

“Pasar el mal trago”: un estudio etnográfico de jóvenes que experimentan una intoxicación etílica aguda en un servicio de urgencias

“Overcome a bad shot”: an ethnographic study of young people experiencing acute alcohol intoxication in an emergency department

Alicia Tarragona-Camacho*, Nuria Romo-Avilés*, Alfonso Marquina-Márquez*,
Eugenia Gil-García**, Jorge Marcos-Marcos*

* Universidad de Granada

**Universidad de Sevilla

Recibido: 04/10/2016 · Aceptado: 10/05/2017

Resumen

En la actualidad, el patrón recreativo de consumo intensivo de alcohol conlleva, en ocasiones, que los jóvenes terminen en los servicios de urgencias. El objetivo de esta investigación ha sido estudiar la experiencia y perspectiva de jóvenes tras una intoxicación etílica aguda. Se trata de un estudio etnográfico llevado a cabo en el servicio de urgencias de un hospital de la ciudad de Granada (España) mediante un muestreo intencional con 95 jóvenes. Se realizó un análisis de contenido cualitativo. Nuestros resultados muestran que los jóvenes atendidos suelen considerar su experiencia con una intoxicación etílica como un «mal trago» que hay que pasar y olvidar. Justifican dicha intoxicación con razones no relacionadas con el consumo abusivo de alcohol (no habían comido, mala suerte, padecer diabetes, etc.). El servicio de urgencias es la última medida terapéutica para revertir los efectos adversos de una intoxicación etílica aguda y no consideran, tras su experiencia, dejar de beber, aunque la mayoría de la muestra consultada puso de manifiesto la necesidad de moderar el consumo de alcohol. Los resultados se discuten proporcionando ideas para poder realizar intervenciones en los servicios de urgencias que sean adecuadas a las necesidades de las personas jóvenes y la organización de los servicios sanitarios.

Palabras Clave

Alcohol, jóvenes, servicios de urgencias, intoxicaciones etílicas agudas, investigación cualitativa.

— Correspondencia a: _____
Alicia Tarragona Camacho
e-mail: alytaca@hotmail.com



Abstract

The current pattern of intensive recreational use of alcohol leads sometimes excesses favoring the support of young people in the emergency department. The objective of this research was to study the experience and perspective of young people after an acute alcohol intoxication. This is an ethnographic study carried out in an emergency department of a hospital in the city of Granada (Spain) by purposive sampling with 95 young people. We develop a qualitative content analysis. Our results show that youth served often consider their experience with AAI as a “bad shot” that is necessary to go and forget. They justified this AAI with causes unrelated to alcohol abuse (have not eaten, bad luck, diabetes, etc.). The urgency department is the last therapeutic measure to reverse the adverse effects of AAI and do not consider stop drinking, although most of the consulted youth recognized that they need to moderate the alcohol consumption. We discuss the findings providing ideas to make interventions in the emergency departments more sensitive to the needs of young people and the organization of health services.

Key Words

Alcohol consumption, emergency department, acute alcohol intoxication, qualitative research.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol y otras drogas es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias (Costa et al., 2012). De todas las sustancias que pueden provocar intoxicaciones en las personas y que requieren de atención en los servicios de urgencias, el principal tóxico identificado es el alcohol (Sanjuán et al., 2014). Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y extrahospitalarios son demandados, diariamente, para la asistencia de pacientes con sobredosis de alcohol (Nogué et al., 2007).

El consumo por atracón o *binge drinking* ha llegado a ser el patrón recreativo de consumo intensivo de alcohol más popular entre la mayoría de las personas jóvenes en España, tanto en chicos como en chicas (Llorens et al., 2011; Arias Constantí et al., 2010). Los consumos de alcohol más intensivos acaban en muchas ocasiones en los servicios de urgencias hospitalaria, opción asistencial ampliamente aceptada en la actualidad para

tratar las intoxicaciones etílicas agudas (IEA) (Sánchez et al., 2012).

Los jóvenes atendidos en los SUH, si bien no son alcohólicos, sí que presentan a menudo intoxicaciones etílicas graves de repetición. El consumo abusivo de alcohol, aun sin ser necesariamente adictivo, representa una modalidad de riesgo para la salud, tanto por morbilidad asociada a la toxicidad de la sustancia, como por la interferencia que el efecto psicoactivo puede ejercer sobre determinados comportamientos (Pons, 2007). En el caso de las personas jóvenes, el hospital se convierte en un lugar de paso circunstancial al que no acceden voluntariamente, y del que no esperan un tratamiento posterior ni tampoco un diagnóstico. Su paso por el SUH suele ser una experiencia puntual que, posteriormente, compartirán con su círculo de amistades dentro de la narrativa de un “día de marcha”.

En cuanto a investigaciones realizadas en los propios SUH, son pocas las que se han centrado exclusivamente en el consumo abusivo de



alcohol. La mayoría de estudios incluyen todo tipo de intoxicaciones y, por tanto, los datos de los que se dispone no permiten hacer un mapa clarificador del impacto del alcohol en los SUH. En general, estos estudios realizados en servicios de urgencias son predominantemente de corte epidemiológico; los informes elaborados específicamente sobre IEA en los servicios de urgencias suelen estar centrados en aportar datos sobre prevalencias de consumo. Estudios cualitativos o fenomenológicos en un SUH sobre consumo excesivo de alcohol son escasos en nuestro contexto.

