos, mal con esta sociedad hipócrita, mal con todo. No sé que hacer con mi vida, me pasan cosas que no entiendo, con mis padres, con los profesores, con mis amigos, con las chicas. Mi vida no me gusta. Estoy harto de esta vida, estar vivo no es lo mismo que vivir, esto que hago no es vida es un no vivir...es una desvivencia"*. En este momento se calma se sonríe y dirá que no sabe si esa palabra existe y que a lo mejor no es la adecuada. Quisiera añadir que es un chico que cuida mucho su lenguaje y con un discurso fluido, rico en vocabulario y en expresiones y muy elaborado. A pesar de ello...las palabras parece que a veces no le alcanzan.

"Desvivencias" adolescentes. Algunas características de la adolescencia actual

Resulta interesante detenerse en la palabra con que X intenta definir su sufrimiento y que se toma de su discurso para el título de este trabajo porque condensa o al menos sugiere y evoca algunos de los aconteceres y características de lo que solemos denominar comúnmente como etapa adolescente o adolescencia. Es importante aclarar que el tratamiento en este texto de dicho significante esta descontextualizado de la clínica con este paciente y no se dará cuenta de su posible tratamiento como lapsus o de las posibilidades de que fuera un neologismo. Únicamente se extraerá del discurso y el acto clínico con X, para utilizarla como signo de la vivencia y acontecer de las distintas subjetividades adolescentes y por representar un significante potente y clarificador en la evocación de las características principales que definen esta etapa de la vida (aunque se sepa que en cada sujeto cobrará aspectos particulares en función de su historia y circunstancias). Es elegida así, en contraposición al tratamiento mediático y significaciones actuales del término adolescencia en nuestros tiempos, que en ocasiones hacen obstáculo a un análisis más riguroso de la complejidad de fenómenos diversos de esta etapa vital, homogeneizando a veces vivencias que no son elevables a una categoría nosográfica (mas allá de la clínica del caso por caso). Sin embargo sí puede resultar útil, extrapolar algunas características del tratamiento particular de algunos sujetos para entender el trabajo psíquico a realizar en la que llamamos clínica de la adolescencia, como se hará a lo largo de este trabajo y a partir de la experiencia y "desvivencias" de X.

“Desvivencias”. La palabra como tal no existe en el diccionario. Llevaba razón X. Sin embargo se presenta oportunamente adecuada para dar cuenta (junto a ese “fuego interno” del que nos habla) de algo del padecimiento y de lo que suele llamarse crisis adolescente y que no les será ajeno a todos los que en algún momento hayan trabajado con esta población.

X habla de un momento vital (su momento) donde acontecen circunstancias ante las que no tiene elaborada una respuesta (al menos no una respuesta propia), una experiencia de angustia, y de malestar, a la que le cuesta poner palabras y que a veces se traduce en actos impulsivos por fuera de la misma y de los cuales le cuesta hacerse responsable. Una experiencia vital que reúne en esta palabra “*desvivencia*” y un malestar que solo alcanza a describir como un “*fuego interior*”. Algo que quema, que arde y que intenta apagar con el consumo de cannabis.

Si vamos a las raíces etimológicas de la palabra adolescencia nos encontramos con que proviene del verbo latino *adolescere* “ir creciendo, estar creciendo, madurar” y que en su participio *adolescens* significa el que está en periodo de crecimiento el, que está creciendo. Pero existe un homónimo del mismo verbo con el significado de llamear, inflamarse, encenderse, quemarse, arder en llamas. Así pues en latín *adulescens* es el presente de *adoleo* que según el diccionario significa: crecer, ir en aumento pero también humear y arder. (Parece que X estaría según el mismo describe inmerso en este proceso de ardiente crecimiento que definimos como adolescencia). Ya en otro orden (del lado de la homofonía) el término adolescente es escuchado también como aquel que adolece, que carece, que sufre de algo que le falta.

Por tanto se reúnen en el discurso de X la evocación de una irrupción en el cuerpo de algo que se le impone como un real ante lo cual las palabras se detienen, que no entiende, imposible de decir o hablar, imposible de simbolizar, que marca el límite del pensamiento y que implica un crecimiento y un desasirse de lo que hasta ahora eran recursos y vivencias válidas pero que parece que ya no le alcanzan...un dolor que intenta mitigar con los porros, sin conseguir que su vida siga siendo una “*desvivencia*”.

Siguiendo con el análisis de esta palabra con que X intenta describir su padecer, es en esa “*desvivencia*” donde parece condensarse y evocarse con claridad el momento vital de la adolescencia (todos esos aspectos propios de esta etapa y que parece que a X le queman por dentro) como experiencia contradictoria, dolorosa en ocasiones (como en este caso), de duda, de síntesis, de exceso y al mismo tiempo de falta, de algo aun por configurarse. Si rastreamos los diccionarios el prefijo “des-“tiene como sentido fundamental el de negación o inversión pero también puede implicar afirmación o exceso. Si lo unimos a vivencia que según el diccionario es una experiencia significativa en la vida de una persona que contribuye a configurar su personalidad, se obtendría esa conjunción entre el exceso y lo que falta.

Exceso de experiencias y realidades nuevas (algunas experimentadas en el cuerpo con la irrupción de la pubertad, que en el caso de X no parece muy lejana) que acontecen sin que los equilibrios apoyos y recursos psíquicos, con los que el sujeto contaba hasta ahora en su infancia, le sean suficientes para elaborar una respuesta que tendrá que construir si quiere arribar al mundo de los adultos desde una infancia de la que se tendrá que ir desasiendo (situación que se expresa en el conflicto inaugurado con las figuras parentales, como ocurre en el caso de X). “Condición adolescente” según la denomina Cao, (2009) marcada así por la falta de unos equilibrios y respuestas aun por construir, en mitad de un exceso de embates y turbulencias internas y externas a los que tendrá que enfrentarse X y cualquier adolescente en esa travesía al mundo de los adultos, en esa construcción de una identidad propia, de un lugar en la cultura actual, de una subjetividad en tránsito que le obliga a hacer algo con esa angustia, con ese fuego (según dice X, al que le cuesta poner palabras porque quizás no las haya o al menos no son nunca suficientes) y que bien podría ser el real de los cambios fisiológicos y psicológicos que acompañan el devenir y la condición adolescente, y cuya tarea será la de ir simbolizando para elaborar una respuesta propia.