Algunos de los estudios cualitativos realizados en SUH han abordado temas como las situaciones complejas en población con riesgo de exclusión social, la influencia de la cultura en el proceso de enfermar, la gestión y calidad de los servicios, la valoración del paciente en triaje, los valores éticos de las personas profesionales o sus perspectivas en el abordaje de pacientes con enfermedades infecciosas (Palacios et al., 2012). También se han realizado estudios cualitativos a nivel hospitalario sobre temas relativos a innovaciones organizativas (Llano et al., 2002), itinerarios terapéuticos en urgencias (Lago et al., 2010), factores asociados al desgaste y valoración de las personas profesionales (Ballesteros, 2012; Garlet et al., 2009), las barreras de acceso a la atención en salud (Aduy et al., 2013), la frecuentación de los servicios de urgencias por parte de la ciudadanía (Carbonell, Girbés-Borrás y Calduduch, 2006; Aranaz et al., 2006; Pasarín, 2006) o la percepción de pacientes con patologías como la fibromialgia (Escudero-Carretero et al., 2010).

Por otro lado, la estructura jerárquica que suele caracterizar a las instituciones hospitalarias, produce unos valores en el sistema de atención que, cuando los usuarios y usuarias jóvenes no se ajustan a la forma de «estar» como enfermo, aceptando en todo momento las normas y procedimientos establecidos, da

como resultado la aparición de conflictos en el espacio clínico (Mattingly, 1998). Autores como Beltrán y colaboradores (2001), utilizando un enfoque fenomenológico, se mostraron interesados en investigar el choque cultural que se produce en urgencias entre los usuarios que acceden al servicio y los profesionales que los atienden. El Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA) realizó un estudio cualitativo sobre consumo de drogas en los SUH en cuatro Comunidades Autónomas. El equipo de informantes clave estuvo compuesto por profesionales médicos y de enfermería de urgencias, así como psiquiatras, generalistas del servicio de emergencias y del PAC. Por regla general, las personas profesionales estuvieron de acuerdo en que el consumo de alcohol y otras drogas recreativas tiene un gran impacto en los SUH, principalmente durante los fines de semana en horario nocturno. Lo identificaban como problema de salud concomitante con otros riesgos. Del mismo modo, manifestaron que las personas jóvenes asociaban el consumo de otro tipo de sustancias al alcohol, lo que conllevaba consecuencias negativas directamente relacionadas con la toxicidad de las sustancias, pero también de exposición a otras situaciones de riesgo, especialmente de violencia interpersonal y accidentes de tráfico (IREFREA, 2008).

En la literatura se ha señalado ampliamente que la baja percepción de riesgo hacia el alcohol se basa en que las personas jóvenes no la consideran una sustancia nociva (PNNSD, 2007; Almazan et al., 2007). De hecho, el alcohol es percibido por las personas adolescentes como la sustancia recreativa menos peligrosa (Ayers y Myers, 2012).

Las expectativas de los jóvenes hacia el consumo de alcohol, y otras drogas, queda inmersa en una dinámica compleja donde intervienen elementos como el ambiente o la necesidad de satisfacer los deseos (Gilbert



y Pearson, 2003). La literatura científica muestra de forma consistente que cuanto mayores son las expectativas positivas que tienen las personas jóvenes acerca de los efectos del alcohol, mayor es el consumo que llegan a realizar (Cranford et al., 2010). En este sentido, la baja percepción de riesgo se convierte en un elemento imbricado al hecho potencial de llegar a convertirse en una persona dependiente (Sánchez et al., 2008). Al respecto, algunos estudios cualitativos han puesto de manifiesto que nuestros jóvenes no tienen una noción clara de lo que implica realizar un consumo moderado, confundiendo el concepto de riesgo con las alteraciones del efecto buscado o asociando las situaciones de consumo dependiente al mundo adulto (Romo et al., 2015; Torrens, 2008).

Junto al fácil acceso al alcohol, la propia organización de los espacios y los tiempos de ocio está considerada como uno de los factores contextuales clave que facilitan el consumo (Danielsson, Romelsjö y Tengström, 2011); especialmente cuando dicho consumo se lleva a cabo en espacios públicos (Coleman y Cater, 2005; Demant y Landolt, 2014). Las consideraciones al consumo público a edades tempranas han dado pie a subrayar las limitaciones de las políticas de control y de restricción a la disponibilidad (Olcina y Llorens, 2013).

Las formas de uso extendidas entre las personas más jóvenes, como el consumo intensivo en contextos de botellón, están asociadas a nuevas situaciones de riesgo. Sabemos que los riesgos asociados al consumo son directamente proporcionales a la intensidad y frecuencia del mismo. Esto ha llevado, desde el punto de vista epidemiológico, a describir los datos como un problema de salud pública (Shield et al., 2012; Currie et al., 2012). Dicha consideración adquiere especial significado si se tiene en cuenta que los patrones de consumo intensivo durante

la juventud son considerados predictores de consumo excesivo en la adultez (Blomeyer et al., 2013).

Las investigaciones en contextos hospitalarios ponen de manifiesto la idoneidad de que, una vez identificados los y las pacientes con problemas de consumo de alcohol, se les realice alguna intervención de promoción de salud. En este sentido, destaca la utilización de técnicas cualitativas, como las entrevistas semiestructuradas, para analizar la posibilidad de que el personal de urgencias lleve a cabo intervenciones preventivas a pacientes atendidos por una IEA (Touquet y Brown, 2009). No hay duda de que la monitorización respecto al problema del consumo abusivo de alcohol en las personas jóvenes puede ser esencial para planificar intervenciones más efectivas, siendo los servicios de urgencias un espacio clave para poder llevarlas a cabo (Trenchs Sainz de La Maza et al., 2015). Esta investigación se inscribe en esta línea de trabajo. Concretamente, este artículo explora el paso por un servicio de urgencias hospitalario de personas jóvenes que han sufrido una intoxicación etílica aguda.