Ese será el ofrecimiento terapéutico que se proponga desde el programa de prevención del CAID: un lugar y un espacio propio, donde acoger esa palabra donde poder desarrollar esa respuesta y acompañarles en el tránsito al mundo de los adultos, sin que el consumo de drogas (en este caso los porros) cortocircuiten o desvirtúen este proceso de cambio, que en muchas ocasiones es vivido de forma dolorosa por el adolescente y que en cualquier caso no es una tarea fácil para estos sujetos en crecimiento, o al menos no exenta de conflictos (internos y externos / intra e intersubjetivos).

Una modalidad distinta de demanda de tratamiento

Por todo lo expuesto anteriormente es por lo que este trabajo (sobre adolescencia y consumo de drogas) comienza con este pequeño recorte de la clínica con X, porque no deja de ser significativo el uso que este paciente hace del lenguaje para referirse a su estado vital y a su malestar, aludiendo al origen mismo del sentido de la palabra adolescencia y porque se reúnen en esta pequeña viñeta clínica varios aspectos que pueden dar cuenta de las características y singularidades de unos modos particulares de demanda en el trabajo con adolescentes en el CAID de Getafe y que podrían configurar una modalidad de consulta específica y por ello un modo de respuesta y abordaje terapéuticos también concretos.

La primera de las características a señalar en este modo particular de consulta, es la ausencia de una demanda propia por parte de la persona que vamos a atender. El pedido de tratamiento lo hacen directa y explícitamente otros de su entorno (familia, educadores, servicios sociales, fiscalía de menores, centros de salud, etc.). El adolescente es traído a consulta, muchas veces sin ni siquiera saber para qué. En el caso concreto de X es él quien se presenta en el CAID pero como portador de la demanda y preocupación de otros, en este caso de sus padres y del psicólogo al que ha estado visitando. X además también trae un malestar subjetivo en forma de queja sobre su vida. Esto es lo que en la mayoría de los casos traen los adolescentes atendidos en este dispositivo: quejas, quejas sobre su entorno, sobre el hecho de haber sido coaccionados para acudir al CAID, quejas sobre la incomprensión de los otros que les rodean, quejas sobre una vida que les obligan a vivir de una forma y con unos límites que aunque les fueron válidos hasta ahora sienten ajenos. Se verá entonces, si a partir de estas quejas puede surgir una demanda propia y para ello la primera tarea como profesionales será crear las condiciones para su surgimiento. Sin demanda, no hay paciente, y sin paciente no hay lugar para ningún tipo de cura posible o si se prefiere para un tratamiento desde la clínica, para una clínica del sujeto.

Por otro lado destacar como otra característica, la existencia de un malestar o sufrimiento en el paciente de algo distinto al motivo de consulta y al objeto de intervención del dispositivo. Malestar que poco o nada tiene que ver con el consumo de drogas (por el cual llegan o son traídos al CAID). Y un consumo que aparece como foco principal de nuestra intervención pero al que paradójicamente nuestros pacientes aluden sin conciencia de problema o bajo férrea defensa y apología del mismo que exhiben a la menor oportunidad en lo que podríamos interpretar como un intento de separación con el entorno y mundo de los adultos que les rodean, incluidos nosotros: camisetas, colgantes y carpetas con símbolos alusivos a algún tipo de droga o a la defensa de su consumo. Esto ya ofrece alguna pista sino de la demanda del adolescente, si de los lugares desde los cuales no debería operarse si se quiere hacer posible algún tipo de terapéutica y de vínculo que la posibilite, no tomando ni asimilando la demanda y preocupaciones de su entorno a la suya propia. Un malestar como ya se dijo anteriormente, que toma la forma de queja sobre su entorno, su familia, el ámbito educativo, la sociedad, los conflictos con el otro sexo, con los iguales, con la autoridad, con ellos mismos, con su pasado y con su futuro y que pasa desapercibido o no es escuchado en su importancia por parte de su entorno, cuyo foco de atención es la conducta de consumo. El lugar como terapeutas, debería así salirse de esta serie y en principio habría que atender dicha queja para tratar la posibilidad del surgimiento de una demanda, relegando y postergando a un segundo plano y momentos posteriores la intervención sobre el acto del consumo, que indefectiblemente habrá que abordar y que será finalmente el objeto final de la intervención.

Otra característica a añadir, sería la resistencia al tratamiento por parte de los adolescentes, resistencia a hablar de sus problemas, de sus inquietudes y a enfrentarse a sus conflictos en una marcada tendencia al acto y resistencia al tratamiento y gestión de dicho conflicto por vía de la palabra. Aparece así como habitual, la resistencia a consultar y a aceptar el tratamiento terapéutico. En el caso de X se hace patente en esa última frase "*no quiero pensar*", en el propio acto de consumir y en las continuas interrupciones o cierres abruptos de las sesiones cuando no quiere seguir hablando. Resistencias que obligan a una adaptación de los encuadres de trabajo y del profesional para crear condiciones de posibilidad para el tratamiento y posibilitar un vínculo o transferencia que permita ese trabajo terapéutico creando un clima que invite a hablar, que invite al uso de la palabra por parte del adolescente para dar cuenta de sus vivencias y "*desvivencias*".

Y por último, y quizás como característica principal, el hecho de que estos adolescentes sitúan el consumo

de drogas como recurso, solución o intento fallido del tratamiento de los malestares y conflictos asociados a este momento vital bien con la función de un refuerzo de las identificaciones aún en proceso, de un facilitador en las relaciones con los otros al disminuir los efectos de autocensura, de un ritual de paso al mundo de los adultos, y en el peor de los casos de la cancelación de un dolor psíquico producido por los diversos duelos y padeceres adolescentes (o por otras causas) en donde al decir de Freud, (1929) la droga se conforma en un “*qui-tapenas*” que permite construir un mundo distinto en el cual refugiarse evitando el dolor de existir y en donde se corre el riesgo de que el “ser drogadicto” (ser un porrero en el caso de X) pueda convertirse en el sostén de la identidad del sujeto y en su carta de presentación ante los otros que serán quienes le otorguen los atributos de su persona bajo ese significante devastador, eludiendo así la elaboración de una identidad y respuestas propias ante los enigmas de la vida y de esta etapa en donde todo (el ser y el futuro) está en construcción, y a riesgo de quedarse fijados identitaria e imaginariamente a los rasgos de ese significante y sus consecuencias. Se puede decir así, que este sería el mayor riesgo, la interrupción del trabajo psíquico del adolescente en su travesía al mundo de los adultos y la fijación o asimilación de una identidad alienada a significantes tan devastadores como drogadicto o toxicómano.

Un tratamiento posible de la adicción y los sujetos adictos

Es importante aclarar desde el principio, que a pesar de su denominación, en los dispositivos como el CAID de Getafe no solo se atienden a drogodependientes, toxicómanos o adictos. En este CAID y en la mayoría de las unidades de atención específicas para esta problemática, se atiende a cualquier sujeto que plantee una problemática derivada del uso de cualquier droga, aunque no haya criterios diagnósticos, ni de gravedad, cantidad o frecuencia, para definir dicho consumo como un trastorno ni de abuso ni de dependencia. Es una aclaración importante porque suele confundirse a menudo en el decir cotidiano (o en los discursos mediáticos) el consumo o uso de una droga con la adicción, equiparando ambos conceptos o bien definiendo a uno como el precursor del otro (“*se empieza con cuatro porros y acabas siendo un drogadicto*”). Es bien sabido que no todos los que toman de vez en cuando unas cañas devienen alcohólicos. Aunque parezca obvia la diferencia, no siempre se realiza ni se tiene en cuenta, y suele recurrirse a cuestiones de medida, cantidades y frecuencia para resolverla. La diferencia desde una escucha psicoanalítica, no es del mero orden de cantidades o frecuencias, sino que depende de la posición del sujeto en su lazo o relación con la sustancia elegida, en para que la elige y la función psíquica que realiza (Barrionuevo, Vega y Vega, 2009). Y es este el factor principal que habrá de tenerse en cuenta para valorar en su justa medida el problema: el lazo con la sustancia y su función psíquica.

Se señalarán a continuación algunas diferencias en la demanda y atención de los pacientes que llegan al CAID establecidos ya en una adicción y los que aún no han llegado a establecer una dependencia en el consumo de drogas que realizan. Diferencias entre la toxicomanía y la atención a los adictos y el consumo y uso de drogas en aquellos jóvenes que aún no han fijado un lazo de dependencia con la droga que consumen. Por tanto diferencias entre un encuadre de tratamiento y otro que vamos a llamar preventivo ya que en el CAID queda enmarcada dentro de este epígrafe la atención que ofrecemos a estos jóvenes adolescentes en sus primeros encuentros con las drogas.

Durante estos años de trabajo y atención psicológica desde el CAID de Getafe, han sido muchas las personas que han pasado por este dispositivo con una demanda (no consciente) de perpetuarse en su condición de toxicómano, aunque su decir explícito insistiera en lo contrario. Portando además (en su discurso y en su cuerpo) grandes dosis de malestar y quejas asociadas al hábito de consumir y con un entorno (y en muchos casos también un estado de salud) muy deteriorados por el uso reiterativo de las drogas. Sujetos fijados al significante toxicómano con unas expectativas de cambio significativamente mermadas.

El objetivo en estos casos, ha sido el de procurar no responder a esta demanda, ni para aceptarla ni para rechazarla, sino para cuestionarla, intentando interpelar al sujeto sobre la naturaleza de su elección aunque él no la reconociera como tal en su decir explícito. Discurso en el que suelen presentarse como objetos “atrapados” por la droga. El objetivo por tanto, ha sido abrir posibilidades a otras formas y condiciones de ser y estar en el mundo y con los otros, abrir posibilidades a otras formas de elección diferentes.

La respuesta más habitual que se encuentra en estos casos es que no hay posibilidad ni lugar a tal elección. Que la sustancia con su "poder de enganche" no les permite hacer ni ser otra cosa. Colocando así su responsabilidad subjetiva en el objeto externo de la droga (que sin embargo describían como objeto interno instalado en ellos casi desde el primer encuentro, dueño desde entonces de su voluntad y origen de sus actos).

De esta forma la demanda de tratamiento se presentaba muchas veces como una suerte de "exigencia" o "plegaria" de ayuda, delegando así su capacidad para elegir otros modos de hacer y ser, en manos de la pericia que los profesionales pudieran tener para "extirpar" de sus vidas tal objeto. Todo ello inmerso en un discurso plagado de quejas y con poco lugar a preguntas sobre las causas de dicha elección, sobre el enigma que les supone la reiterada elección de una conducta que eligen más allá de los efectos propios de evitación del síndrome de abstinencia y por razones más profundas que en muchos casos no son conscientes para el sujeto, y cuyo primer atisbo es esa pregunta, ese enigma en el seno de la contradicción de la elección repetida de aquello de lo cual se quejan.

Así pues, el trabajo principal realizado durante estos años con personas adictas, ha sido el de intentar "sintomatizar" el acto de consumo y sus consecuencias, en el sentido de abrir la posibilidad a ese enigma y a un deseo de enfrentarse a este.

Cuando esto ha ocurrido, dicho enigma ha aparecido en la forma del reconocimiento de una contradicción, de un conflicto entre esa intención y voluntad explícitas de no seguir consumiendo (la mayoría de las veces acompañadas de gran malestar, enormes esfuerzos, terribles renunciaciones y altas dosis de culpa) y la repetición del acto de consumo en una multiplicidad de episodios de recaída.