MATERIALES Y MÉTODO

El presente estudio tiene un diseño etnográfico realizado desde una perspectiva fenomenológica cuyo interés era captar el punto de vista de los actores sociales, teniendo especial interés en el interaccionismo simbólico que se produce entre usuarios y contexto clínico. Esta investigación es parte de un proyecto más amplio que ha tenido en cuenta la perspectiva de las personas jóvenes y profesionales en el transcurso de la atención de las IEA. La investigación ha sido realizada en el servicio de urgencias de un hospital de Granada durante los años 2008-2015, estando la muestra compuesta por jóvenes de entre



18-29 años que han necesitado asistencia sanitaria en urgencias a causa del consumo intensivo de alcohol. El proceso de recolección de datos cualitativos se llevó a cabo mediante tres técnicas: observación participante, entrevistas individuales y conversaciones informales.

Siguiendo un muestreo intencional no probabilístico se contactó con 13 jóvenes que habían sufrido una IEA, y que aceptaron realizar una entrevista semiestructurada grabada fuera del espacio hospitalario. Así mismo, se accedió, dentro del SUH, a 82 jóvenes que presentaron IEA con los que se mantuvieron conversaciones informales, es decir, entrevistándolos sin aplicar un guión establecido.

Para el análisis de las entrevistas y observaciones se realizó en primer lugar un análisis de contenido (Hsieh y Shannon, 2005). Posteriormente se llevó a cabo un proceso de codificación y extracción elaborando un índice temático de conceptos. Una vez ordenada y clasificada la información, se realizó un análisis inductivo en el que los patrones y categorías identificadas emergieron de los datos en un proceso de comparación constante con la información obtenida de las demás fuentes, así como con las ideas y teorías de otros autores. Este proceso de triangulación permitió cotejar las categorías establecidas, testando así el nivel de consistencia y resolviendo las discrepancias surgidas. El análisis se desarrolló con el apoyo del software de análisis cualitativo QSR NVivo 10. Tras el proceso de codificación, se extrajeron en forma de *verbatim*s y notas de campo las unidades de análisis en las que se identificaban los contenidos temáticos relacionados con el objetivo del estudio. El análisis de esta selección de datos cualitativos permitió el establecimiento de interrelaciones entre las distintas categorías analíticas.

RESULTADOS

El desencadenante que lleva a buscar ayuda en el servicio de urgencias

Al explicar la IEA en urgencias, es común entre las personas entrevistadas argumentar que a menudo realizan ingestas de alcohol similares a las que les ha llevado en esa ocasión a urgencias; incluso manifiestan haber bebido más en otras ocasiones. En términos generales, acceden porque se asustan al presentar síntomas diferentes a los experimentados habitualmente. Este es el caso de Roberto, quien nos lo explicó de este modo:

Estaba en el cuarto de baño y dije, en cuanto llegue al salón... Ahí estaban mis amigos y tal como pude articular palabra dije que me llevaran a urgencias. En ese momento pues yo como estaba hiperventilando, las manos me temblaban, sentía escalofríos por dentro... Eran sensaciones que nunca había tenido, entonces sabía que unas náuseas sí, pero tantos síntomas tan raros... Se me engarrotaban las manos, eran unas sensaciones angustiosas, te agobias, era todo, apenas podía ver, tenía los ojos caídos y era consciente y escuchaba pero aparte todo el rato hiperventilando cansa mucho. Aparte pues con náuseas y vueltas a la cabeza, fatal, yo me quería morir, o sea no me quería morir, pero vamos, es que por eso pues me dio el pánico, miedo a la muerte, a la sintomatología que no te ha pasado nunca y es inesperada. Les dije a mis amigos que llamaran a una ambulancia (Roberto, 22 años).

A diferencia de la propia voluntad de solicitar ayuda para ir al hospital, como en el caso de Roberto, otros jóvenes relataron en sus entrevistas que, al quedar inconscientes, los amigos decidieron llevarlos a urgencias. Los jóvenes comienzan a beber en sus casas, el botellón, los pubs y terminan en la disco-



teca, sumando alcohol hasta que pierden la cuenta de la cantidad ingerida. Este fue el caso de Carlos:

Compramos una botella para tres, comimos en nuestra casa y quedamos y nos compramos una botella para los 3, de ron y después nos fuimos a un sitio y nos invitaron a un chupito y seguí bebiendo vodka y ahí empecé a tener lagunas. Me acuerdo de pocas cosas de la discoteca. Ahí me tuvieron que sacar, serían las 4 o las 5 de la mañana. Bebí en la discoteca, fueron 2 de vodka y el chupito y lo que había bebido antes de la botella, serían 4 o 6 copas como mucho, pero creo que eso. Ya no recuerdo nada más, hasta que desperté en el hospital con mis amigos que me llevaron (Carlos, 25 años).

Entre los jóvenes participantes en el estudio, el factor desencadenante más frecuente, y por el que se decide llevar al joven intoxicado a urgencias, es la inconsciencia. Exponemos el caso de Paloma, que representa la escena más común en nuestra muestra de jóvenes que son atendidos en urgencias por una intoxicación etílica.

No, no. Porque tenía una amiga que fue dándome hostias todo el camino, ¡pero guantazos!... pero yo en ese momento de estar mal, yo al principio me podía incorporar, pero cada vez que me incorporaba, era otra vez al suelo [...] Llegó un punto en que empecé a vomitar sangre, fue horrible, yo reconozco que fue horrible para mí, pero para mi amiga fue peor. Yo iba encorvada, me llevaban y ya nos paramos cuando me dieron la torta, antes de ir al hospital y cuando vieron que no se me pasaba, decidieron llevarme. Y allí [...] pero es que yo desde lo de la torta hasta el hospital no me acuerdo de nada (Paloma, 23 años).