En el seno de esa contradicción o conflicto (cuando suscita no tanto el autorreproche como la sorpresa), aparece para el adicto su dimensión de sujeto y se abre la posibilidad de preguntarse sobre la naturaleza, responsabilidad y causas del ejercicio de su libertad en los actos que como tal realiza, incluido el del consumo.

A partir de este momento (pueden pasar meses y años antes de que acontezca, si es que lo hace) se podría empezar a pensar en trabajar desde un encuadre psicoanalítico, dando para ello un lugar prioritario al trabajo sobre la elaboración de una demanda de saber, sobre una cierta rectificación subjetiva respecto de su problemática con las drogas, donde se cuestione su responsabilidad en el mantenimiento de la misma.

En todos estos años han sido varias las ocasiones en que se han podido producir estas condiciones y el acompañamiento de las experiencias de varias personas que emprendieron la tarea de enfrentarse a su adicción, desde la interpelación a su deseo y su goce, recuperando su decir y su historia, posibilitándose así un tratamiento psicoterapéutico (de orientación psicoanalítica) a partir del trabajo con la palabra y el decir del sujeto.

Dichas experiencias de trabajo se han dado dentro del marco de una institución pública, cuyo protocolo de tratamiento psicoterapéutico centrará sus intervenciones en el objeto droga y en el contexto social del toxicómano. Intervenciones paralelas y no solo necesarias, sino muchas veces prioritarias cuando el consumo de drogas y su uso continuado, ha establecido condiciones de dependencia a la sustancia con las consiguientes consecuencias negativas (en muchos casos devastadoras) en el propio sujeto y su entorno. Estas intervenciones sobre el acto y conducta de consumo y sobre sus consecuencias, se realizarán paralelamente a la clínica del sujeto descrita anteriormente, en muchas ocasiones con intervenciones grupales para la prevención de recaídas, el mantenimiento de la abstinencia o intervenciones de mediación sociofamiliar.

Este ha sido (muy resumidamente) la descripción del trabajo psicoterapéutico en relación a los toxicómanos, cuando la relación con el objeto droga venía establecida en términos de dependencia o adicción.

Tratamiento preventivo con los adolescentes consumidores de drogas

Como se señalaba ya en el apartado anterior por un dispositivo como el CAID pasan también gran cantidad de personas sin una toxicomanía, sin una adicción. Individuos que haciendo uso de las drogas, o manteniendo una relación de abuso que les ha acarreado algún tipo de problema en sus vidas, aparecen por el CAID bajo distintas modalidades y tipos de demanda. Estos serán los jóvenes y adolescentes que en sus primeros encuentros con las drogas serán atendidos dentro de un encuadre y marcos preventivos. Jóvenes cuyo consumo de las drogas aún no ha supuesto un sufrimiento ni un malestar en sus vidas derivados de su uso, casi la percepción

de lo contrario. Como decía una paciente de 17 años atendida recientemente por petición de sus padres: “A mí los porros no me han traído nada malo, solo me han traído cosas buenas ¿Por qué tengo que dejarlos?”.

¿De que sufren entonces estos adolescentes que aparecen por el CAID? Algunos de nada, pero consumen drogas. Consumen como rito de iniciación a la vida adulta, como experiencia puntual, como modo de relacionarse o de pertenencia a un grupo, como satisfacción de una curiosidad. A estos adolescentes se les atiende poco tiempo y se basa su atención en ese principio de intervención mínima o “*arte de no intervenir*” (Colina, 2014) que apelaría a la ética de los profesionales de la salud y a la responsabilidad para no patologizar respuestas a veces en forma de síntoma a los problemas cotidianos de la vida o a los aconteceres propiamente evolutivos.

En estos casos la intervención realizada desde el equipo que trabaja con menores y adolescentes en el CAID, es más de corte psicoeducativo, en el terreno de una prevención que proporcione al adolescente del máximo posible de información y les provea de elementos de juicio y reflexión para potenciar la elaboración de un posicionamiento y decisión propias en relación al consumo de drogas. Para favorecer la elaboración de unas razones y límites propios para rechazar determinados modos de consumo y uso de drogas y desarrollar una elección particular y genuina de otros modos alternativos al consumo de drogas (Baldiz y Rosales, 2005). Para divertirse o entender los momentos de ocio y relación con sus iguales sin colocar a las sustancias (normalmente porros o alcohol) en el centro o foco principal de los mismos. También se realizarán intervenciones sobre el contexto y entorno del adolescente (fundamentales ya que de ellos parte inicialmente la demanda de tratamiento o ayuda) en el ámbito de la mediación con los agentes en conflicto (familia o instituciones), para favorecer o potenciar los llamados factores de protección sobre los factores de riesgo, en el encuadre de una intervención psicoeducativa con un enfoque comunitario. No es este un trabajo menor y a veces es el único al que se puede acceder, cuando el adolescente no trae o no llega a elaborar una demanda propia a partir de su experiencia o malestares, y por tanto no hay lugar para un trabajo desde la clínica del sujeto.

Pero también aparecen otros jóvenes que además del consumo de drogas llegan portando altas dosis de malestar o circunstancias dolorosas en su vida, asociadas al consumo de drogas.

Estos jóvenes se presentan de una forma distinta a los toxicómanos. En principio la petición de tratamiento o ayuda no parte de ellos, hay que construirla con ellos partiendo de su oposición y resistencia a un tratamiento que otros les imponen. Este es su malestar y no el generado por el consumo de drogas (que en quienes se produce es en las personas que los rodean: padres, educadores, otros profesionales, etc.). La gran mayoría de las veces es alguien del entorno del adolescente quien realiza la primera demanda, quien padece un malestar.

Así pues se impone una tarea previa o paralela a la del tratamiento con estos jóvenes que es el análisis y decisión sobre qué, cómo, y quién responderá a estas demandas externas al sujeto que realiza el acto del consumo. Dicha decisión dependerá de muchos factores a analizar dependiendo de cada caso particular pero sin obviar en ningún caso su abordaje, ya que de este dependerá la posibilidad y el futuro de la posibilidad de intervención con el adolescente y la problemática que le rodea.

Por otro lado la presentación de los sujetos que consumen, no suele tomar casi nunca la forma de queja sobre el consumo de drogas y sus consecuencias (como si ocurre en el sujeto adicto) sino la de un discurso reivindicativo de su libertad tanto para consumir drogas como para otros actos de su vida, alegando que saben lo que hacen, y que no van a engancharse, precisamente por ese saber del que se hacen eco.

Partiendo de antemano del respeto a la libertad de cada uno para decidir cómo hacer con su cuerpo, su vida, sus deseos, sus elecciones y entre ellas la de las sustancias que consumen, se ha intentado cuestionar a estos sujetos sobre la naturaleza de esa libertad supuesta, y si esa aparente elección no era en muchos casos más que una respuesta determinada y forzada por los avatares de su propia historia y del contexto que le rodeaban (y no tanto un acto de libertad de elección que es como intentan presentarla).

Este grupo de personas es el que se incluye dentro del programa preventivo que se propone desde el CAID de Getafe. Y la tarea preventiva según se ha entendido desde el equipo de trabajo con jóvenes y adolescentes, se ha centrado en cifrar el mensaje y la función psíquica que el acto de consumir drogas tienen para estos sujetos. El objetivo en última instancia ha sido que el acto de consumo no obture el trabajo psíquico y vincular, que la etapa adolescente plantea a cada sujeto y que suele conllevar duelos y malestares proclives a ser anestesiados con el uso de las drogas (como se veía al inicio en el caso de X y posteriormente en otros recortes clínicos con los que se finaliza el presente trabajo).

Prevenir ha sido así, para este equipo de trabajo, dar lugar a la palabra del sujeto en su tránsito adolescente con todo lo que esto conlleva, para permitir construirse un lugar, una identidad en la sociedad y cultura actuales, sin que esa relación que deciden tener con las drogas no se convierta en una relación de dependencia, en una necesidad, o en el *quitapenas*, que pudiera cortocircuitar dicho transitar desde su condición de niño a la de adulto.

Esto se ha podido observar en numerosas ocasiones en el decir de muchos sujetos toxicómanos, cuando como respuesta a su falta de una respuesta alternativa al consumo de drogas para afrontar determinados problemas o circunstancias de la vida, acuden a un argumento que expresan por ejemplo así: "*yo es que me quede en los 15 o en los 18*" (edad coincidente siempre con el inicio de una relación de dependencia con la sustancia problema, sea cual sea esta).

Otro ejemplo podría ser también el de una mujer adulta de 36 años (atendida desde hace años en distintos dispositivos de atención a drogodependientes) que no paraba de repetir en distintas sesiones una misma queja sobre su comportamiento y su repetición en mantener relaciones con hombres que no la tratan bien, aludía a una misma frase "*y yo en mis trece, y yo en mis trece*". Al preguntarla atendiendo al significante, que fue lo que la ocurrió a los trece años, la paciente detuvo la retahíla de quejas sobre sí misma y respondiendo no sin mucho dolor que todo empezó ahí, comenzó a historizar y dar cuenta del sufrimiento que la produjo a esa edad el abandono de su padre (alcohólico y que maltrataba a la madre) y los episodios de depresión y locura según su decir, que a partir de entonces protagonizó la madre y que les sumió a ella y a su hermano en una situación de profundo desamparo que ella intento mitigar con el uso de drogas y con las relaciones que se fueron conformando alrededor de dicho consumo y que estaban marcadas casi siempre por la droga como principal nexo y objeto de vínculo con los otros, y en donde sin embargo, ella buscaba un protagonismo que finalmente siempre le acababa siendo arrebatado por la droga y los avatares para conseguirla. Esta era su queja desde los trece años, primero focalizada en el comportamiento de los otros y posteriormente en el suyo propio y en la contradicción que le suponía su continua repetición. Contradicción a partir de la cual esta mujer, pudo comenzar a elaborar una respuesta distinta ante aquello que necesitaba, ante sus frustraciones y su historia.

Una clínica centrada en el sujeto

Flexibilidad e implicación en el abordaje de la problemática adolescente

Como pueden ilustrar estos ejemplos, y a partir de lo desarrollado hasta ahora, la intervención que se ha ido describiendo y que se realiza desde el equipo de prevención del CAID de Getafe, ha apuntado a crear las condiciones donde pueda desplegarse el decir del adolescente, donde este pueda ir construyendo su propio decir y lugar en la cultura actual, posibilitándose así y también en el ámbito de la prevención, un abordaje psicoterapéutico a partir del trabajo con la palabra, centrado en el sujeto y en la relación que este establece con el objeto droga, y con una intervención secundaria sobre la conducta de consumo y las consecuencias de esta en su entorno así como una intervención paralela (a veces la única posible y siempre imprescindible) de corte psicoeducativo con el objetivo de promover una decisión y límites propios en la relación que cada adolescente vaya a establecer con las drogas que usa o a las que tiene acceso y que aún no han provocado consecuencias tan devastadoras como las desarrolladas en sujetos toxicómanos. Nuestro objetivo, como ya he señalado será que esa relación de dependencia con las sustancias no se establezca. Que no advenga el "*sujeto preadicto*" (Korman, 1995).

Según apunta Korman, (1995), y retomando la intervención sobre sujetos adictos, la relación de dependencia y los efectos destructivos innegables que acontecen con el consumo reiterativo producen un velamiento de los determinantes subjetivos que llevaron la adicción.

No es improbable en dichos tratamientos de los sujetos adictos, que se acaben encubriendo las causas más profundas por medio de las consecuencias tan aparatosas y graves que el consumo genera, y sin cuyo abordaje sin embargo los episodios de recaída en el proceso de deshabituación serán recurrentes.