La entrada al servicio de urgencias

La entrada en el SUH es muy similar entre los casos analizados, generalmente llegan sucios, vomitados y semi-inconscientes o inconscientes, y en algunos casos agresivos. Estos son algunos de los casos observados y registrados en las notas de campo, y que muestran el estado de los chicos y chicas a la llegada al servicio:

A mi llegada a urgencias, encuentro en el pasillo de la consulta de triaje a Belén, dormida e inconsciente en un carrito, con la cabeza entre las rodillas y su larga melena castaña caída a lo largo de las piernas desnudas, que se dejan ver por el short negro. Ha vomitado y llorado bastante. La cara está llena de pintura, con la máscara de pestañas corrida por las mejillas. Le acompaña su amiga, que lleva una falda larga y una camiseta, y encima una banda que reza «feliz cumpleaños». Belén, debido a su intoxicación, es incapaz de mantener la posición de la silla y tenemos que echarla en una camilla. Pasa a la consulta con la amiga (Nota de campo, abril 2013).

En ocasiones, debido al estado de ebriedad, sufren caídas y agresiones que les producen heridas o traumatismos, con distinto nivel de gravedad, que empeoran el proceso asistencial.

Son las 7:30 de la mañana, llego al hospital y la enfermera del turno de noche está atendiendo a una joven, Fátima, que acaba de cumplir los 18 años y lo estaba celebrando. No para de llorar, de chillar y está muy agitada. Entre sollozos nos dice que no puede respirar bien. Viene acompañada por una amiga, María. Fátima viene empapada de agua, descalza, con las medias sucias por la planta de los pies de haber andado por el suelo lleno de barro [Esta mañana está lloviendo.] Al parecer se ha caído al salir de la discoteca y se ha dado un golpe en la cabeza,



tiene un gran chichón y el pelo chorreando de agua (Notas de campo, marzo 2014).

La experiencia del despertar en el servicio de urgencias

El momento de despertar es muy diferente para cada una de las personas entrevistadas, dependiendo de varios factores, tanto personales de los intoxicados como logísticos del servicio de urgencias. En ocasiones, los jóvenes conocen el sistema sanitario y no les impresiona despertarse en el contexto hospitalario; sobre todo si están acompañados por algún amigo, como es el caso de este joven que acudió el día de la Fiesta de la Primavera de 2015.

Está boca abajo con el suero enrollado en el cuerpo. De vez en cuando, tras varias horas de espera, realiza algún sonido gutural como contestando, pero no acierta a hablar alguna palabra. Se preocupa por si se le ha caído el tupé que le alza por encima de la frente al menos 15 cm. Pregunta qué le ha pasado y afirma que no recuerda nada; el amigo, divertido, le cuenta el episodio y se ríe y dice que le quiten “esto” [refiriéndose a la vía venosa], que se va de marcha otra vez (Nota de campo, marzo 2015).

Sin embargo, algunos experimentan al despertar escenas traumáticas y crean conflictos entre el personal sanitario, lo que obliga a llamar al personal de seguridad para poder contenerlos. Es el caso de Alberto, que al despertar se encontraba solo.

¿Dónde está mi hermano? ¡Quiero que venga mi hermano! ¡quitadme esto! [refiriéndose al suero]. Mira para el lado y ve todo de camillas con pacientes bastante enfermos. Se pone las manos en la cara como si no quisiera ver la realidad. Empieza a ponerse más nervioso y a hiperventilar. ¡Quiero irme de aquí! ¡No se lo digáis a mi madre! ¡Yo no he venido nunca aquí! ¡Esto es lo peor! ¡Me da

mucho miedo esto!. ¿Dónde está mi familia? ¿Por qué le habéis dicho que se vayan? ¡Me han dejado solo! ¿Cuándo van a venir? Dame mi ropa y quitame el suero (Nota de campo, marzo 2014).

La atención sanitaria en la consulta

La atención en policlínica de estos pacientes es complicada. En ocasiones, las situaciones creadas implican no solo al chico o chica con IEA, sino que intervienen además las actitudes de las personas que les acompañan, e incluso las reacciones del personal sanitario.

Sí, la verdad, me vi un poco discriminado, un poquito, me metieron porque había muchos pacientes ahí. Me vieron vomitando y ya sin soltar nada, no podía más, estuve 20 minutos o así en sala de espera hasta que me puse tan mal que dijeron que pase delante de los demás (Roberto, 22 años).

A menudo los jóvenes entrevistados expresan sentimientos de menosprecio y dejadez en la atención recibida, haciéndoles esperar demasiado o dudando de ellos. En el caso de algunos de los jóvenes, expresaron abiertamente que se sintieron discriminados por el personal sanitario que les atendió.

El tío muy desagradable me miraba, pues eso no... ¡jo!... Decía yo, pues tengo hambre, y el tío [refiriéndose al médico] ¡eso no es de haber bebido! eh?????... ¡eso es de otras cosas!... Yo... ¡que no, que no he fumado! y el tío... sí síiiiiii el tío muy borde... y ya está y después pues... (Jorge, 21 años).

Sentimientos y percepciones de los jóvenes con IEA en urgencias

Los jóvenes atendidos experimentan diferentes sensaciones en el transcurso de su estancia en el servicio. En general, para ellos es una



experiencia desagradable no solo por el estado de malestar en el que se encuentran tras la IEA, sino el enfrentarse al espacio sanitario y el choque que les ocasiona ver la enfermedad de otros pacientes. Los sentimientos se sobredimensionan al haber pasado del lado lúdico de la fiesta, donde se encontraban, al lado triste de la enfermedad y el padecimiento. En la siguiente tabla se resumen algunos de los sentimientos expresados por los jóvenes intoxicados, que van del miedo a la vergüenza, pasando por la soledad (Tabla 1).