Este enfoque centra así la intervención en el sujeto, en el problema y en la relación que dicho sujeto fue estableciendo a partir de su historia y condicionantes psíquicos con la droga. La intervención no centra así su foco principal en la sustancia ni en sus consecuencias, sino en el sujeto, en su historia, en los determinantes

psíquicos que le condujeron a investir a la sustancia en sus primeros encuentros con la misma, de una solución a sus conflictos, de un “*quitapenas*”, de una solución mágica cuasidivina con la que una vez establecida dicha relación se irá conformando una dependencia que la compulsión repetitiva y los efectos propios de la droga se encargarán de fijar en el establecimiento de una toxicomanía o adicción que ocupará el lugar de causante de todos los malestares velando la responsabilidad del propio sujeto en los mismos.

Existen referencias literarias que reflejan de forma muy clara ese investimento con el cual un sujeto puede dotar a un objeto como la droga elevándolo a categorías cuasi míticas. Una especialmente lucida sería la siguiente:

Carecemos de un dios. Este vacío que se descubre un día en la adolescencia nada puede hacer que jamás haya tenido lugar. El alcohol ha sido hecho para soportar ese vacío, el vacío del universo, el mecimiento de los planetas, su rotación imperturbable. El alcohol nos consuela, no amuebla los espacios psicológicos del individuo, solo sustituye la carencia de Dios. (Duras, 1988).

En este caso el recurso a la literatura aclara bastante y de una forma muy hermosa lo dicho hasta ahora.

Y volviendo nuevamente a Korman, (1995) para ahondar en la definición del “sujeto preadicto” (término acuñado por el autor para referirse al sujeto y los avatares de su existencia, en las épocas anteriores al establecimiento de la drogodependencia aclarando que nunca se puede decir a priori si un sujeto en sus primeros contactos con las drogas devendrá o no adicto) sería aquel que eleva la sustancia con la que se ha encontrado a un lugar o categoría de droga divina o solución al dolor de vivir, calmante de algias y parche a las carencias con las cuales cualquier sujeto se encuentra en su devenir histórico.

Es este “sujeto preadicto” (en el intento de que no advenga) el objeto principal de intervención preventiva en el CAID en esos primeros encuentros del adolescente con las drogas, para detectar si dicha relación mítica con las sustancias que consume se está estableciendo e intervenir en la dirección de promover un trabajo psíquico que permita la elaboración de respuestas alternativas al consumo de drogas para los malestares, carencias y sufrimientos que el sujeto intentara eludir con el uso de la sustancia.

Y es este tipo de abordaje centrado en el sujeto (y no tanto en la sustancia y sus efectos) el que obliga como terapeutas a tomar unos posicionamientos diferentes a los que el entorno del paciente y el propio dispositivo en el que trabajamos nos demandan, a plantear encuadres flexibles de trabajo y una disposición a poder sostener distintos tipos de transferencia que suelen ser muy cambiantes y que en cualquier caso debe eludir posiciones morales o puntos de partida que caigan en alguno de estos extremos que suelen ser frecuentes entre los profesionales y el entorno del adolescente: o una permisividad absoluta e irresponsable muchas veces desde una postura de apariencia abierta y desmitificadora con el objetivo erróneo de creer que así se está favoreciendo una vinculación positiva y confianza del adolescente, o bien una actitud opuesta de total censura y dramatización que desde posiciones cerradas y alarmistas con el objetivo de proteger de riesgos al adolescente tampoco facilitan la posibilidad de una vinculación adecuada para el tratamiento y clínica del sujeto adolescente. Además corremos el riesgo de trasladar mensajes minimizadores de los riesgos reales que conlleva el uso y consumo de drogas o por el contrario de favorecer la curiosidad y la atracción por lo prohibido y las experiencias extremas favoreciendo las actuaciones de separación de los modelos adultos de los cuales intentan separarse o actuar por fuera de su mirada y sus ideales (Baldiz y Rosales, 2005).

Por tanto el trabajo y clínica con adolescentes convoca a lugares, encuadres y posicionamientos distintos a los que habitualmente se mantienen con otro tipo de sujetos atendidos en nuestros dispositivos. Al igual que no son los mismos los lugares desde los cuales se opera con los sujetos susceptibles de devenir en “sujetos preadictos” que con aquellos otros que ya han establecido una toxicomanía, con los sujetos adictos. Aunque finalmente haya un objetivo común para ambos, que será el de trabajar como objetivo y focos principales (que no únicos) las funciones psíquicas que el consumo de drogas adquiere para cada sujeto en su historia y su devenir.

Distintas funciones del consumo de drogas en la adolescencia

Algunos recortes clínicos y reflexiones a partir de la práctica clínica

Una vez esbozado lo que ha supuesto parte de esta labor profesional en el CAID durante estos años, se expondrán ahora algunas de las cuestiones, fenómenos, dudas, dificultades y preguntas que (en el ámbito de un

programa de prevención de drogas en una institución pública como el CAID), han ido surgiendo en el seno del equipo, a partir del trato cotidiano con los adolescentes que acuden a dicha institución, empujados o "de la mano" de alguna persona de su entorno más próximo, y los diferentes abordajes clínicos posibles y más eficaces para su tratamiento en esos primeros encuentros con las drogas.

Encuentros como ya se ha reiterado, que acontecen en una etapa vital donde la insatisfacción o el dolor de vivir que marca la existencia de cualquier ser humano por su sensación de incompletud y de malestar y complejidad frente al mundo, y en la relación con los otros, se ve exacerbada por los avatares propios de esa travesía al mundo de los adultos que implica una serie de virajes, decisiones y duelos a los que el adolescente tendrá que ir dando respuesta y ante los cuales las drogas se presentan como falsa solución y también con diversos efectos o funciones.

Si se centrara la atención en los distintos tipos de sustancia y sus efectos, las principales funciones que podrían definirse serían muy resumidamente las siguientes: las de pacificación, las de estimulación y la de exploración de nuevos territorios perceptivos. Dichas funciones y efectos unidos a la curiosidad por experimentar, la necesidad de identificación con grupos de iguales o modos adultos (en donde no faltan ejemplos de apología al consumo como fuente de éxito o placer), la atracción por lo prohibido (o al menos lo que queda por fuera de la aprobación paterna y sus derivados) y una época de crisis de los valores y límites tradicionales, que además potencia el consumo como fuente principal de satisfacción, conforman unas condiciones especialmente favorecedoras para el establecimiento de los usos de las drogas en la etapa adolescente (Baldiz y Rosales, 2005).

Pero como ya se han señalado, serán los condicionantes subjetivos propios de cada adolescente en su devenir al mundo de los adultos, los que dotarán de una función específica y particular cada consumo en cada uno de los sujetos.

Podría afirmarse entonces, que el consumo de drogas cobrará el valor de tantas funciones distintas como sujetos distintos hagan uso de ellas.

Se exponen ahora algunos ejemplos extraídos de la atención durante estos años de trabajo y algunas preguntas que se suscitaron en el equipo a partir de los mismos.

Como primer ejemplo el caso de Antonio (así lo llamaré) del cual se han modificado sus datos para preservar su confidencialidad. Ejemplo de cómo el consumo de drogas cumple para muchos adolescentes una función de vinculación y pertenencia a un grupo de iguales y a unos ideales diferenciados a los de los padres. Es el caso de un adolescente con una estética y una filosofía de vida que bebía de la influencia del movimiento "rastafari" con Bob Marley como ídolo. Es derivado por servicios sociales por alto grado de conflicto familiar. Al inicio de su tratamiento en una sesión de mediación con la familia se compromete con sus padres a asistir a un evento muy importante para ellos al que parece obligado asistir vestido con traje. Este chico negociando con sus padres aceptó modificar su imagen en muchos aspectos para tal evento, pero como condición puso no llevar corbata y elegir él los gemelos de la camisa. Los gemelos que eligió fueron dos pequeñas hojas verdes de marihuana. Parece que algo del ser de este chico se veía preocupado en la portación de este símbolo, que probablemente le diferenciaba o le ayudaba a separarse de algo del ideal paterno, de los ideales y valores de sus padres, pero sobre todo a sostener algo de una imagen propia apuntalada probablemente en un sentimiento de pertenencia a un grupo de iguales con los cuales compartía gustos musicales, formas de entender la vida, etc. El trabajo con este chico fue el de establecer los límites de un uso controlado del cannabis, que no impidiera el desarrollo de su actividad como estudiante, y que el consumo de esta droga no se estableciera como signo principal de su identidad y pertenencia al grupo con el que había empezado a compartir filosofías, grupo musical y una forma de vida alternativa a la establecida según el mismo refería. Por otro lado se acompañó a los padres a combinar unos límites claros y bien definidos respecto al consumo de drogas de su hijo, y ciertas condiciones de convivencia en el domicilio, y la tolerancia a los ideales y otros aspectos identitarios de los que su hijo hacía exhibición (marcadamente opuestos a la tradición y valores familiares). El paciente dejó de acudir y fue dado de alta una vez cedió en conflicto familiar y se hubo reducido el consumo de cannabis de un uso diario a un uso puntual y limitado a situaciones de ocio en fin de semana. No se trabajó la abstinencia en el consumo, pero si se modificó su relación con la sustancia, lo cual condujo a una reducción en su frecuencia y cantidades de consumo y a un afrontamiento por vía de la palabra y dialogado, de las diferencias y el conflicto con los padres en vez de su explicitación y al mismo tiempo evitación en el acto del consumo reiterado de cannabis que traía establecido al inicio.

Otro ejemplo sería el siguiente, retomando brevemente el caso de X. Este adolescente lleva muy pocos meses de tratamiento y bastante interrumpido en la regularidad a sus citas. En las sesiones mantenidas va desplegando sus “desvivencias”, las dificultades de relación con iguales, con las chicas, y el alto nivel de autoexigencia que a veces se convierte en un obstáculo para su rendimiento musical y en sus estudios. No se presenta a pruebas o exámenes si no está seguro de que va obtener una puntuación máxima o si considera que su preparación es mediocre. Y en el centro de su discurso la queja sobre un ideal paterno y materno que dice que le ha aplastado desde niño, exigiéndole ser el mejor en todo, ser perfecto, sin dejarle ser feliz y que coloca como principal causa de su alto grado de exigencia. Este nivel de exigencia lo proyecta también en su relación con los otros, lo cual es fuente de muchos de sus conflictos relacionales. Ante esta delegación masiva de la responsabilidad de su infelicidad (como el mismo dice) sobre sus padres, le pregunto por su respuesta desde niño ante las demandas de sus padres. No hay respuesta. Dirá que respondía al ideal de buen estudiante y buen chico, aunque recordará bloqueos en algunos exámenes que el mismo dice eran inconscientes y no voluntarios. Insisto en su falta de respuesta y recordará que cuando pasó a secundaria durante el primer trimestre (y cito literalmente sus palabras y mis preguntas en dicha sesión): “*Me puse a suspender como un cabrón. Era un cabrón con mis padres*”.- *¿Por suspender?-. Por suspender y ahora por consumir. Por consumir como un cabrón*”. A partir de esta sesión X está historiando la relación mantenida con sus padres desde la infancia y su sometimiento al ideal paterno y materno. Queda pendiente así a partir de ahora, el abordaje del conflicto inaugurado hace un año con las figuras parentales, y otras figuras de autoridad, y que aparece asociado al consumo de porros, por una vía distinta a esas actuaciones, que primero tomaron la forma de un fracaso escolar, y actualmente la de un consumo desmedido y preocupante de cannabis y alcohol. Un trabajo en donde pueda desplazarse ese intento de separación de los ideales familiares y las identificaciones al mismo de X por vía del consumo de drogas (que adopta esta función en el psiquismo de X), a un trabajo de reconocimiento de la alienación que mantiene a los mismos y la elaboración de una separación, ideales e identidad propios.