Justificaciones de la intoxicación por los y las jóvenes

Los chicos y chicas justifican la intoxicación etílica ofreciendo una suerte de motivos, que en algunas ocasiones no están relacionados con el consumo abusivo de alcohol. En la Ta-

bla 2 presentamos una selección de aquellos a los que más recurrieron.

La idea de comer poco, y su influencia sobre intoxicarse más pronto, era conocida por todos ellos. Aunque las chicas recurrieron más este argumento, algunos chicos también lo utilizaron; incluso algunos varones lo expresaron para justificar la intoxicación de sus parejas. En algunas ocasiones, también aseguraban que les habían echado alguna droga en la bebida, ya que consideraban que los efectos producidos no estaban relacionados con la cantidad de alcohol ingerida. El beber por motivos negativos, como estar deprimido, haber tenido algún tipo de problema o, simplemente, con objeto de olvidar, fueron también referidos por algunos de las chicas y chicos entrevistados. En la tabla 2 se muestran algunos *verbatim*s que permiten profundizar en este sentido.

Tabla 1. Sentimientos expresados respecto al proceso asistencial

Miedo al hospital	<i>Pues al principio entré mal y estaba un poco abatido. Decía que me van a dejar aquí y nadie me atiende y me estoy muriendo, tenía ganas de que me viera un médico porque estaba asustado. Después de verme el médico me pasaron a una camilla en una sala donde solo había personas enfermas y mayores (Entrevista nº 1. Roberto, 22 años).</i>
Vergüenza	<i>Ya llevo dos veces ¡Qué vergüenza! El año pasado y ahora. Cuando me he despertado y me he visto aquí... me ha dado algo... he pensado ¡Ya estoy otra vez aquí!... y yo lo único que quería era irme enseguida. Como la otra vez, también me arranqué el suero y me fui. ¡Qué vergüenza! ¡Qué vergüenza! ¡Qué vergüenza! ¡Ya es la segunda vez! (Conversación informal nº 12. M^a Angustias, 23 años).</i>
Soledad	<i>Me sentía muy sola y preguntaba por mi amiga. A lo mejor estuve durmiendo, no lo sé, pero estaba sola. El chico que me trajo se fue, porque yo dije que no lo conocía. Estuve sola, ¡qué pena! Estuve llorando todo el rato, me quiero ir, dónde estoy... es que era mi amiga y todo el rato, mi amiga (Entrevista nº 4. María, 27 años).</i>
Sentirse fuera de lugar	<i>Que no debería estar aquí. Yo no estoy enfermo. Me he pasado esta vez. Es la primera vez que me pasa algo así. Si no hubiera perdido la consciencia... pero me han traído. No me acuerdo de nada hasta llegar aquí (Conversación informal nº 5. Antonio, 23 años).</i>
Impaciencia por marcharse	<i>Yo lo que quiero es irme, que me den el alta lo antes posible y olvidar cuanto antes el mal trago (Conversación informal nº 17. Ignacio, 18 años).</i>



Tabla 2. Argumentos justificativos de las borracheras

Comer poco	<i>Pues que no comí lo suficiente, otras veces he bebido más y no he entrado en coma me he puesto muy mala, me he sentido muy mal (Penélope, 29 años).</i>
Mezclar licores y otras drogas	<i>De las veces que he mezclado es cuando peor me he puesto. Fue por la mezcla, a lo mejor también que hayas cenado menos (Carlos, 25 años).</i>
Beber rápido o beber al ritmo de otros	<i>Yo creo que de tardar más tiempo, voy tardando menos, a lo mejor la primera copa me suele durar media hora o así y ya después se va reduciendo el tiempo. Pero eso que a lo mejor si compartes la botella y ves que el de al lado bebe más rápido, ya se crea un bucle y bebes tú rápido también (Carlos, 25 años).</i>
Estar deprimido/a	<i>¿Sabes lo que pasa?... que yo ya... fue una época muy rara. Pues yo tampoco me sentía muy bien emocionalmente y [...] Yo vi al niño que a mí me gustaba, y estaba con una...No me atrevía a mirarlos. Otras veces he bebido más de lo que bebí ese día, pero claro me sentó mal (Paloma, 23 años).</i>
Echarte algo en la bebida	<i>[...] creo que nos echaron algo, igual nos bebimos 2 copitas de Martini y el vasito y creo que las demás amigas no bebieron, solo mi amiga y yo y estoy casi segura (María, 27 años).</i>
Compartir botella	<i>Pero eso que a lo mejor si compartes la botella y ves que el de al lado bebe más rápido, ya se crea un bucle y bebes tú rápido también (Carlos, 25 años).</i>
Relación con alguna enfermedad	<i>Ha sido una tontería, porque yo tengo lupus eritematoso autoinmune, pero ahora estoy bien. No tomo tratamiento, pero claro... (M^a Carmen, 20 años).</i>
Estar tomando medicación	<i>Estoy tomando tratamiento antidepresivo, aunque hoy no me lo he tomado porque iba a beber y además ya no estoy acostumbrado a beber y me ha sentado peor (José Antonio, 24 años).</i>

Del mismo modo, al intentar justificar sus patrones habituales de consumo, los jóvenes consultados trataron en sus narrativas de desligarse totalmente de la concepción estereotipada de las personas alcohólicas, y la posibilidad de una supuesta adicción. En este sentido, los jóvenes entrevistados, en muchas ocasiones, expresaron que consideraban que el consumo

patológico es el que se realiza en soledad, con tendencia toxicofílica, propio de personas que presenta desajustes psicopatológicos, desligados del consumo social, principal motivador del uso del alcohol que ellos practican. En la tabla 3 se resumen las diferencias identificadas por los jóvenes participantes en el estudio en relación a este eje temático.



Tabla 3. Diferencias respecto al consumo: jóvenes vs personas con consumo dependiente

ALCOHÓLICOS/AS	JÓVENES
Beben en solitario	Beben en grupo
No pueden dejar de beber	Pueden dejar de beber
Dependen del alcohol	No dependen del alcohol
Incumplen sus obligaciones, faltan al trabajo	Son responsables, cumplen con sus estudios, no faltan a clase
Motivos negativos para beber	Motivos positivos para beber
Ser reincidente en urgencias	No ser reincidente en urgencias
El centro de su vida es el alcohol	El centro de su vida son los estudios, el trabajo y los amigos
Esteriotipo del vagabundo alcohólico	No cumplen estereotipo alcohólico
Consumo relacionado con la enfermedad	Consumo relacionado con la diversión
Beben a diario	Beben fines de semana

DISCUSIÓN

El consumo de alcohol es parte de nuestra cultura de ocio. En este sentido, la experiencia de una borrachera es una experiencia común para los más jóvenes. Esta conducta, normalizada, se posiciona como un rito de paso a la adultez.

Puesto que el consumo de alcohol es una práctica social compartida, es visto en general como una conducta más tolerable que otras, no solo desde la perspectiva social, sino también desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. La normalización de esta conducta obedece al hecho de que un grupo mayoritario de personas jóvenes de nuestra sociedad realiza consumos abusivos de alcohol. La casi totalidad de personas jóvenes tienen amigas, amigos y conocidos consumidores. Incluso las propias personas jóvenes no consumidoras tampoco problematizan el consumo (Parker, 2005).

De nuestro estudio se desprende que comprender cómo los jóvenes aprenden, adquieren actitudes, expectativas e intenciones hacia el consumo de alcohol es la clave para el desarrollo de estrategias para cambiar el inicio temprano al consumo de esta sustancia, y evitar la aparición de patrones problemáticos del consumo con posterioridad. Por otro lado, es evidente que este tipo de aprendizaje y adquisición de patrones relacionados con el consumo de alcohol está influenciado por otros muchos factores de carácter económico, político, comunitario, familiar, etc., y todos ellos contribuyen a determinar el comportamiento hacia el consumo (Ruiz-Torres y Medina-Mora, 2014).

Por su parte, los jóvenes que presentan una IEA atendidos en el SUH no consideran que el consumo de alcohol constituya un problema de salud. De hecho, en ningún caso consideran el alcohol una sustancia



nociva. En este sentido, la relación del riesgo, la búsqueda de sensaciones y el consumo de alcohol están estrechamente vinculadas a la búsqueda y percepción de sensaciones placenteras (Lang et al., 2012). En consonancia con estos autores, nuestros resultados indican que los chicos y chicas consultados buscan los beneficios que le aporta el consumo sin tomar en consideración los riesgos que implica. Futuros estudios deberían abordar si, en la línea expresada por los propios jóvenes consultados, el hecho de tener que ser atendidos en un SUH puede actuar como un factor que contribuye a establecer cambios de actitud, moderando el consumo de alcohol para evitar enfrentarse a una experiencia similar. Del mismo modo, hemos podido constatar, a partir de las narrativas de los jóvenes que acompañan a los chicos y chicas intoxicados, que se asume con normalidad tener una experiencia puntual de intoxicación con resultado de atención en urgencias. Sin embargo, si dicha situación se repite varias veces, muestran preocupación y desagrado al protagonista del mismo. De esta manera, evitar las burlas y ser recriminados por el grupo de iguales puede ser un motivo que les lleve a ejercer un mayor control de su consumo de alcohol.

Algunos autores y autoras han hecho referencia al hecho de que la mayoría de los comportamientos de riesgo asumidos por las personas jóvenes son transitorios (France, 2000), subrayando que solo un pequeño grupo de jóvenes practican de manera permanente dichos comportamientos (Graham, 2004). En nuestro estudio, hemos podido comprobar que las IEA suponen una incidencia inferior al 0,5% del total de las urgencias atendidas, y en la mayoría de los casos sólo acceden en una ocasión. Sin embargo, que la incidencia de jóvenes con IEA sea baja en los SUH no significa que no consuman en exceso, que puedan llegar a desarrollar una adicción a largo plazo o que

dichos estados de embriaguez den como resultado la adopción de otras conductas de riesgo que puedan dejar secuelas permanentes. En este sentido, consideramos que la atención en urgencias es una oportunidad para detectar e intervenir sobre casos con un consumo de riesgo o problemático, así como al grupo de iguales que suelen hacer de acompañantes en los casos de IEA. De hecho, tanto la detección como la intervención en los SUH han sido identificadas por diversos autores como una de las diez mejores estrategias para prevenir y reducir los problemas derivados del consumo de alcohol (Babor et al., 2003).

Aunque el inicio al consumo de alcohol se sitúa en los 13-14 años, en realidad, los mayores consumos atendidos en los SUH los protagonizan jóvenes a partir de 18 años, descendiendo considerablemente los casos de embriaguez a partir de los 29 años. Esto puede ser indicativo de que tras el inicio, los jóvenes adoptan patrones de abuso normalizado, especialmente durante la franja etaria de 18-25 años, hasta que progresivamente llegan a conocer mejor sus límites y desarrollar un patrón de consumo controlado. Se trata de un fenómeno que en la literatura suele ser denominado *controlled loss of control* (Measham, 2002), y que tiene que ver con el hecho de perder el control, pero con «control», dentro del contexto de una «intoxicación intencional seriada».