Por último el caso de Elvira y Jhenny que acudieron al CAID con 15 años. Consumían porros diariamente junto a sus parejas, hacían “pellas” con sus parejas, delinquían con sus parejas. No se preguntaban por lo que ellas querían de esas relaciones, se dejaban llevar por el deseo de sus parejas, tanto en el aspecto del consumo, como en el sexo, como en otras cuestiones, aceptando en ocasiones tratos vejatorios y altos grados de violencia a los que respondían también violentamente o en un extremo de sometimiento absoluto sin palabra ni deseos propios. Durante un año empezaron a preguntarse sobre sus límites en estas relaciones y también sobre su deseo. Una de ellas dejó de consumir porros totalmente y la otra redujo en mucho su consumo de forma que dejó de ser un problema para ella y para sus padres (consumía alguna vez puntualmente con algunas amigas, de forma muy circunstancial). Ambas acabaron abandonado las relaciones de pareja que mantenían y dejaron de acudir al CAID, aunque siempre les dejé abierta la posibilidad de consultarme aunque no fuera por motivo de drogas. Volvieron a verme apenas cumplen los dieciocho años para saludarme y hacerme participe de su decisión de ser madres. Anteriormente ya habían practicado ambas un aborto, impulsadas a ello por sus padres, que no querían ver a sus hijas en una maternidad tan precoz. Ambas están contentas y vienen a presentarme a sus hijos, orgullosas como madres, “no como esas que tienen los hijos con treinta años y son unas viejas”. Elvira dice que ha cambiado mucho, que ya no es una niña porque no puede permitírselo, que gracias a su hijo ya no consume drogas nunca, y que por su hijo se ha dado cuenta de que no puede estar con los tíos que no la tratan bien o que consumen drogas o que son unos niños como era ella antes. Que ahora ha decidido que se va a centrar en ella y en su hijo, que no va a estar con nadie y no necesita ninguna relación de pareja, que a ella ya le basta con ser una buena madre. ¿Eludiendo así y aplazando una definición respecto de una elección de objeto que se les torno prematura en su momento? ¿Cómo actuar ante la erotización precoz que ha hecho que prácticamente la fase de latencia desaparezca y que acelera el ingreso de los jóvenes en una dinámica sexual que les fuerza a una definición para la que muchas veces aun no cuentan con recursos? ¿Qué intervención posible cuando nos encontramos ante estas maniobras evitativas, que van desplazándose de una vía sintomática a otra, desde la actuación como es ejemplo el consumo de drogas a empujes a forjar una pseudoidentidad que esconde un andamiaje infantil y aun no maduro como en el caso de estas madres tan jóvenes?

Según Cao (2009) el mercado estimula el consumo de ilusiones a la hora de obtener identidades casi de forma inmediata sin el pasaje por la pregunta y la angustia y los temores. Una vez adquiridos ciertos montajes

ya se puede entrar a ser parte del ensamblaje cultural y el estatus poscapitalista "tengo luego existo". Quiero una operación de nariz cuando apruebe la selectividad, quiero ir al gimnasio para tener musculatura...y así ingresamos en el mundo globalizado que es gobernado por la imagen...desde los cánones al uso de lo que está definido como belleza tanto en el cuerpo del hombre como de la mujer. ¿Qué hacer frente a estos intentos de aplazamiento de la pregunta por su identidad? ¿Si se deja sepultar por estas seudosoluciones...cuando retornará la pregunta sobre su identidad?. Estos aplazamientos de la tarea de la condición adolescente, la evitación del trabajo psíquico y vincular que supone la adolescencia, viene precedida de una etiología sociopolítica y económica resumida en los presupuestos del neoliberalismo y la vuelta a un capitalismo voraz enmarcada en una revolución neoconservadora que atraviesa tanto a adultos como a jóvenes dejando a estos últimos sin referentes en que poder apoyarse para realizar su tarea de transito al mundo de los adultos (Cao, 2009). La manera de cortocircuitar dicho proceso va a depender de varios factores, la dilatación anclándose en una suerte de hospedaje gratis y sin contraprestación en la casa de los padres, el fracaso escolar formativo, la infantilización, los embarazos prematuros, las drogas u otras formas de consumo, la huida a otros países...etc. ¿Cuál será el recurso posible, la alternativa a ir conformando, y que quizás como profesionales debemos hacer lugar y albergar en nuestras consultas? ¿Qué papel tenemos entonces como profesionales y desde la clínica, ante la vivencia de un horizonte clausurado, las altas dosis de incertidumbre, sin un futuro aprehensible, con unas raíces tambaleantes y una brújula social que ni para los adultos funciona, un mercado feroz, un estado debilitado, sin referentes políticos y la amenaza de exclusión nublando las expectativas e ilusiones de unos adolescentes convocados a una condición adolescente in eternum?

Como clínicos queda por delante la elaboración de respuestas a estas cuestiones y a las que la época actual nos siga confrontando.

Referencias

- Baldiz, M. y Rosales, M. I. (2005). *Hablando con adolescentes*. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.
- Barrionuevo, J. Vega, M. y Vega, V. (2009). *Escritos psicoanalíticos sobre adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Cao, M. L. (2009). *La condición adolescente: replanteo intersubjetivo para una psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Grafica LAF.
- Colina, F. (2014). *Sobre la locura*. Madrid, España: Editorial Cuatro. Latorre Literaria.
- Duras, M. (1998). *La vida material*. Barcelona, España: Plaza & Janes Editores.
- Freud, S. (1979). El malestar en la cultura. En Autor *Obras Completas* (Tomo XXI, cap. II). Buenos Aires, Amorrortu Editores. Trabajo original publicado en 1929.
- Korman, V. (1995). *Y antes de la droga, ¿Qué? Una introducción a la teoría psicoanalítica de la estructuración del sujeto*. Barcelona, España: GrupÍgia.

Manuscrito recibido: 17/04/2015

Revisión recibida: 20/05/2015

Manuscrito aceptado: 25/05/2015