Por otro lado, los estudios cualitativos sobre consumo de alcohol nos han permitido profundizar en la visión de los chicos y chicas jóvenes. A través de sus narrativas es posible comprobar la tendencia a no problematizar el consumo intensivo de alcohol. Esto se debe fundamentalmente a que la idea de consumo problemático la asocian al hecho de que la motivación para el consumo gire en torno a la sustancia,



realizándose dicho consumo en solitario e impidiendo cumplir con el ejercicio de responsabilidades académicas o laborales. Sin embargo, beber en fiestas especiales y fines de semana en un contexto lúdico - social compartido, con el propósito de divertirse y socializarse, es un hecho normalizado (Katainen y Rolando, 2015). En este sentido, conocer cómo perciben los jóvenes los espacios sanitarios es una oportunidad para desarrollar políticas públicas mejor dirigidas y más eficaces. Creemos que la permisividad social con respecto al consumo de alcohol, a diferencia del consumo de otro tipo de drogas peor vistas socialmente, juega una baza importante para actuar desde los SUH. El que los jóvenes no eviten ser atendidos en este espacio clínico, permite ayudarlos para evitar la aparición de conductas y problemas más graves. En relación a este aspecto, algunos de los profesionales entrevistados apuntaban la necesidad de un cambio del modelo asistencial, no tan centrado en lo biomédico, potenciando una perspectiva más comunitaria, tanto a nivel familiar y escolar como de las propias instituciones sanitarias, incluidas las urgencias hospitalarias. Así por ejemplo, se advierte la necesidad de protocolizar la parte asistencial, realizando una intervención mínima o breve, especialmente cuando se detecten casos de riesgo o problemáticos, derivando a los chicos y chicas a atención primaria, permitiendo así dar continuidad un proceso de seguimiento. Nuestros resultados, en la misma línea descrita por otros autores (Costa et al., 2012; Burillo-Putze et al., 2012), contribuyen a ver las urgencias hospitalarias como un espacio preventivo de gran relevancia para la detección precoz de adolescentes y jóvenes con problemas relacionados con el consumo de alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adauy, M. H.; Angulo, L. P.; Sepúlveda, A. M. J.; Sanhueza, X. A.; Becerra, I. D. y Morales, J. V. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, (3), 223.
- Almazán Ortega, R.; Sousa Vila, R.; Fernández Soto, N. y Mate Sánchez, F. J. (2007). Prevalencia y patrones de consumo de alcohol en una población de adolescentes. *Atención Primaria*, 38, 465.
- Aranaz Andrés, J. M.; Martínez Nogueras, R.; Gea Velázquez de Castro, M. T.; Rodrigo Bartual, V.; Antón García, P. y Gómez Pajares, F. (2006). ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gaceta sanitaria*, 20, (4), 311-315.
- Arias Constantí, V.; Sanz Marcos, N.; Trenchs Sainz DE, I. M.; Curcoy Barcenilla, A.I.; Matalí Costa, J. y Luaces Cubells, C. (2010). Implicación de las sustancias psicoactivas en las consultas de adolescentes en urgencias. *Medicina Clínica*, 134, (13), 583-586.
- Ayers, B. y Myers, L. B. (2012). Do media messages change people's risk perceptions for binge drinking? *Alcohol and alcoholism*, 47, (1), 52-56.
- Babor, T.; Caetano, R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.;



- Holder, H.; Romel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R. y Rossow, R. (2003). Alcohol, no ordinary commodity: Research and public policy. Oxford: Oxford University Press.
- Ballesteros Peña, S. (2012). Factores asociados al desgaste profesional en los trabajadores del soporte vital básico del País Vasco: un estudio cualitativo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58,(229), 294-302.
- Beltrán, C. R.; Díaz, E. A.; Manso, M. P. B. y Beltrán, S. C. (2001). Antropología educativa de los cuidados enfermeros: antropología en urgencias. *Cultura de los cuidados. Revista de enfermería y humanidades*, (10), 21-29.
- Blomeyer, D.; Friemel, C. M.; Buchmann, A. F.; Banaschewski, T.; Laucht, M. y Schneider, M. (2013). Impact of pubertal stage at first drink on adult drinking behaviour. *Alcoholism: Clinical and experimental Research*, 37,(10), 1804-1811.
- Burillo-Putze, G.; Sánchez, M. H.; García, B. C. y Echeverría, M. P. (2012). Nuevas formas de consumo de alcohol. *Anales de Pediatría*, 77, (6), 419-420.
- Carbonell Torregrosa, M. A.; Girbés Borrás, J. y Calduch Broseta, J. V (2006). Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias: Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 18,(1), 30-35.
- Coleman, L. y Cater, S. (2005). Underage «binge drinking»: A qualitative study into motivations and outcomes. *Drugs: education, prevention and policy*, 12,(2), 125-136.
- Costa, J. M.; Troncoso, E. S.; Gallego, M. P.; de la Maza, V. T. S.; Barcenilla, A. C.; Cubells, C. L. y San Molina, L. (2012). Perfil de los adolescentes que acuden a urgencias por intoxicación etílica aguda. *Anales de pediatría* 76,(1), 30-37.
- Cranford, J. A.; Zucker, R. A.; Jester, J. M.; Puttler, L. I. y Fitzgerald, H. E. (2010). Parental alcohol involvement and adolescent alcohol expectancies predict alcohol involvement in male adolescents. *Psychology of addictive behaviors*, 24,(3), 386.
- Currie, C.; Zanotti, C.; Morgan, A.; Currie, D.; de Looze, M.; Roberts, C y Bamekew, V. (2012). Social determinants of health and well-being among Young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009-1010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. *Health Policy for Children and Adolescent*, nº 69.
- Danielsson, A. K.; Romelsjö, A. y Tengs-tröm, A. (2011). Heavy episodic drinking in early adolescence: Gender-specific risk and protective factors. *Substance Use & Misuse*, 46, 633-643.
- Demant, J. y Landolt, S. (2014). Youth drinking in public places: The production of drinking spaces in and outside nightlife áreas. *Urban studies*, 51,(1), 170-184.



- Escudero Carretero, M. J.; García-Troyos, N.; Prieto Rodriguez, M. A.; Pérez Corral, O.; March Cerdá J. C. y López Doblas, M. (2010). Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatología Clínica*, 6,(1), 16-22.
- France, A. (2000). Towards a sociological understanding of youth and their risk taking. *Journal of Youth Studies*, 3,(3), 317-331.
- Garlet, E. R.; Lima, M. A. D. D. A. S.; Santos, J. L. G. D. y Marques, G. Q. (2009). Work objective in emergency wards professionals' conceptions. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 17,(4), 535-540.
- Gilbert, J. y Pearson, E. (2003). *Cultura y políticas de la música dance: disco, hip-hop, house, techno, drum'n'bass y garage*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Graham, P. (2004). *The end adolescence*. Oxford: Oxford University Press.
- Hsieh, H-F. y Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15,(9), 1277-1288.
- IREFREA (2008). *El consumo de drogas en el contexto recreativo y sus consecuencias en los Servicios de Urgencias Médicas (SUM)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo.
- Katainen, A. y Rolando, S. (2015). Adolescents' understanding of binge drinking in Southern and Northern European contexts-cultural variations of controlled loss of control. *Journal of Youth Studies*, 18,(2), 151-166.
- Lago, L. M.; Martins, J. D. J.; Schneider, D. G.; Barra, D. C. C.; Nascimento, E. R. P. D.; Albuquerque, G. L. D. y Erdmann, A. L. (2010). Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalaria. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 15, 1283-1291.
- Lang, K.; Murphy, J.G.; Monahan, C.J.; Denhardt, A.A.; Skidmore, J.R y McDevitt Murphy, M.E. (2012). The role of positive consequences of alcohol in the relation between sensation seeking and drinking. *Addiction Research & Theory*, 20, (6), 504-510.
- LLano, J.; Martínez-Cantarero, J. F.; Gol, J. y Raigada, F. (2002). Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles. *Gaceta Sanitaria*, 16,(5): 408-416.
- LLorens, N.; Barrio, G.; Sánchez, A.; Suelves, J. M. y Estudios Working Group (2011). Effects of socialization and family factor on adolescent an excessive drinking in Spain. *Prevention Science*, 12,(2), 150-161.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Measham, F. (2002). «Doing gender» – «doing drugs»: Conceptualising the gendering of drug cultures. *Contemporary Drug Problems*, 29,(2), 335-373.



- Nogué-Xarau, S.; Amigó-Tadín, M.; Sánchez-Sánchez, M. y Bargo, J. S. (2007). Evaluación y seguimiento de la calidad asistencial ofrecida a los intoxicados en un Servicio de Urgencias. *Revista de toxicología*, 24,(1), 23-30.
- Olcina, J. F. y Llorens, R. (2013). Bebidas alcohólicas. Una droga en el supermercado. *Revista española de drogodependencias*, 38,(4), 357-375.
- Palacios Ceña, D.; Rodríguez, J. M. y Martínez, M. E. P. (2012). Enfermería de urgencias (2): investigación cualitativa de emergencias, diseño y áreas de aplicación. *Emergencias: Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 24,(5), 410-413.
- Parker, H. (2005). Normalization as a barometer: recreational drug use and the consumption of leisure by younger Britons. *Journal Addiction Research and Theory*, 13,(3), 205-215.
- Pasarín, M. I.; Fernández de Sanmamed, M. J.; Calafell, J.; Borrell, C.; Rodríguez, D.; Campasol, S. y Plasència, A. (2006). Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios: La población opina. *Gaceta Sanitaria*, 20,(2), 91-99.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). Informe sobre Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pons Díez, X. (2007). Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Romo Avilés, N.; Marcos Marcos, J.; Gil García, E.; Marquina Márquez, A. y Tarragona Camacho, A. (2015). Bebiendo como chicos: consumo compartido de alcohol y rupturas de género en poblaciones adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 40,(1), 13-28.
- Ruiz Torres, G. M. y Medina-Mora Icaza, M. E. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud mental*, 37,(1), 1-8.
- Sánchez, J. P. E.; Pereira, J. R. y García Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20,(4), 531-537.
- Sánchez Sánchez, A.; Redondo Martín, S.; García Vicario, M. y Velázquez Miranda, A. (2012). Episodios de urgencia hospitalaria relacionados con el consumo de alcohol en personas de entre 10 y 30 años de edad en Castilla y León durante el período 2003-2010. *Revista Española de Salud Pública*, 86,(4), 409-417.
- Sanjuan, P. M.; Rice, S. L.; Witkiewitz, K.; Mandler, R. N.; Crandall, C. y Bogenschutz, M. P. (2014). Alcohol, tobacco, and drug use among emergency department patients. *Drug and alcohol dependence*, 138, 32-38.
- Shield, K. D.; Kehoe, T.; Gmel, G. J.; Rehm, M. X. y Rehm, J. (2012). Societal burden of alcohol. *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approach*



ches. Copenhague: Oficina Regional para Europa, OMS, 10-28.

Torrens, M. (2008). Consumo de drogas y adolescencia. Situación actual y reflexiones de futuro. *Pediatría Catalana*, 68, 154-155.

Touquet, R. y Brown, A. (2009). Revisions to the paddington alcohol test for early identification of alcohol misuse and brief advice to reduce emergency department re attendance. *Alcohol and alcoholism*, 44,(3), 284-286.

Trenchs Sainz de La Maza, V.; Curcoy Barceñilla, A. I.; Arias Constanti, V. y Luaces Cubells, C. (2015). Evolución de la incidencia de las consultas de adolescentes por intoxicación etílica aguda en un servicio de urgencias durante 6 años. *Medicina Clínica*, 144,(5), 232-234.